

## **Grado en ENFERMERÍA**

### **Trabajo de Fin de Grado**

# **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL SANITARIO Y PACIENTES RELACIONADAS CON EL IDIOMA E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**Presentado por: Dña. Aurore Perche**

**Tutora: Dra. Francisca Esteve Claramunt**

## AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que me acompañaron durante mis 4 años de carrera, y a lo largo de la elaboración de este trabajo. Como cualquier carrera de fondo, no hubiera conseguido llegar a la meta sin el apoyo de mis familiares y amigos cercanos, y las competencias de los docentes y tutores que nos supervisan.

A mi tutora, Francisca Esteves Claramunt por su acompañamiento.

A todo el equipo docente y administrativo de la Universidad Europea de Valencia por la calidad de la formación y el seguimiento durante esta carrera.

A mi familia más cercana, mis padres, mi hermana y mi hermano.

A mi abuela, mi primer modelo de enfermera.

A mis compañeras de carrera por el apoyo mutuo, las horas de repaso y todos los buenos momentos. A Laura, Ana, Bárbara y Esther.

A los equipos de enfermería y medicina del departamento de salud de Manises, tanto en el centro de salud como en el hospital, por sus enseñanzas, su paciencia y su ejemplaridad que contribuyeron enormemente a mi formación.

A mis amigos de siempre, mis amigos sanitarios con los cuales comparto tanto y los de otros mundos, por ayudar a distraernos. A Maika, Vincent, Hugo, Laura.

Al doctor P. Matarazzo, pediatra en Bayonne, por mis primeros pasos en el mundo sanitario hace 9 años.

A Nathalie Sanchez por su acompañamiento profesional y su amistad.

A la familia Fargues, mi primer contacto con Valencia.

A Hélène, enfermera de la residencia de ancianos de mi pueblo por compartir su experiencia conmigo y enseñarme tanto.

A Benoît y Karine Fodé, amigos que llegan a ser familia.

A mi madrina Nathalie y mi padrino Marc por estar siempre a mi lado.

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cronograma de actividades .....	5
Tabla 2: Resultados obtenidos en PubMed .....	11
Tabla 3: Resultados obtenidos en Scielo.....	11
Tabla 4: Resultados obtenidos en MedLine .....	12
Tabla 5: Resultados obtenidos en Cinhal .....	12
Tabla 6: Herramientas, resultados obtenidos de los artículos estudiados .....	14
Tabla 7: Problemas causados por la mala comunicación, resultados obtenidos de los artículos estudiados .....	19
Tabla 8: Línea de mejora, resultados obtenidos de los artículos estudiados.....	25
Tabla 9: Características de los artículos seleccionados para la revisión .....	39

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Language, Descriptor MeSH .....	7
Figura 2: Communication,, Descriptor MeSH .....	8
Figura 3: Translating, Descriptor MeSH.....	8
Figura 4: Efficiency, Descriptor MeSH .....	9
Figura 5: Bias, resultado MeSH .....	9
Figura 6: Sesgo, resultado DeCS .....	10
Figura 7: Barrera Lingüística, resultado DeCS .....	10
Figura 8: Diagrama de flujo: selección de la bibliografía .....	13
Figura 9: Funcionamiento de la herramienta de traducción BabelDr. ....	42
Figura 10: UniversalNurses, ejemplo de aplicación móvil para enfermeras .....	43
Figura 11: Universal Doctor Speaker, ejemplo de traductor digital para ámbito sanitario .....	43

## GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AB: *Abstract* (resumen)

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

EE. UU.: Estados Unidos

LEP: *Limited English Proficiency*

MeSH: *Medical Subject Headings*

OMS: Organización Mundial de la Salud

PICO: Patient, Information, Comparison, Outcomes

TI: Título

WHO: *World Health Organization*

## **Abstract**

**Background:** Many of the healthcare workers have or will see themselves in a situation where they are totally unable to communicate with their patient. The lack or total absence of communication is considered as a huge medical error risk and seems to increase the physical and psychological suffering of the patients. Despite the frequency of this problem, it's usually a barrier that healthcare professionals are not prepared to face, which causes insecurity for them and for the people they are taking care of. Among other causes such as deafness, a low level of education or a psychiatric illness, failing at communicating because of a language barrier is so common that every professional should be trained to deal with it. **Objectives:** The purpose of this review is to highlight the consequences of the language barrier in the healthcare environment and identify some solutions that could be set up by a nursing team. **Methods:** Using four online databases, PubMed, Medline, Cinhal and Scielo, we identified a few articles about how communication can fail because of the language barriers. Eleven studies from different countries and organizations were included after meeting the criteria. They were then analyzed and compared to each other. **Results:** We have identified many adverse events caused by miscommunication in the healthcare area producing complications for the patient, increasing the cost and the time wasted to help these patients. The language barrier really threatens their integrity, their right to privacy and it also must be considered on a legal aspect. In the end the lack of communication leads to less contact between nurses and patients, trust issues and medical mistakes. Some tools are being developed to help healthcare workers to deal with these problematics and they have the possibility to train themselves to change their way of working. Both human and technological solutions stand out here: professional medical interpreters, mobile applications, live-video interpretation. **Discussion:** Many of the consequences considered in this study are not only associated with the language barriers. Most of them, medical errors, misunderstandings about treatment, bad monitoring cases, are also observed with other patients, even if natives, who can be victims of social exclusion because of all sorts of discrimination. Concerning the solutions considered to overcome the language barriers, it seems more relevant to head towards technological tools, which are more economical and easier to set up, even if on the other hand they reduce the human contact. **Conclusions:** The review allows to confirm that the language barriers have very harmful consequences on the patient's health and causes many human mistakes. To overcome these difficulties in the future, nurses should be trained to speak more than one language and most importantly to use digital devices to help their practice.

**Key Words:** Communication; nursing; language barriers; quality of care, efficiency; bias information; human mistake; translation; inclusion; culture gap.

## Resumen

**Introducción:** La mayoría de los profesionales de salud ha vivido o vivirá situaciones complicadas donde no se consigue comunicar con el paciente. La falta o ausencia total de comunicación entre paciente y sanitario conlleva un alto riesgo de cometer errores médicos y además tiende a incrementar el sufrimiento físico y psíquico del paciente. Aunque sea un problema muy frecuente, los profesionales de salud no están preparados para enfrentarse a esas situaciones, lo que provoca una gran inseguridad para ellos mismos y sus pacientes. Entre otras causas de comunicación difícil con el paciente como sordera, nivel de educación de paciente muy bajo o trastornos psiquiátricos, se destaca el problema del idioma o barrera lingüística, problema tan común que todos los sanitarios deberían de estar formados para superar esos obstáculos. **Objetivos:** El objetivo de esta revisión es poner en relieve las consecuencias de los problemas de idioma en el ámbito sanitario y destacar las soluciones disponibles y posibles intervenciones de enfermería. **Material y métodos:** Se han identificado artículos científicos publicados sobre el tema utilizando cuatro bases de datos en línea, PubMed, Medline, Cinhal y Scielo. Once de estos artículos, de diferentes países y organizaciones, cumplían los criterios y se incluyeron al estudio para luego analizar y comparar los datos disponibles. **Resultados:** Se han identificado muchos efectos negativos relacionados con una mala comunicación en el ámbito sanitario, produciendo complicaciones para el paciente, aumentando el coste y el tiempo dedicado a la atención a esos pacientes. La barrera lingüística constituye un peligro para su integridad, el derecho a la intimidad y se puede considerar también desde un punto de vista legal. Realmente la falta de comunicación pone más distancia entre el paciente y sus cuidadores, causa pérdida de confianza e incrementa el riesgo de mala praxis. Se están desarrollando y organizando algunas herramientas para ayudar a los sanitarios en su práctica, y ellos se tienen que formar e informar para mejorar sus competencias. Se han destacado ambas soluciones humanas y tecnológicas: traductores profesionales especializados en salud, aplicaciones, video llamadas con intérpretes. **Discusión:** Muchas de las consecuencias para la salud destacadas en este estudio no están relacionadas únicamente con los problemas de idioma. Efectivamente los errores médicos, la mala comprensión de las instrucciones y los fallos en el seguimiento del paciente se observan en la población víctima de exclusión social, aunque el paciente sea nativo del país. Considerando las soluciones evocadas para paliar el problema de barrera lingüística, parece más interesante para las instituciones sanitarias orientarse hacia los recursos digitales, más económicos y fáciles de implementar, aunque por otro lado disminuyen por parte el contacto humano. **Conclusión:** La revisión permite confirmar que la barrera lingüística tiene consecuencias significativas sobre la salud de los pacientes y provoca errores humanos. Para superar esas dificultades en el futuro las enfermeras deberán de estudiar más idiomas y aprender a manejar recursos digitales que les acompañen en su práctica.

**Palabras claves:** Comunicación, atención al paciente; barrera lingüística; calidad de los cuidados; efectividad; sesgo informativo; error humano; traducción; inclusión; choque cultural.

## TABLA DE CONTENIDOS

1.	Introducción y Marco Teórico.....	1
2.	Hipótesis y Objetivos.....	4
2.1.	Hipótesis Principal.....	4
2.2.	Hipótesis Secundarias .....	4
2.3.	Objetivo Principal .....	4
2.4.	Objetivos Secundarios .....	4
3.	Material y Métodos.....	5
3.1.	Cronograma de las actividades.....	5
3.2.	Tipo de Estudio .....	5
3.3.	Criterios de elegibilidad.....	6
3.4.	Criterios de Inclusión y Exclusión .....	6
3.5.	Fuentes de Información .....	6
3.6.	Estrategia de Búsqueda.....	7
3.7.	Diagrama de flujo .....	13
4.	Resultados .....	14
4.1.	Herramientas para mejorar la comunicación .....	14
4.2.	Problemas causados por una mala comunicación debido al idioma.....	19
4.3.	Línea de mejora para el personal de enfermería.....	25
5.	Discusión.....	28
5.1.	Herramientas para mejorar la comunicación .....	29
5.2.	Problemas causados por una mala comunicación debido al idioma.....	31
5.3.	Línea de mejora para el personal de enfermería.....	32
6.	Conclusiones.....	33
7.	Bibliografía .....	34
8.	Anexos.....	39

## 1. Introducción y Marco Teórico

A lo largo de la carrera de enfermería y de las prácticas en el ámbito sanitario, se pueden observar muchas cosas sobre el funcionamiento del sistema de cuidados, y frecuentemente se llegan a detectar también unos obstáculos que nos dificultan aún más el trabajo que tenemos como profesionales de enfermería. Uno de los problemas recurrentes que puede llamar la atención está relacionado con algo que parece primordial para las enfermeras y que se considera como uno de los pilares de nuestra profesión: la comunicación. Tanto para entrar en contacto con un paciente como para realizar una correcta anamnesis, apoyarlo emocionalmente, explicarle un tratamiento, un procedimiento, y más generalmente todos los cuidados a realizar, es imprescindible que se pueda comunicar adecuadamente con el paciente y sus familiares. Implica que el paciente (o familiares) debe de entender perfectamente al equipo sanitario, y a la vez ser capaz de verbalizar todos los datos importantes y relevantes para su salud. Desgraciadamente, debido a diversos motivos, la realidad del terreno no es tan ideal, y se encuentran a diario situaciones dificultadas por una mala comunicación o incluso la ausencia total de comunicación entre sanitarios y pacientes.

Por experiencia personal, los motivos que implican esas dificultades de comunicación son numerosos, muy frecuentes pero en la práctica, se dispone de pocas soluciones. Dentro de esos motivos, destacamos los problemas relacionados con el idioma, la sordera o hipoacusia, las patologías psiquiátricas, la edad, un vocabulario no adaptado al nivel de educación y/o a la categoría social del paciente, el choque cultural. ¿Qué profesional de salud puede decir que nunca se encontró desamparado frente a la incomprensión de su paciente y la imposibilidad de comunicarse con él? Sea porque no lo oye, no entiende el vocabulario técnico o no habla el mismo idioma, esas situaciones las han vivido todos los sanitarios más de una vez. Siendo extranjero/a, los problemas relacionados con el idioma llaman mucho la atención, y parece aún más interesante investigar sobre este tema. Por un lado la barrera lingüística es algo muy común, que se suelen encontrar a diario en un país europeo como España, y aún más en una zona con mucha población extranjera como Valencia y sus alrededores. Pero por otro lado, en la realidad este obstáculo a nuestra práctica se banaliza y poco se hace para intentar mejorar la atención sanitaria en cuanto a este tema.

Todos los días, muchos médicos tienen dificultades para realizar un buen diagnóstico porque no entienden a su paciente, y pacientes sufren sin que se les pueda aliviar o curar porque no se consigue entender sus síntomas. Además se detectan fallos en los protocolos de cuidados porque se pierden muchas informaciones en las tentativas de traducción aproximativas de los equipos sanitarios.

La vida cotidiana de los profesionales de salud demuestra que se realiza poca formación y se dispone de pocas informaciones en cuanto a los problemas de idioma para poder ayudar a cuidar de los pacientes. Una de las únicas informaciones codificadas relevantes en las bases de datos serias es un apartado del diagnóstico de enfermería siguiente, aprobado en la Taxonomía NANDA (2020):

“Nanda 00051: Deterioro de la comunicación verbal

Definición: Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Característica definitoria: Incapacidad para hablar el idioma del cuidador(a)”

Como confirmación que se disponen de pocos datos sobre la barrera lingüística y otros problemas de comunicación en el ámbito sanitario, se indica en esta misma página que se retirará el diagnóstico citado en la próxima edición de 2024-26.

En la actualidad la falta de comunicación entre el personal sanitario y sus pacientes no solamente supone un malestar para el paciente, pero también añade un factor de estrés para el profesional. Cuando no existen recursos reales y oficiales se tienden a buscar soluciones alternativas en el entorno del paciente, o utilizando recursos digitales poco fiables. La falta de recursos adecuados para responder a las necesidades de comunicación del paciente se puede interpretar como un fallo en el respeto de sus derechos fundamentales. En su estudio, Jones et al., 2020, mencionan que “*the failure to provide interpreter services to patient with LEP constitutes a form of discrimination*” (p.2). Es decir que la imposibilidad de atribuirles un traductor a un paciente con habilidades limitadas en inglés constituye una forma de discriminación. Muchos autores relatan que los pacientes afectados por el problema del idioma suelen tener el mismo perfil, de clases socioeconómicas bajas y originarios de grupos étnicos minoritarios, incluso a veces son víctimas de racismo, tal y como se indica en el estudio de Hickey y Pinzón-Pérez, 2013.

Frente a la barrera del idioma en el ámbito sanitario, las necesidades de los pacientes son muy importante y necesitan una atención específica. Kletecka-Pulker et al., 2021, reportan en su estudio que un 71% de los pacientes que contestaron su encuesta viven frecuentemente una situación dificultada por su desconocimiento del idioma. Entre ellos, poco tenían acceso a recursos oficiales y profesionales y tenían que ir asistidos de un familiar o amigo para actuar de interprete. Como soluciones improvisadas se observaba también el uso de dibujos o comunicación por gestos, como lo describen Kletecka-Pulker et al., 2021, en su artículo.

Más allá de estas observaciones, Kletecka-Pulker et al., 2021, consideran que la imposibilidad de proporcionar herramientas para la traducción y comprensión va en contra de la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes. Efectivamente la organización Active Citizenship Network (2002) precisa en el artículo 3:

*Every individual has the right to access to all kind of information regarding their state of health, the health services and how to use them, and all that scientific research and technological innovation makes available.*

*Health care services, providers and professionals have to provide patient-tailored information, particularly taking into account the religious, ethnic or linguistic specificities of the patient. (p.6)*

Especifican literalmente que la información se debe de adaptar al paciente tomando en cuenta todas sus características, incluyendo el idioma hablado.

Al ser la información sobre su salud un derecho fundamental del paciente, también se tiene que contemplar el problema de la comunicación desde un punto de vista legal. Si se trata de discriminación, habría que considerar las posibles complicaciones jurídicas para el personal sanitario y las instituciones, y los recursos a disposición de los pacientes para reclamar que se respeten esos derechos, o que se reparen los prejuicios si fuera necesario.

En los Estados Unidos en el año 2018 se estimaba a 67,3 millones el número de personas hablando otro idioma materno que el inglés, según Ziegler y Camarota, 2019. Sean nativos de EE. UU. con padres extranjeros, inmigrantes legales o clandestinos, gran parte de esta población no ha tenido acceso a un nivel de educación suficiente para manejar totalmente el idioma del país. En los estudios realizados por el *United States Census Bureau (2013)*, la Oficina del Censo estadounidense, más de 25 millones de los residentes con un idioma materno diferente no controlaban bien el inglés. Se define esta característica de la población como *Limited English Proefficiency*, nivel de educación en inglés limitado. Aunque los EE. UU. no tengan ningún idioma oficial determinado por la constitución, el inglés es el más hablado y utilizado en las instituciones del país, centros sanitarios y todos los servicios dirigidos al público, por lo tanto un conocimiento limitado del idioma constituye una desventaja para la población extranjera o de origen extranjero.

Se ha determinado que el problema de la barrera lingüística es muy común en el mundo, y aun más en los países acogedores de inmigración, pero también se observa el fenómeno con el turismo de masa. España siendo a la vez un territorio de asilo para la población de países en vía de desarrollo y una de las destinaciones turísticas más populares, la probabilidad de vivir de situaciones dificultadas por el idioma en el sistema sanitario es muy elevada. Efectivamente hoy en día el Observatorio permanente de la inmigración, (2020), contabiliza 5.800.468 residentes extranjeros en el país, y entre ellos un 61% es originario de otro país de la Unión Europea. Parte de los 5,8 millones de extranjeros residentes hablan castellano, o lo entienden, pero con cifras tan importantes no se puede olvidar de todos los que no accedieron a clases de idiomas y no dominan ni el español ni el inglés. Considerando las estadísticas publicadas por el gobierno, aparece muy relevante investigar en cuanto a los impactos de una mala comunicación sobre la salud de los pacientes y las soluciones que se podrían aportar.

Tratando de un problema encontrado a diario por los usuarios del sistema de salud, es imprescindible considerar el papel del personal de enfermería e incluirlo en las reflexiones sobre posibles soluciones. Efectivamente son los profesionales de salud que mantienen un contacto permanente con los pacientes, y por lo tanto los que más necesitan comunicarse con ellos. En su revisión de caso, Marriott, 2020, recuerda que las enfermeras suelen ser las encargadas de la promoción y prevención en la salud, la educación al paciente, y que es frecuente que tengan que explicar ellas mismas las recomendaciones al alta, las instrucciones para el seguimiento, las curas y la medicación cuando proceda. Al ser las que más tiempo están comunicando con los pacientes, y más informaciones les tienen que pasar, también son las que viven muchas de las situaciones difíciles relacionadas con el idioma. El personal de enfermería se puede considerar corresponsable de una buena comunicación, el que debe de asegurarse de que sus interlocutores entiendan bien la totalidad de la información proporcionada.

## **2. Hipótesis y Objetivos**

### **2.1. Hipótesis Principal**

Existen métodos y herramientas fiables para garantizar unos cuidados seguros a los pacientes extranjeros que no hablen el idioma del país.

### **2.2. Hipótesis Secundarias**

Los problemas de comunicación entre sanitarios y pacientes relacionados con el idioma tienen un impacto negativo sobre la salud de los pacientes, la calidad y la eficacia de los cuidados.

Muchos errores y complicaciones para la salud del paciente se podrían evitar resolviendo el problema lingüístico.

### **2.3. Objetivo Principal**

Determinar las herramientas que se pueden utilizar para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros, y por lo tanto mejorar la calidad de los cuidados enfermeros

### **2.4. Objetivos Secundarios**

Definir cuáles son los diferentes problemas causados por la mala comunicación debido al idioma, los efectos adversos y errores cometidos tanto por los profesionales de salud como por el paciente y su entorno.

Establecer una línea de mejora posible para el personal de centros sanitarios y reflexionar sobre las estrategias a desarrollar con los equipos de enfermería.

### 3. Material y Métodos

#### 3.1. Cronograma de las actividades

Tabla 1: Cronograma de actividades

Fechas	Actividades realizadas
25/10/2021	Elección de tutores del TFG
Octubre- Noviembre 2021	Reflexión personal sobre el tema a elegir
Diciembre 2021	Primeras tutorías presenciales
Diciembre 2021- Enero 2022	Búsquedas en bases de datos, redacción de la Introducción, las Hipótesis y los Objetivos
20/01/2021	Entrega de los apartados Introducción e Hipótesis y Objetivos
Enero- Febrero 2022	Elaboración de la metodología, elección de los artículos científicos estudiados y comparados en el TFG
20/02/2022	Entrega del apartado Material y Métodos
Marzo- Abril 2022	Estudio de los 11 artículos seleccionados, investigación sobre la literatura existente, redacción del contenido
20/04/2022	Entrega del apartado Resultados y Discusión
Abril 2022	Redacción de las conclusiones del trabajo, reflexión sobre los resultados obtenidos y la respuesta aportada a las hipótesis. Elaboración de la bibliografía.
1/05/2022	Entrega de los apartados Conclusiones y Bibliografía
Mayo 2022	Unión de todos los apartados, homogeneización del trabajo, diseño.
15/05/2022	Entrega del Borrador
Mayo 2022	Correcciones, modificación del diseño
29/05/2022	Entrega Depósito final del TFG

Nota: Cronograma de actividades del trabajo. (2022). Elaboración propia

#### 3.2. Tipo de Estudio

Se ha realizado una revisión bibliográfica para reflexionar sobre las hipótesis planteadas y alcanzar los objetivos del trabajo.

Durante los 6 meses del proyecto se recopilaron informaciones, sobre todo en bases de datos fiables en línea, filtrando los resultados de búsqueda en función de los objetivos. Se trató de seleccionar artículos válidos y enfocados a la problemática del trabajo para poder analizar sus resultados y compararlos entre ellos, con el fin de recoger las mejores informaciones de cada uno y ponerlas en perspectivas con las otras. Después de haber encontrado datos generales sobre el tema, se afinaron los criterios de búsqueda para seleccionar artículos válidos que incluir en la revisión. Tras la aplicación de filtros en las bases de datos y el uso de escalas de valoración de artículos científicos, quedaron 11 artículos seleccionados para el estudio.

### 3.3. Criterios de elegibilidad

Para la elaboración de la pregunta de investigación fue empleado el formato PICO. Y aunque existen diferentes estrategias la más conocida es esta, para la formulación de preguntas clínicas estructuradas. Abarca cuatro componentes entre los que destacan: paciente, intervención, comparación y *outcomes* (resultados).

**P:** Pacientes no nativos

**I:** Herramientas de traducción.

**C:** Intervenciones humanas, recursos materiales

**O:** Comunicación fluida, mejora de calidad de los cuidados.

Pregunta resultante: ¿Cuáles son las herramientas e intervenciones adecuadas para mejorar la comunicación con pacientes no nativos y mejorar la calidad de los cuidados?

### 3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Publicación entre 2007 y 2022;
- Idioma inglés o castellano
- Formato de artículo adecuado
- Metodología del estudio definida
- Publicación en revistas serias y fiables;

Como criterios de exclusión se tomaron en cuenta:

- Fecha de publicación anterior 2007;
- No enfocado a los cuidados sanitarios;
- Metodología ausente del artículo;
- Falta de referencias fiables;
- Muestra no representativa.

### 3.5. Fuentes de Información

Para conseguir datos fiables y alcanzar artículos científicos válidos, se utilizaron cuatro bases de datos bien valoradas en el ámbito científico. Las búsquedas se realizaron en inglés en PubMed, base de datos en línea de la *National Library of Medicine* (EE. UU.). Se utilizó también Scielo (Scientific Electronic Library Online), tanto en castellano como en inglés, que recopila artículos de revistas de la mayoría de los países hispanohablantes. Gracias al acceso otorgado por la universidad, se pudieron utilizar también las bases Cinhal y Medline. En cuanto a la elección de criterios y palabras claves, se hizo uso de la página web de los DeCS (Descriptor de Ciencias de la Salud, para los términos en castellano). La página de los MeSH (Medical Subject Headings) sirvió para identificar palabras claves y descriptores en inglés.

Para las informaciones complementarias necesarias a la redacción del marco teórico, la discusión y las conclusiones, otros tipos de recursos electrónicos fueron útiles. Las páginas web de grandes instituciones como la OMS (Organización Mundial de la Salud), recursos especializados en enfermería como NNNConsult o Enferteca sirvieron para reforzar el conocimiento sobre el tema y analizar los resultados de los artículos estudiados.

Con el fin de redactar correctamente las fuentes bibliográficas, citas y referencias se usó de apoyo la página web Scribbr, que pone a disposición una guía del formato APA, un generador de citas y verificador de las citas existentes.

### 3.6. Estrategia de Búsqueda

Antes de proceder a seleccionar artículos era necesario destacar los descriptores adecuados a las búsquedas y obtener una definición de esos términos. A través de las bases de MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) se determinaron los descriptores y palabras claves más importantes para el estudio: language / idioma; communication / comunicación; translating / traducción; efficiency / eficacia; bias / sesgo; language barriers / barrera lingüística; care / cuidados; nursing / enfermería; healthcare / cuidados de salud.

A continuación, la definición de los descriptores de salud más relevantes:

Figura 1: Language, Descriptor MeSH

The image shows a screenshot of the MeSH Descriptor Data 2022 for the term 'Language'. The page has a header with 'Language' in large font and 'MeSH Descriptor Data 2022' to its right. Below the header are four tabs: 'Details' (selected), 'Qualifiers', 'MeSH Tree Structures', and 'Concepts'. The main content area lists various fields and their values:

MeSH Heading	Language
Tree Number(s)	F01.145.209.399 L01.559
Unique ID	D007802
RDF Unique Identifier	<a href="http://id.nlm.nih.gov/mesh/D007802">http://id.nlm.nih.gov/mesh/D007802</a>
Annotation	what is spoken or written; do not confuse with LINGUISTICS (see note there) or SPEECH (language as it comes out of the mouth)
Scope Note	A verbal or nonverbal means of communicating ideas or feelings.
Entry Term(s)	Dialect
See Also	Multilingualism Sign Language
Date Established	1966/01/01
Date of Entry	1999/01/01
Revision Date	2019/02/26

Nota: MeSH. (2019). Language MeSHDescriptor Data 2022 [Captura de pantalla]. National Library of Medicine. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D007802>

Figura 2: Communication,, Descriptor MeSH

## Communication MeSH Descriptor Data 2022

Details	Qualifiers	MeSH Tree Structures	Concepts
<b>MeSH Heading</b>	Communication		
<b>Tree Number(s)</b>	F01.145.209 L01.143		
<b>Unique ID</b>	D003142		
<b>RDF Unique Identifier</b>	<a href="http://id.nlm.nih.gov/mesh/D003142">http://id.nlm.nih.gov/mesh/D003142</a>		
<b>Annotation</b>	includes personal & technological communication; <b>ANIMAL COMMUNICATION</b> is also available		
<b>Scope Note</b>	The exchange or transmission of ideas, attitudes, or beliefs between individuals or groups.		
<b>Entry Term(s)</b>	Communication Programs Communications Personnel Miscommunication Misinformation Personal Communication Social Communication		
<b>Date Established</b>	1966/01/01		
<b>Date of Entry</b>	1999/01/01		
<b>Revision Date</b>	2021/06/29		

Nota: National Library of Medicine. (2021). Communication MeSH Descriptor Data 2022 [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D003142>

Figura 3: Translating, Descriptor MeSH

## Translating MeSH Descriptor Data 2022

Details	Qualifiers	MeSH Tree Structures	Concepts
<b>MeSH Heading</b>	Translating		
<b>Tree Number(s)</b>	L01.559.423.796		
<b>Unique ID</b>	D014175		
<b>RDF Unique Identifier</b>	<a href="http://id.nlm.nih.gov/mesh/D014175">http://id.nlm.nih.gov/mesh/D014175</a>		
<b>Scope Note</b>	Conversion from one language to another language.		
<b>Date Established</b>	1966/01/01		
<b>Date of Entry</b>	1999/01/01		
<b>Revision Date</b>	2017/07/03		

Nota: National Library of Medicine. (2017). Translating MeSH Descriptor Data 2022 [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D014175>

Figura 4: Efficiency, Descriptor MeSH

## Efficiency MeSH Descriptor Data 2022

Details	Qualifiers	MeSH Tree Structures	Concepts
<b>MeSH Heading</b>	Efficiency		
<b>Tree Number(s)</b>	F02.784.692.351 N04.452.209		
<b>Unique ID</b>	D004526		
<b>RDF Unique Identifier</b>	<a href="http://id.nlm.nih.gov/mesh/D004526">http://id.nlm.nih.gov/mesh/D004526</a>		
<b>Annotation</b>	note category; do not confuse with <b>PHYSICAL FITNESS</b> nor with metabolic efficiency; <b>EFFICIENCY, ORGANIZATIONAL</b> is available		
<b>Scope Note</b>	Ratio of output to effort and or resources, or the ratio of effort and or resources produced to energy expended.		
<b>Entry Term(s)</b>	Productivity		
<b>History Note</b>	was in Cat F only 1963-81; was in Cat F & N 1982-91		
<b>Date Established</b>	1960/01/01		
<b>Date of Entry</b>	1999/01/01		
<b>Revision Date</b>	2017/07/08		

Nota: National Library of Medicine. (2017). Efficiency MeSH Descriptor Data 2022 [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D004526>

Figura 5: Bias, resultado MeSH

## Bias MeSH Descriptor Data 2022

Details	Qualifiers	MeSH Tree Structures	Concepts
<b>MeSH Heading</b>	Bias		
<b>Tree Number(s)</b>	N05.715.350.150 N06.850.490.500		
<b>Unique ID</b>	D015982		
<b>RDF Unique Identifier</b>	<a href="http://id.nlm.nih.gov/mesh/D015982">http://id.nlm.nih.gov/mesh/D015982</a>		
<b>Annotation</b>	IM general only; coordinate NIM with disease /epidemiol, not /etiolo; add geographic term if pertinent; do not use for "bias" as prejudice or subjectivity (= <b>PREJUDICE</b> or specifics)		
<b>Scope Note</b>	Any deviation of results or inferences from the truth, or processes leading to such deviation. Bias can result from several sources: one-sided or systematic variations in measurement from the true value (systematic error); flaws in study design; deviation of inferences, interpretations, or analyses based on flawed data or data collection; etc. There is no sense of prejudice or subjectivity implied in the assessment of bias under these conditions.		
<b>Entry Term(s)</b>	Aggregation Bias Bias, Aggregation Bias, Ecological Bias, Epidemiologic Bias, Statistical Bias, Systematic Biases Biases, Ecological Biases, Statistical		

Nota: National Library of Medicine. (2019). Bias MeSH Descriptor Data 2022 [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D015982>

Figura 6: Sesgo, resultado DeCS

Expresión de búsqueda:SESGO  
 Descriptores Encontrados:9  
 Mostrando:1 .. 5

**1 / 9 DeCS**

Descriptor *Inglés*: **Bias**  
 Descriptor *Español*: **Sesgo**  
 Descriptor *Portugués*: **Viés**

Sinónimos *Español*: Errores de la Medición del Resultado  
 Falacia Ecológica  
 Predisposición Sistemática  
 Sesgo (Epidemiología)  
 Sesgo Científico  
 Sesgo Ecológico  
 Sesgo Epidemiológico  
 Sesgo Estadístico  
 Sesgo Experimental  
 Sesgo Sistemático  
 Sesgo de Agregación  
 Sesgos Epidemiológicos  
 Sesgos de Truncamiento  
 Vicio Epidemiológico

Categoría: [N05.715.350.150](#)  
[N06.850.490.500](#)  
[SP5.001.042.098](#)

Definición *Español*: Cualquier desvío de los resultados o inferencias de la verdad, o procesos que conduzcan a ese desvío. Este sesgo puede ser el resultado de: variaciones unilaterales o sistemáticas en el valor real de una medición (error sistemático), fallas en el proyecto del estudio, desvío de inferencias, interpretaciones, o análisis basados en datos equivocados o equivocadamente recolectados etc. No existe connotación de [prejuicio](#) o subjetividad implícita en el concepto de sesgo bajo estas condiciones.

Nota de Indización *Español*: primario solamente GEN; coord como secundario con [enfermedad](#) /epidemiol (como primario), no /etiolo; especifique geog si pertinente; no use para "sesgo" como [prejuicio](#) o subjetividad (= [PREJUICIO](#) o sus específicos)

Número del Registro: 24535  
 Identificador Único: D015982

Nota: OMS, BIREME, & Organización Panamericana de la Salud. (2020). Descriptor Español Cesgo [Captura de pantalla]. DeCS. Obtenido de: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Figura 7: Barrera Lingüística, resultado DeCS

Expresión de búsqueda:BARRERA LINGUISTICA  
 Descriptores Encontrados:1  
 Mostrando:1 .. 1

**1 / 1 DeCS**

Descriptor *Inglés*: **Communication Barriers**  
 Descriptor *Español*: **Barreras de Comunicación**  
 Descriptor *Portugués*: **Barreiras de Comunicação**

Sinónimos *Español*: Barrera Lingüística  
 Barrera del Idioma  
 Barrera del Lenguaje  
 Barreras Lingüísticas  
 Barreras de Idioma  
 Barreras de Lenguaje  
 Barreras del Idioma  
 Barreras del Lenguaje  
 Obstáculos a la Comunicación

Categoría: [L01.143.230](#)

Definición *Español*: Aquellos factores, tales como el lenguaje o las relaciones socioculturales, que interfieren en la interpretación y transmisión adecuadas de ideas entre individuos o grupos.

Nota de Indización *Español*: coordine como primario con "barrera" específica (de [lenguaje](#), cultural, etc.) si pertinente (como primario)

Número del Registro: 3175  
 Identificador Único: D003144

Nota: OMS, BIREME, & Organización Panamericana de la Salud. (2020). Descriptor Español Barrera de comunicación [Captura de pantalla]. DeCS. Obtenido de: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Gracias a las definiciones obtenidas de las palabras claves de la revisión y la aplicación de diferentes filtros en las bases de datos se pudo afinar más la búsqueda. Concretamente se utilizaron los descriptores “*language barriers*”, “*communication*”, “*healthcare*”, “*efficiency*” y “*bias*”, “*translating*” en las bases de datos en inglés y “*enfermería*”, “*idioma*”, “*barrera lingüística*”, “*cuidados*” y “*eficiencia*” en las bases de datos en castellano. Para mejorar la calidad de las búsquedas se usó el operador booleano “*and*”.

El proceso de búsqueda está resumido en las siguientes tablas:

Tabla 2: Resultados obtenidos en PubMed

Palabras claves y Descriptores	Filtros	Resultados
(language barriers) AND (healthcare)) AND (efficiency)	Free full text, Clinical Trial, Review, Systematic Review	53
((communication) AND (bias)) AND (healthcare[Title/Abstract])	Free full text, Clinical Trial, Review, Systematic Review, from 2007 - 2022	135

*Nota: Resultados de búsquedas en PubMed. (2022). Elaboración propia.*

Total en PubMed= 188.

Tabla 3: Resultados obtenidos en Scielo

Palabras claves y Descriptores	Filtros	Resultados
(barrera linguistica)	(título), de 2007 a 2021, Salud, Artículo y Artículo de Revisión	1
(enfermería) AND (idioma)	De 2007 a 2022, Health, Research, Artículo de revisión, Artículo	25
(idioma) AND (cuidados) AND (eficiencia)	De 2007 a 2021, Enfermería, Artículo y Artículo de revisión	1

*Nota: Resultados de búsquedas en Scielo. (2022). Elaboración propia.*

Total en Scielo= 27.

Tabla 4: Resultados obtenidos en MedLine

Palabras claves y Descriptores	Filtros	Resultados
AB language AND AB healthcare AND AB efficiency	Texto completo, de 2007 a 2022, Publicaciones académicas	46
AB language barriers AND AB healthcare AND AB communication	Texto completo, de 2007 a 2022, Publicaciones académicas	82

*Nota: Resultados de búsquedas en Scielo. (2022). Elaboración propia.*

Total en MedLine= 128.

Tabla 5: Resultados obtenidos en Cinhal

Palabras claves y Descriptores	Filtros	Resultados
TI language barriers AND AB healthcare	Texto completo, de 2007 a 2022, Excluir registros MEDLINE	20
AB translating AND AB healthcare	Texto completo, de 2007 a 2022, Excluir registros MEDLINE	71
AB communication AND AB bias AND AB healthcare	Texto completo, de 2007 a 2022, Excluir registros MEDLINE	26

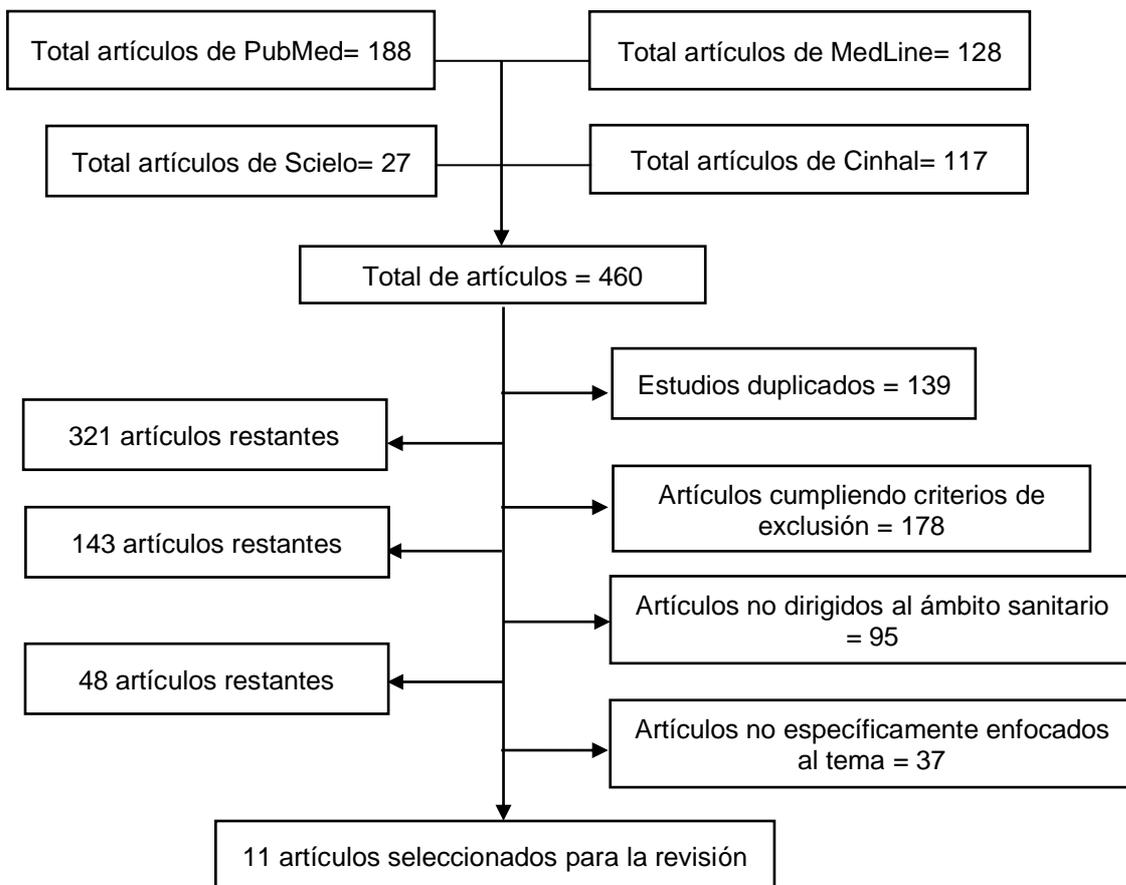
*Nota: Resultados de búsquedas en Cinhal. (2022). Elaboración propia.*

Total en Cinhal= 117.

### 3.7. Diagrama de flujo

Después de las búsquedas en las cuatro bases de datos, se dispone de 188 artículos de Pubmed, 27 en Scielo, 128 en MedLine y 117 en Cinhal. Para afinar aún más los resultados se descartan los artículos menos relevantes y se seleccionan únicamente los artículos más enfocados al tema de la revisión leyendo los títulos, resúmenes, y utilizando los criterios de exclusión definidos previamente. Para sintetizar el proceso de selección se utiliza un diagrama de flujo:

Figura 8: Diagrama de flujo: selección de la bibliografía



*Nota: Representación de la estrategia de selección de la bibliografía. (2022). [Diagrama de flujo]. Elaboración propia.*

Con los once artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica se ha revisado primero las características de cada uno, autores, tipo de estudio, metodología, para tener una visión global del corpus de documentos. Resumen de estas características en la tabla 6 (anexos).

#### 4. Resultados

##### 4.1. Herramientas para mejorar la comunicación

Tabla 6: Herramientas, resultados obtenidos de los artículos estudiados

Título del artículo	Autores	Año	Resultados más relevantes
The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction	Jacobs, E. A., Sadowski, L. S., & Rathouz, P. J.	2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiares, amigos, personas bilingües en el entorno</li> <li>- Personal sanitario multilingüe</li> <li>- Muy frecuente en servicios de urgencias</li> </ul>
Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study	Feiring, E., & Westdahl, S.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interprete informal</li> <li>- Interpretación en remoto por profesionales</li> </ul>
Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings.	Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Völkl-Kernstock, S., Wagner, M., & Wenzel, T.	2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestos: comunicación limitada</li> <li>- Dibujos, palabras escritas: poco fiables</li> <li>- Tecnología en desarrollo</li> </ul>
Comparativa de herramientas empleadas para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros en centros sanitarios del Reino Unido, Alemania y España.	Goretti Faya Ornia, M.	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carteles multilingües</li> <li>- Mejor organización en zonas fronterizas</li> <li>- Sistema Dualia: intérprete en remoto</li> <li>- Software: Arpadi, Kom-ma (Alemania)</li> <li>- Listas multilingües: Rossow</li> <li>- UniversalDoctor y UniversalNurses: programa y aplicación de traducción especializados para personal sanitario y pacientes</li> </ul>
Increasing Health Care Workers' Proficiency with Using Professional Medical Interpretation: A Workshop.	Jones, J., Rice, K., Cueto, V., Mojica, C. D. V., Stawitcke, M., Salem, S., Talley, E., & Blankenburg, R.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretes profesionales especialistas en la salud</li> <li>- Presencia de traductores en los centros</li> <li>- Escasez de personal calificado</li> <li>- Intérpretes via teléfono o videollamada</li> </ul>

Implication of language barriers for healthcare: a systematic Review.	Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T.	2019	- Google traducción, poco fiable en la salud - MediBabble, enfocado a términos médicos
User Satisfaction with a Speech- nabled Translator in Emergency Settings.	Janakiram, A. A., Gerlach, J., Vuadenslehmann, A., Bouillon, P., & Spechbach, H.	2020	- BabelDr, programa de traducción especializado en salud (Suiza) - Dispositivos móviles

*Nota: Elaboración propia*

En los centros sanitarios que no disponen de recursos suficientes, es frecuente que los pacientes no nativos se apoyen en recursos personales para asumir la traducción: familiares, en muchas ocasiones sus hijos; amigos; vecinos; compañeros; representante de su comunidad, tal y como se indica en el estudio de Jacobs et al., 2007. La intervención de un miembro del personal (sanitario o no) que hable el idioma del paciente se contempla generalmente cuando el paciente no viene acompañado, pero en ninguno de los casos son intérpretes profesionales por lo cual el riesgo de aparición de sesgos en la conversación es muy elevado. Feiring y Westdahl, 2020, relatan en su estudio que desgraciadamente en la actualidad se siguen viendo muchas situaciones con un intérprete informal, generalmente un familiar, sobre todo en servicios de urgencias donde no les da tiempo a los profesionales a organizar un acompañamiento específico para los pacientes no nativos. Se considera una opción poco viable y se debería de evitar por la implicación emocional que supone, en esos casos el intérprete está afectado por la situación de su familiar y no puede ser objetivo.

Frente a la falta de recursos y la imposibilidad de contratar a intérpretes especialistas en la salud, algunas instituciones valoran los profesionales sanitarios multilingües, incluso son capaces de proponer un bonus en el sueldo si hablan varios idiomas, para poder utilizar sus servicios tanto en el papel del sanitario como el del traductor. Supone un ahorro importante para el centro que consigue de esta manera contratar a una sola persona para cubrir dos necesidades, como lo explican Jacobs et al., 2007. Son particularmente valorados en los servicios de urgencias donde el tiempo es un factor primordial, y por respecto para la intimidad del paciente no se puede siempre recurrir a una tercera persona no sanitaria.

La necesidad de organizar sistemas viables y eficaces para la traducción en el ámbito sanitario es real, y los profesionales de la salud reclaman soluciones para acompañarlos en su práctica, mejorar la atención al paciente y la calidad de los cuidados proporcionados, según el estudio de Feiring y Westdahl, 2020. Cuando no se dispone de ningún recurso para la traducción y el paciente no viene acompañado de un familiar bilingüe, el personal sanitario se encuentra muy desamparado y se ve obligado a usar de métodos poco fiables y laboriosos para conseguir establecer un dialogo: hasta un 66% de los encuestados por Kletecka-Pulker et al., 2019,

testifican que suelen usar gestos para tratar de hacerse entender, y 40% de esta muestra también intenta comunicar con dibujos o escribiendo palabras claves. Esas opciones pueden servir para presentarse o contestar algunas preguntas sencillas pero no son viables para establecer un verdadero dialogo y organizar los cuidados de un paciente.

En zonas con fuerte inmigración, tanto en Europa como en Estados Unidos, los sanitarios se han acostumbrado a acoger a pacientes de otras culturas con otros idiomas maternos y el estudio de Goretti, 2011, explica que se suele utilizar en estos casos una señalética multilingüe en los centros de salud, utilizando el inglés, el idioma del país y generalmente el/los idioma.s predominante.s en la población inmigrante. En las zonas fronterizas de los grandes países acogedores de inmigración, es frecuente observar paneles o carteles multilingües tanto para indicar direcciones como para realizar prevención y promoción de la salud. No sirven para el contacto directo con los pacientes, pero ayudan a que se sientan acogidos y tengan confianza en el sistema de salud del país, y sobre todo les puede ayudar a empezar los trámites necesarios, solicitar citas, y de manera general tener acceso a los cuidados.

Según las investigaciones de Jones et al., 2020, el método más tradicional y más habitual empleado para superar la barrera lingüística es la contratación de intérpretes profesionales, sean empleados de la institución sanitaria directamente, de una empresa privada o autónomos. (). Esos traductores están presentes en los centros con más necesidad, y se pueden llamar según la demanda en centros más pequeños. Los intérpretes especializados en salud representan cierto coste para el sistema sanitario, y resulta difícil tener a una persona disponible a cualquier hora para asistir a un paciente durante las consultas. Para mejorar la efectividad del empleo de traductores, es posible solicitar esa asistencia por teléfono u videollamadas. Feiring y Westdahl, 2020, explican que el uso de servicios de interpretación en remoto permite evitar los problemas de disponibilidad, aportar más flexibilidad y reducir los gastos generados por el problema de comunicación.

En muchas instituciones sanitarias donde no se dispone de puestos fijos para intérpretes, recurren a estos servicios mediante diferentes modos de comunicación a distancia pero no eligen siempre las mismas modalidades.

En España existe entre otros el sistema Dualia, sistema con doble auricular y micrófono conectado a un intérprete a distancia: tanto el paciente como el sanitario escuchan y comunican con el intérprete que traduce la conversación de manera simultánea mientras parece que están hablando entre ellos, tal y como lo describe el estudio de Goretti, 2011. El profesional sigue estando presente y realizando todos los gestos que le corresponden, pero con una ayuda para comunicarse con el paciente mediante un auricular.

La tecnología se implica cada vez más en los cuidados a la salud, y aparece como una herramienta salvadora en el tema de la comunicación y traducción: más allá de un simple teléfono, muchos centros sanitarios eligen la opción de videollamada cuando trabajan con

intérpretes. De esta manera puede darse cuenta de la situación a distancia, y el paciente se dirige a una persona, asocia una cara a la voz que lo acompaña y permite humanizar un poco más los cuidados, según las investigaciones de Kletecka-Pulker et al., 2019. Los centros donde se utilizan esos recursos afirman que son más fáciles de acceso que un intérprete en persona, hay una mejor disponibilidad en cuanto al horario de consulta y supone un gasto mucho menor. Además Kletecka-Pulker et al., 2019, avanzan que tanto el uso del teléfono clásico como las videollamadas permiten mantener una buena seguridad en cuanto a la protección de datos del paciente: realmente el intérprete no tiene contacto físico con el paciente, se puede apagar la cámara si se necesita intimidad para algún gesto, y los sanitarios no se ven obligados a compartir el secreto profesional con el traductor.

En Alemania, país con una tasa de inmigración muy importante, se hace uso de programas informáticos denominados *software* de traducción para superar la barrera lingüística, tal y como se describe en el estudio de Goretti, 2011: tanto el sistema Arpadi como el Kom-ma contienen frases, preguntas y respuestas pre cargadas en diferentes idiomas, que pueden seleccionar tanto el personal sanitario como el paciente para expresarse mediante una pantalla táctil, un ordenador y con opción auditiva. Aparecen muy útiles para frases cortas, preguntas sencillas, pero limitan la fluidez del dialogo y la cantidad de información transmitida.

Otra alternativa existente pero menos utilizada en la actualidad son las listas multilingües, por ejemplo el sistema *Rossow*. Goretti, 2011, explica que consiste en un listado de frases establecidas, las más básicas para realizar una consulta, anamnesis y auscultación, traducidas en muchos idiomas diferentes y que se pueden presentar en forma de tabla. En este caso también se alcanzan fácilmente los límites del sistema, por un lado porque reduce la espontaneidad, no permite frases muy elaboradas, y por otro lado hace que se pierda un poco el contacto y la humanidad del dialogo.

Con la evolución de la tecnología y la aparición de los smartphones se abren las posibilidades de tener herramientas digitales a mano en cualquier momento. Efectivamente esos últimos años se han desarrollado diferentes aplicaciones para ordenador y móvil, fáciles de uso y disponibles tanto para los profesionales de salud como para los pacientes.

El clásico Google Traducción es un recurso muy frecuentemente evocado por los pacientes extranjeros, pero se observa que no es el más fiable al ser muy generalista, en cuanto a los términos médicos no da buenos resultados, tal y como se describe en el estudio de Al Shamsi et al., 2019. Se puede utilizar para iniciar el contacto, presentarse y orientar el paciente hacia el servicio adecuado pero no es suficiente para una consulta médica ni la atención al paciente durante un ingreso hospitalario. Teniendo en cuenta las características del ámbito sanitario y la multitud de términos técnicos empleados, empresas de programación informática se han asociado a médicos y otros profesionales de la salud para desarrollar aplicaciones adaptadas a la traducción en la práctica de los cuidados.

En el estudio de Al Shamsi et al., 2019, se destaca la aplicación MediBabble, creada en la universidad de California en 2011 y disponible para móviles en todo el mundo. Se constituye de una compilación de las preguntas cerradas más frecuentes clasificadas por grandes temas (antecedentes, medicación, síntomas, examen físico, etc.) que puede seleccionar el sanitario en su propio idioma para escucharlas en el idioma del paciente. La ventaja de este programa es que no requiere conexión a internet, pero de momento solo existen 6 idiomas disponibles, por lo cual se considera satisfactoria en la práctica pero requiere algunas mejoras para que se pueda utilizar con pacientes de orígenes más variados.

El sistema BabelDr desarrollado por el hospital universitario de Geneva en 2019 consiste en un traductor de dialogo especializado en medicina y cuidados, tal y como lo describen Janakiram et al., 2020. Se utiliza vía internet en ordenador, tableta o móviles y dispone de una función auditiva. Con este dispositivo el sanitario puede hacer sus propias preguntas y el programa encuentra una frase lo más parecida posible para traducirla. De momento consta de 7 idiomas disponibles, 5 más en proceso de desarrollo y comprende también una opción para el lenguaje de signos. En Suiza se utiliza en los servicios de urgencias, y presenta una tasa de satisfacción de un 81% en la población que ha tenido acceso al dispositivo.

En 2020, la empresa UniversalDoctor lanzó su propia herramienta digital para la traducción especializada en la atención al paciente: *Universal Doctor Speaker* y *Universal Nurses*, dedicada específicamente a las enfermeras. Goretti, 2011, explica que colaboran con diferentes hospitales universitarios a través el mundo y con agencias de la OMS para seguir desarrollando soluciones para superar la barrera lingüística. Hoy en día está disponible en 8 idiomas, permite elegir los idiomas respectivos del paciente y la enfermera, y clasifica las frases en preguntas en diferentes áreas: alergias, antecedentes, síntomas, constantes, exploración física y prevención en el apartado del sanitario; síntomas, ingreso, tratamiento, vocabulario en la habitación y signos de alerta urgentes desde el punto de vista del paciente. Permite seleccionar la frase o la pregunta que se quiere traducir, y además de aparecer en la pantalla se puede escuchar. Un 25% de los centros sanitarios españoles participando al estudio de Goretti (2011) afirmaron utilizar a diario estas aplicaciones y las consideraban como muy útiles.

Todas las herramientas digitales existentes permiten mejorar la atención a los pacientes no nativos, pero es importante destacar que no pueden reemplazar totalmente un intérprete profesional, tal y como lo explica el estudio de Goretti, 2011. En general disponen de muchas frases registradas, pero siguen siendo frases cortas, sencillas y limitadas, no permiten tanta fluidez en el dialogo que cuando la conversación está traducida por un ser humano. Además los programas informáticos no tienen la capacidad de matizar sus informaciones ni de detectar los cambios de tono en la voz del paciente, al contrario de una persona presente físicamente o en remoto.

## 4.2. Problemas causados por una mala comunicación debido al idioma

Tabla 7: Problemas causados por la mala comunicación, resultados obtenidos de los artículos estudiados

Título del artículo	Autores	Año	Resultados
Increasing Health Care Workers' Proficiency With Using Professional Medical Interpretation: A Workshop.	Jones, J., Rice, K., Cueto, V., Mojica, C. D. V., Stawitcke, M., Salem, S., Talley, E., & Blankenburg, R.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja eficacia de la comunicación</li> <li>- Calidad del dialogo limitada</li> <li>- Poca información transmitida</li> </ul>
Implication of language barriers for healthcare: a systematic Review.	Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T.	2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposibilidad de solicitar la participación del paciente</li> <li>- Paciente no entiende las informaciones sobre su estado de salud, su diagnóstico y su tratamiento</li> <li>- Baja satisfacción del paciente</li> <li>- Aumento del riesgo de error con la medicación</li> <li>- Aumento del riesgo de efectos adversos</li> <li>- Retención de información de parte del paciente</li> <li>- Elevación del coste de los cuidados</li> </ul>
Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study	Feiring, E., & Westdahl, S.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para construir una relación paciente-sanitario</li> <li>- Baja confianza del paciente en el sistema y los profesionales sanitarios</li> <li>- Malentendidos</li> <li>- Baja adhesión del paciente al tratamiento</li> <li>- <i>Triple threat</i>: interacciones reducidas, diferencias culturales, mal acceso a los cuidados</li> <li>- Demora en el establecimiento del diagnóstico</li> <li>- Pruebas innecesarias solicitadas</li> <li>- Aumento del tiempo de ingreso</li> <li>- Riesgo significativo para la seguridad del paciente</li> </ul>

<p>Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.</p>	<p>Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., &amp; Algarte-López, A.</p>	<p>2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la calidad de los cuidados</li> <li>- Bajo nivel de satisfacción de los usuarios del sistema de salud</li> <li>- Dificultad del paciente para expresarse</li> <li>- Desconocimiento del sistema sanitario y de su funcionamiento</li> <li>- Problema psico-social</li> </ul>
<p>Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings.</p>	<p>Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Völkl-Kernstock, S., Wagner, M., &amp; Wenzel, T.</p>	<p>2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% de los pacientes son incapaces de describir sus síntomas</li> <li>- 76% transmiten informaciones erróneas o muy escasas</li> <li>- Pacientes no entienden las preguntas en la anamnesis</li> <li>- Tiempo de consulta y conversación prolongado en 69% de los casos observados</li> <li>- Tiempo dedicado al tratamiento y la atención sanitaria aumentado en 50% de los casos</li> <li>- Complicaciones relacionadas con la medicación en 63% de los casos</li> <li>- Imposibilidad de obtener un consentimiento informado</li> <li>- Aumento de la carga de trabajo para el personal sanitario</li> <li>- Impacto sobre el nivel de estrés de los profesionales de salud</li> </ul>
<p>Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language</p>	<p>Meuter, R. F., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., &amp; Hocking, J</p>	<p>2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para establecer y respetar el plan de cuidados</li> <li>- Imposibilidad de exponer las diferentes opciones de tratamiento</li> <li>- Paciente no puede elegir el tratamiento más adecuado</li> </ul>

The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction	Jacobs, E. A., Sadowski, L. S., & Rathouz, P. J.	2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de tiempo significativa</li> <li>- Aumento del riesgo de errores con la medicación</li> <li>- Aumento del riesgo de recaída y empeoramiento del estado de salud</li> <li>- Aumento de la probabilidad de vuelta al servicio de urgencias a corto plazo</li> <li>- Problemas de privacidad con el uso de intérpretes informales</li> </ul>
Language Barrier & Standard of Care: A Case Example	Marriott, E.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Errores de diagnóstico</li> <li>- Alta a domicilio anticipado</li> <li>- Incomprensión de las recomendaciones al alta</li> <li>- Repetición de las consultas en servicios de urgencias</li> </ul>

*Nota: Elaboración propia*

Al igual que otros problemas de comunicación en el ámbito sanitario, los malentendidos o la ausencia total de comunicación entre profesionales y pacientes relacionados con el idioma pueden llegar a tener un impacto significativo sobre la salud del paciente y el funcionamiento de los centros, a diferentes niveles. La comunicación y correcta comprensión entre los diferentes actores de los cuidados aparece como un punto clave del éxito de la atención al paciente, un eje sobre el cual se basa todo el plan de cuidados y las diferentes intervenciones necesarias.

El estudio de Jones et al., 2020, enseña que la barrera lingüística limita la calidad del diálogo y disminuye la eficacia de la comunicación entre los actores. Sin disponer de ningún recurso para superar el bajo nivel de idioma y frente a la imposibilidad de establecer un diálogo eficaz, el profesional de salud no puede darle toda la información necesaria a su paciente, y menos aún recopilar los datos necesarios para los cuidados. Un paciente que no conozca los términos médicos ni básicos en el idioma del personal sanitario que lo atiende no puede describir sus síntomas, sus antecedentes, informar sobre sus tratamientos ni proporcionar todos los datos personales requeridos para que este atendido.

Para el profesional de salud resulta muy difícil hacerse entender: en cada etapa de los cuidados necesita explicar los procedimientos, tratamientos, solicitar la participación del paciente e incluso su autorización. La comprensión limitada del paciente, por consiguiente, reduce su satisfacción de la atención recibida y sobre todo le impide entender bien su diagnóstico y las pautas que le corresponden, incrementando el riesgo de errores en la medicación y efectos adversos, tal y como lo describe el estudio de Al Shamsi et al., 2019. El riesgo relacionado con la medicación en estos casos se percibe como muy alto ya que existen diferentes causas de error: según Al Shamsi et al., por un lado muchos pacientes no entienden las recetas del médico

ni las pautas, y por otro lado tampoco son capaces de leer el prospecto para limitar los efectos adversos o comprobar las instrucciones de uso. Las consecuencias de un malentendido sobre las pautas de medicación pueden ser dramáticas para el paciente, en relación con la dosis, posibles alergias, contraindicaciones, error en la aplicación o ingestión del fármaco... además de los efectos adversos conocidos de un medicamento, los pacientes que no entiendan las instrucciones pueden empeorar su estado al equivocarse con su tratamiento

En muchas ocasiones se ha observado que la dificultad para comunicar entre paciente y personal sanitario limita la confianza y la relación entre esos dos actores, según Feiring y Westdahl, 2020. El hecho de no entender bien las explicaciones y tampoco poder expresar lo que sienten, los pacientes hablando otro idioma que el del cuidador tienden a encerrarse en sí mismo y los problemas de comunicación impiden que se establezca el vínculo necesario a la realización del plan de cuidados. Róman-López et al., 2015 explican que este problema de confianza, combinado con el problema inicial de comunicación, provoca una disminución significativa de la calidad de los cuidados, y por lo tanto disminuye la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Lógicamente cuando no se sienten atendidos de manera adecuada y sienten que no se respetan sus derechos fundamentales al acceso a la salud, los pacientes pierden fe en el sistema sanitario, en algunos casos se llega a detectar que retienen informaciones útiles como consecuencia de la falta de confianza y de comunicación, según el estudio de Al Shamsi et al., 2019. En relación directa con la desconfianza en el sistema, se ha determinado que los malentendidos que ocurren en el ámbito sanitario reducen la adhesión al tratamiento del paciente, disminuyendo las esperanzas de éxito de este, tal y como lo describen Feiring y Westdahl, 2020.

En su estudio de 2020, los autores Feiring y Westdahl resumen los riesgos relacionados con la mala comunicación como "*Triple threat*", amenaza triple: consideran que la falta de dialogo entre el paciente y el equipo sanitario tiene un impacto directo sobre sus interacciones en general, pero también empeora la barrera ya existente de las diferencias culturales. Además explican que la distancia instaurada por la mala comunicación dificulta el acceso a los cuidados, empeorando el estado de salud de las poblaciones afectadas. A las dificultades de acceso se añade un desconocimiento del sistema de salud utilizado, tal y como lo explica el estudio de Róman-López et al., 2015: los pacientes inmigrantes o turistas no se enfrentan únicamente al problema lingüístico, sino que no controlan el funcionamiento de las instituciones sanitarias donde los atienden, y al no hablar el idioma les suele ser muy difícil entender cómo solicitar citas, a dónde acudir, cómo conseguir su tratamiento, etc. Tomando en cuenta estos factores, se puede considerar el fenómeno como un verdadero problema social, de hecho se ha detectado que las dificultades vividas por la población no nativa en un país son aún más evidentes en las esferas psico-sociales: parece imposible tratar una afección sin sintomatología visible ni signos físicos si no se puede comunicar con la persona.

Para profundizar más y especificar las consecuencias concretas de una mala comunicación por el idioma sobre la salud, se pueden analizar las gráficas realizadas por Kletecka-Pulker et al., 2019, en sus estudio: relatan que un 80% de los pacientes encuestados encontrando dificultades de comunicación son incapaces de describir sus síntomas, y un 76% de ellos transmiten informaciones erróneas y/o muy escasas sobre sus antecedentes, historial de salud, porque no entienden las preguntas o no saben cómo contestarlas. Entonces en casos donde el paciente no puede transmitir las informaciones fundamentales sobre su estado de salud, dificulta mucho el trabajo del personal sanitario, limita su comprensión de la situación y aumenta la dificultad en establecer un diagnóstico.

En el momento del diagnóstico también se suelen producir errores, y muchos profesionales describen esa etapa como una de las más complicadas: por un lado al no disponer de todas las informaciones sobre el historial del paciente y sin poder realizar una anamnesis adecuada, el riesgo de error diagnóstico aumenta con pacientes no nativos. Por otro lado, el estudio de Feiring y Westdahl, 2020, explica que frente a la falta de informaciones es frecuente que los equipos médicos soliciten pruebas innecesarias para compensar su ignorancia sobre el caso, tardando aún más en definir un diagnóstico y un plan de tratamiento. Desde el punto de vista del paciente es una etapa difícil también: alguien está intentando transmitirle informaciones cruciales para su salud pero no entiende ni los términos empleados ni la situación, y frecuentemente ni siquiera entiende el diagnóstico establecido, tal y como lo explican Al Shamsi et al., 2019. Empezando con una mala comprensión de su patología, es previsible que el plan de cuidados sea difícil de respetar y que hayan complicaciones con los tratamientos. Más allá del diagnóstico en sí, sea correcto u erróneo, cuando se le explica mal su situación el paciente tiene dificultad para determinar cómo quiere proceder para sus cuidados, generalmente los profesionales de salud no consiguen explicarle correctamente las diferentes opciones de tratamiento y entonces es probable que no elija la más adecuada a su caso, según las investigaciones de Meuter et al., 2015.

De manera muy general, se considera que el tiempo es un factor determinante en la salud, en el tratamiento de las urgencias y diversas patologías agudas, graves o no. Siempre se intenta optimizar el tiempo al máximo para conseguir mejores resultados, pero se complica cuando se debe atender a pacientes con los cuales es imposible comunicar. Sea en la auscultación, la anamnesis, la recopilación de datos generales o la explicación del tratamiento, se ha determinado que se pierde un tiempo considerable en las consultas con pacientes extranjeros que no hablan el mismo idioma que los sanitarios, según Jacobs et al., 2007. Se pierde tiempo durante una consulta tratando de dar explicaciones comprensibles, pero también en otras etapas del proceso de cuidados: en la explicación del diagnóstico, de las técnicas a realizar, del tratamiento, de las recomendaciones al alta... cualquier diálogo básico se hace más complejo y tanto el sanitario como el paciente gastan mucho tiempo tratando de hacerse entender por el otro. En el estudio realizado por Kletecka-Pulker et al., 2019, en 69% de los casos observados

aparece un aumento anormal del tiempo de consulta, y más específicamente del tiempo de conversación.

Siguiendo con la importancia de los tiempos en la salud, se observa en el dramático caso descrito por Marriott, 2020, que una mala comunicación relacionada con errores de diagnóstico puede llevar a emitir el alta demasiado pronto porque no se ha identificado bien el origen de la sintomatología. En esos casos existe un riesgo muy importante de dejar pasar algo solamente porque no se ha entendido al paciente o a su acompañante, y cuando además no se le pueden explicar los signos de alerta que tendrían que vigilar al darles el alta hospitalario, ellos no tienen la reacción adecuada frente a síntomas preocupantes, incrementando el riesgo de deterioro del estado del paciente. Dejar que el paciente vuelva a su domicilio con un diagnóstico erróneo o sin indicaciones claras para vigilar la evolución de su estado aumenta entonces el riesgo de recaída, de agudización de la patología y la probabilidad que vuelva a la consulta o al servicio de urgencias a corto plazo y en peor estado que anteriormente, tal y como se describe en el artículo de Jacobs et al., 2007. Tanto la dificultad para comunicarse con el paciente como los errores cometidos en el diagnóstico y/o el tratamiento suelen causar un aumento del tiempo de ingreso hospitalario en los pacientes no nativos, según el estudio de Feiring y Westdahl, 2020. En estos casos se pierde más tiempo que lo habitual investigando el origen de la sintomatología, determinando el perfil del paciente, explorando los diferentes tratamientos posibles. Según Kletecka-Pulker et al., 2019, 50% de los casos estudiados en su trabajo de investigación están afectados por un alargamiento del tiempo de tratamiento y atención hospitalaria.

Todos los errores cometidos a lo largo del proceso de cuidados de parte del equipo sanitario como del propio paciente constituyen una amenaza directa para su salud. En un paciente que no puede comunicarse adecuadamente con los profesionales que lo atienden es frecuente que se combinen diferentes tipos de errores, diagnóstico, tratamiento, desconocimiento del caso y sus antecedentes, lo que aumenta mucho el riesgo de complicaciones y efectos adversos, impactando la seguridad del paciente, tal y como lo escriben Feiring y Westdahl, 2020, en su artículo. Una de las fuentes de complicación más frecuente es la medicación: frente a explicaciones en un idioma desconocido, muchos pacientes no respetan las recomendaciones dadas al alta ni las pautas, y tampoco pueden leer los prospectos, por lo cual aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos, según Kletecka-Pulker et al., 2019. El 63% de la muestra del estudio de Kletecka-Pulker et al. presentaba complicaciones relacionadas con malentendidos de la documentación entregada y las pautas de tratamiento. En el ámbito sanitario se sabe que cada complicación se paga a todos niveles, y efectivamente se ha detectado en el estudio de Al Shamsi et al., 2019, que la mala comunicación causada por diferencia de idiomas tiene un coste muy elevado. Entre los errores, el tiempo excesivo dedicado a tratar a esos pacientes, las pruebas adicionales innecesarias, las recaídas e ingresos a repetición, efectos adversos a tratar, los problemas de comunicación elevan los gastos de manera muy significativa.

Frente a todas estas situaciones cabe destacar las soluciones de rescate que utilizan algunos pacientes para conseguir establecer un dialogo: ayuda de un familiar, un hijo, amigos cercanos o incluso vecinos para servir de interprete, intentos de traducción de parte del personal o intervención de un sanitario multilingüe, y hasta traducción a cargo de otros pacientes, según Kletecka-Pulker et al., 2019. Desgraciadamente esos traductores no son profesionales ni especialistas en términos médicos y realmente no consiguen transmitir todas las informaciones correctas. Los que se definen como “*ad hoc interpreters*” suelen ser cercanos al paciente, según el estudio de Jacobs et al., 2007, o al contrario no conocerlo en absoluto. En ambos casos es importante abordar el aspecto de privacidad y protección de datos. Aunque necesite ayuda para interpretar las instrucciones del equipo sanitario, un paciente tiene derecho a que se respete su intimidad y que nadie más que él tenga informaciones sobre su salud, los traductores no oficiales representan un riesgo para la confidencialidad de los datos sobre la salud del paciente.

A un nivel legal y jurídico se debe de considerar también el problema del consentimiento informado. Antes de cualquier proceso en el ámbito sanitario, cada paciente debe de estar informado correctamente para firmar su autorización conociendo los riesgos y beneficios estimados, tal y como se describe en el estudio de Kletecka-Pulker et al., 2019. Si no se puede informar bien, no se le debería de tratar al paciente con métodos que conlleven riesgos.

Todos los motivos de error y consecuencias concretas establecidos anteriormente demuestran la carga superior de trabajo que representan los pacientes no nativos, y el estrés que genera tal situación. Los cuidados van enfocados al paciente, pero el personal también sufre de la disminución de la calidad de los cuidados y del estrés generado, según Kletecka-Pulker et al., 2019.

### 4.3. Línea de mejora para el personal de enfermería

Tabla 8: Línea de mejora, resultados obtenidos de los artículos estudiados

Título del artículo	Autores	Año	Resultados
Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study	Feiring, E., & Westdahl, S.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los recursos disponibles</li> <li>- Saber determinar cómo y cuándo utilizar cada herramienta</li> <li>- Saber solicitar ayuda</li> <li>- Programación y regulación del uso de los recursos</li> <li>- Uso adecuado de los recursos</li> <li>- Evaluación del nivel los cuidados</li> <li>- Balance beneficio/riesgo</li> </ul>

Increasing Health Care Workers' Proficiency With Using Professional Medical Interpretation: A Workshop.	Jones, J., Rice, K., Cueto, V., Mojica, C. D. V., Stawitcke, M., Salem, S., Talley, E., & Blankenburg, R.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación de las enfermeras</li> <li>- Utilización de talleres</li> <li>- Ponerse en la posición de los pacientes</li> </ul>
Retrospective analysis of language-related cultural disparity trends in acute rehabilitation: Implications for health communication	Hickey, C. J., Pinzón-Perez, H.	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clases de idioma prácticas y teóricas</li> </ul>
Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.	Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A.	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación sobre las diferencias culturales</li> </ul>
Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language	Meuter, R. F., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación para abrir las mentalidades</li> <li>- Evitar el shock cultural</li> </ul>
Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings.	Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Völkl-Kernstock, S., Wagner, M., & Wenzel, T.	2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de simulaciones para entrenar el personal sanitario</li> <li>- Talleres utilizando los recursos digitales</li> </ul>
Language Barrier & Standard of Care: A Case Example	Marriott, E.	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilizar las enfermeras en una correcta recopilación de datos</li> <li>- Elaboración de guías y protocolos de actuación, actualización de las recomendaciones</li> </ul>

*Nota: Elaboración propia*

Una vez identificadas las soluciones disponibles para mejorar la comunicación y la atención sanitaria con pacientes extranjeros, los equipos de enfermería necesitan saber utilizarlas de manera adecuada, pero también hacer evolucionar su manera de practicar la profesión.

Desde un principio, es imprescindible que las enfermeras conozcan los diferentes recursos disponibles en su centro en cuanto a la traducción, sepan determinar cuáles son los más adecuados en cada situación, y sobre todo que sepan utilizarlos, tal y como lo explican Feiring y Westdahl, 2020. Además de controlar su funcionamiento, el equipo de enfermería debe de ser capaz de solicitar ayuda cuando es necesario y saber pedir el acceso a un recurso específico si está disponible y lo considera necesario.

Al igual que en otros campos de la salud y la atención al paciente, una de las claves para mejorar la calidad de cuidados es la formación del personal. Para manejar bien las diferentes herramientas disponibles y ser capaz de elaborar un plan de cuidados con un paciente que hable un idioma diferente, las enfermeras se pueden seguir formando a lo largo de su carrera profesional. La realización de talleres para darse cuenta de lo que viven los pacientes y aprender a manejar un programa de traducción permite mejorar mucho el rendimiento y la eficacia de los cuidados, según el estudio de Jones et al., 2020. Poniéndose en la posición del paciente ayuda mucho a que los profesionales entiendan la situación y consideren nuevas formas de trabajar. Aunque no puedan comunicar verbalmente por la barrera lingüística entre ellos, los sanitarios pueden prestar atención a su posición frente al paciente, sus gestos, y a mantener siempre un contacto visual con el paciente para que se siente considerado e integrado en el proceso de cuidados.

Acerca a la formación, sería interesante que los sanitarios tengan acceso a clases de idioma tanto escritas como prácticas, tal y como lo describe el artículo de Hickey y Pinzón-Pérez, 2013. Se puede contemplar darle más importancia al nivel de idioma durante la carrera universitaria y en los procesos de contratación para que los profesionales lleguen más preparados al terreno y tengan un mínimo de recursos personales para enfrentarse a situaciones delicadas con pacientes no nativos del país donde trabajan. Más allá del idioma, Román-López et al., 2015, explican que para una atención más global y adaptada a los pacientes extranjeros, los equipos sanitarios tienen que mejorar también su conocimiento sobre las diferencias culturales, prepararse a atender a pacientes con costumbres y tradiciones diferentes a las suyas. Aportar una apertura de mentalidad a los profesionales de salud permitiría reducir el shock, y empezar a romper las barreras lingüísticas con gestos y acciones simples, según el artículo de Meuter, 2015.

Las simulaciones de casos probando los diferentes recursos humanos y digitales disponibles constituyen una herramienta pedagógica muy útil en la formación de los equipos de enfermería. Organizar talleres utilizando los sistemas de videollamada tal y como lo proponen Kletecka-

Pulker et al., 2019, en su estudio, permite por ejemplo desarrollar las habilidades del equipo y establecer la organización de los recursos.

Como actores principales del plan de cuidados, los equipos de enfermería tienen un papel muy importante en la comunicación con el paciente y la comprobación de datos, el hecho de asegurarse que el paciente entiende y acepta las informaciones pasadas también forman parte de sus responsabilidades, según el artículo de Marriott, 2020. Parece importante, entonces, que sean actores en la elaboración de los protocolos de acción, que participen en la redacción de guías para acompañar a las enfermeras en su práctica con pacientes extranjeros, porque son las que viven estas situaciones y se enfrentan a las dificultades relacionadas con la barrera lingüística en su día a día. Además de formarse y programar la utilización de los recursos de traducción, las enfermeras deben de tomar en cuenta su manera de recurrir a las herramientas disponibles: tienen un papel fundamental en la regulación de dichos recursos, como cualquier otro. Conociendo las indicaciones y especificidades de cada sistema de apoyo, se deben de responsabilizar haciendo un uso adecuado de los recursos disponibles, tal y como lo explican Feiring y Westdahl, 2020, en su estudio.

Todas las intervenciones de enfermería y el papel de la profesión en situaciones con pacientes hablando un idioma diferente al de los cuidadores se pueden y se deben supervisar por las enfermeras gestoras, supervisoras de servicios. Todos los criterios evaluados en el estudio de Feiring y Westdahl, 2020, permiten dar una representación general de las competencias del equipo de enfermería frente a la atención a pacientes extranjeros: acceso a la salud, organización de los recursos, planificación de los cuidados, balance beneficio/riesgo del uso de herramientas y de la intervención de terceras personas, posición del personal de enfermería. Con un punto de vista exterior al equipo proporcionando los cuidados, las supervisoras tienen la posibilidad de evaluar la calidad de las intervenciones y proponer líneas de mejora para el futuro.

## **5. Discusión**

### **El estudio**

A lo largo de la recopilación de datos para esta revisión, se ha observado que existen muy pocos estudios enfocados hacia la enfermería en el tema de barrera lingüística en la salud. Se tuvieron que ampliar las búsquedas a otras profesiones sanitarias para poder incluir artículos válidos y representativos de la situación general en cuanto a la atención a pacientes extranjeros o no nativos. Sería relevante profundizar las búsquedas y realizar más investigaciones desde el punto de vista de enfermería para comparar los resultados con los datos obtenidos con las profesiones sanitarias en general.

La mayoría de las informaciones obtenidas con los once artículos componiendo la bibliografía provienen de países occidentales (Europa y EE. UU.) desarrollados y con recursos humanos, materiales y económicos importantes. Se pueden esperar resultados muy diferentes en países menos desarrollados, con sistemas de salud inestables y recursos más limitados, dado que no tienen acceso a tantas herramientas digitales en ciertas regiones del mundo. Más allá de las consideraciones económicas, es probable que las habilidades de comunicación de los equipos de enfermería y la relación entre paciente y sanitarios no sean una prioridad absoluta en las zonas más desfavorecidas donde se atienden sobre todo necesidades vitales. En cada cultura y cada comunidad existen tradiciones, necesidades específicas y modos de funcionamiento que cambian mucho la manera de considerar la atención sanitaria y de clasificar las prioridades.

### **5.1. Herramientas para mejorar la comunicación**

En cuanto a la contratación de intérpretes profesionales es necesario aclarar ciertos puntos para garantizar la calidad de los servicios. Ante todo, es imprescindible que las personas seleccionadas estén especializadas en la traducción médica. El vocabulario es tan específico en la salud, con términos técnicos, y la comunicación una clave del plan de cuidados, que no se puede admitir un traductor sin experiencia en esta área. Los puntos fuertes de esta solución es la dimensión humana, la facilidad y la fluidez del dialogo entre seres humanos, capaces de detectar las diferencias de tono, tomar en cuenta las expresiones faciales, y adaptar el discurso a la situación. Pero en contrapartida, según el estudio de Feiring y Westdahl, 2020, es una solución más difícil de elaborar, requiere mucho tiempo y mucha disponibilidad de parte de los equipos de traductores. Cada vez que implica una intervención humana, la instauración de unas medidas requiere mucha organización, planificación, y específicamente en este caso implica que se debe de establecer una colaboración estrecha entre equipos de enfermería e intérpretes. De hecho, al implicar más personal en el proceso de cuidados, se aumenta el riesgo de aparición de conflictos de papel dentro del equipo, y entre el paciente, su entorno y el equipo sanitario. De hecho, el estudio de Al Shamsi et al., 2019, indica que la utilización de servicios de intérpretes puede resultar difícil de acceso en muchos centros debido a la falta de profesionales disponibles, y la necesidad de una planificación y un importante trabajo de gestión que quedaría a cargo de los equipos de dirección y supervisoras de los centros.

Además, tal y como lo explican Feiring y Westdahl, 2020, si el contacto humano es una ventaja importante del uso de servicios de intérpretes, el hecho de utilizar seres humanos como intermediarios también conlleva un riesgo de que se impliquen demasiado en el caso, o que estén afectados emocionalmente. Les puede resultar muy difícil quedarse objetivos frente a una situación con un paciente sin intervenir ni modificar el discurso sin querer, debido a sus sesgos cognitivos y el impacto psicológico del caso. Al final la decisión depende también del propio paciente: algunos se niegan a la intervención de tercera persona para llevar a cabo la traducción porque amenaza su intimidad, se sienten incómodos o consideran que les quita autonomía. En estos casos si el personal considera que sería benéfica la presencia de un intérprete, se podría

valorar la intervención de la supervisora del servicio para animar al paciente a utilizar los recursos disponibles, tal y como se indica en el estudio de Feiring y Westdahl, 2020.

Desde otra perspectiva, el estudio de Kletecka-Pulker et al., 2019, explica que los dispositivos electrónicos y soluciones digitales como las aplicaciones para móvil y programas informáticos muestran algunas fortalezas y límites en la práctica. Todos los profesionales que tienen acceso a esas herramientas valoran mucho el aspecto práctico porque se pueden utilizar desde cualquier dispositivo electrónico, sea personal o del propio centro sanitario. En un país desarrollado como España, la gran mayoría de la población tiene la posibilidad de usar esas aplicaciones sin ningún tipo de restricción, todos los centros sanitarios disponen de ordenadores, red internet y fácil acceso a estas herramientas digitales. Sin embargo, el artículo de Goretti, 2011, indica que aún se observan muchas limitaciones a su uso en la práctica y será necesario mejorar su efectividad en el futuro. Efectivamente aunque representen una ayuda muy valorada por el personal sanitario, las aplicaciones y otros dispositivos de traducción no reemplazan las competencias de un ser humano, reducen la fluidez del intercambio. Con estos dispositivos el paciente y el profesional de salud disponen de unas frases ya hechas y limitadas, generalmente preguntas cerradas y respuestas cortas, para que sean capaces de dar las informaciones más importantes pero sin incorporar detalles ni poder añadir una reflexión personal. Goretti, 2011, indica que algunas empresas como Universal Doctor tratan de mejorar sus programas para permitir conversaciones más abiertas con interacciones parecidas a un dialogo habitual, sin intermediario tecnológico: posibilidad de detectar directamente la voz del interlocutor, de lectura de las respuestas a través del altavoz... Además en la actualidad el uso de estos recursos sigue limitado por el número de idiomas disponibles en cada aplicación o programa, se han desarrollado con los más frecuentes, para las poblaciones que presentan mucha demanda, pero aún no se pueden utilizar con pacientes de cualquier origen.

Las herramientas digitales citadas en la revisión presentan resultados muy positivos y se consideran como un avance importante en la atención a los pacientes no nativos, pero todavía son dispositivos recientes que necesitan mejorar, requieren ajustes. Tal y como lo describe el estudio de Janakiram et al., 2020, se observan algunos fallos en las traducciones registradas o sugeridas por los programas, por lo cual es primordial que los profesionales sanitarios se formen y entrenen a utilizarlos: conociendo bien el funcionamiento del dispositivo pueden detectar fácilmente los errores o fallos, evitar hacer un uso inadecuado y reconocer los límites de estos sistemas.

Aunque resulten de fácil acceso, Goretti, 2011, indica que en la práctica las herramientas digitales no se pueden utilizar con cualquier categoría de población: las personas mayores, por ejemplo, no suelen tener lo suficiente habilidades para el uso de dispositivos informáticos o aplicaciones de móvil. No son soluciones adaptadas para todas las generaciones, y tampoco para todas las culturas. Efectivamente se considera España como un país desarrollado con acceso ilimitado a la tecnología, pero justamente la población interesada por los servicios de traducción en el ámbito sanitario es de otro origen, con diferentes costumbres y probablemente

tenga una relación a la tecnología diferente. En estos casos, aunque el personal sanitario utilice el dispositivo y lo programe para ayudar al paciente, es probable que no sea la solución más adecuada y que resulte aún más difícil de comunicarse con él.

Según el estudio de Feiring y Westdahl, 2020, aunque la traducción sea de buena calidad y parezca eficaz, en la práctica muchos sanitarios y pacientes refieren que el uso de herramientas digitales y traducción en remoto deshumaniza la situación. Se considera que el diálogo a través de una pantalla reduce mucho el contacto humano con el personal sanitario, lo que permite reflexionar sobre el uso que se hace de esos dispositivos: los profesionales deben de estar formados para poder utilizar el video o las aplicaciones como ayuda técnica, pero seguir aportando ellos el componente humano de los cuidados, la empatía, la comunicación no verbal.

## **5.2. Problemas causados por una mala comunicación debido al idioma**

En la salud y la gestión de recursos, el aspecto económico siempre entra en consideración y el balance coste/beneficio es un punto clave para decidir de la utilización o no de una nueva herramienta, de la compra de material o de la organización de protocolos. En el caso de las diferentes soluciones estudiadas en esta revisión para mejorar la atención a pacientes hablando otros idiomas, tampoco se puede evitar tratar el tema de los gastos y los recursos económicos. Efectivamente, el factor económico es uno de los límites que dificulta la introducción de nuevas herramientas en el sistema de salud, y un punto clave en las decisiones sobre los métodos adoptados por los equipos sanitarios en busca de mejora.

Comparando los dispositivos de traducción implicando intérpretes profesionales con las herramientas digitales, aparece claramente que la contratación de personal calificado cuesta mucho más a las instituciones que las licencias permitiendo el uso de aplicaciones o programas informáticos. Por un lado aparece la opción más humana, más completa aportada por los intérpretes, y por otro lado la más accesible al nivel económico y de organización. Cada tipo de solución tiene ventajas y puntos débiles, pero realmente las instituciones eligen en función de sus objetivos. El estudio de Goretti, 2011, indica que necesitan determinar si desean insistir en la calidad o los ahorros, aunque en una visión utópica del sistema sanitario cualquier método empleado debería de presentar las dos ventajas, ser a la vez económico y de muy buena calidad.

Optando por personal humano se generan muchos gastos, según las investigaciones de Feiring y Westdahl, 2020, pero ¿si les comparamos a lo que cuestan los errores médicos y la pérdida de tiempo relacionados con una mala comunicación entre paciente y personal sanitario? En este caso la intervención de intérpretes permite prevenir accidentes y errores que suponen un gasto muy importante para las instituciones, probablemente más elevado que el presupuesto para contratarlos. Aunque la inversión de base parezca elevada, parece relevante recurrir a los servicios de traductores profesionales para evitar poner en peligro la salud de los pacientes y aumentar los gastos del centro generados por una mala praxis.

Además la cuestión del coste de los servicios de traducción plantea otra problemática, descrita en el estudio de Feiring y Westdahl, 2020: ¿A cargo de quién deben de quedar esos gastos? En todo proyecto la pregunta de la financiación es esencial, en este caso se puede considerar que para respetar los derechos fundamentales de acceso a la salud las instituciones sanitarias deben de incluir la traducción en su carta de servicios y financiarla. Desde otro punto de vista, los pacientes usuarios de los servicios de traducción generan esos gastos para que el sistema se adapte a su situación personal, por lo cual se podría imaginar que participen en la financiación de este sistema.

### **5.3. Línea de mejora para el personal de enfermería**

En esta revisión se han estudiado las posibles soluciones con la aportación de profesionales de la traducción y con el uso de herramientas digitales, pero se podría reflexionar también sobre recursos escritos, uso de señas o dibujos como herramientas más visuales. Tal y como lo explican Janakiram et al., 2020, en el caso de pacientes con los cuales resulta muy difícil establecer un contacto, que tengan un nivel de educación bajo o sean demasiado jóvenes para poder leer o escribir, sería inadecuado recurrir a dispositivos con frases escritas: se puede imaginar una adaptación de estos sistemas con dibujos y pictogramas para permitir el uso de los recursos digitales a todas las categorías de población.

A pesar de todas las opciones existentes para superar la barrera lingüística en la práctica de los cuidados, se observa que muchos de los centros sanitarios no aplican ninguna de las posibles soluciones, y los profesionales siguen practicando sin recurrir a ellas. Efectivamente el estudio de Feiring y Westdahl, 2020, indica que siempre resulta difícil aportar cambios en la manera de trabajar, por costumbre muchos sanitarios siguen funcionando como si no tuvieran herramientas para ayudarles a comunicar con los pacientes extranjeros. Además de una formación adecuada, aparecer necesario trabajar a un cambio de las mentalidades para que todos los profesionales de enfermería se adapten a nuevas maneras de trabajar y se acostumbren a utilizar todos los recursos disponibles.

Para futuras investigaciones, podría resultar interesante documentarse sobre el manejo de otros problemas de comunicación como pueden ser la discapacidad auditiva, los trastornos del lenguaje o los trastornos de espectro autista, con la idea de mejorar cada vez más la atención sanitaria. Con la idea de mejorar cada vez más la atención sanitaria, se podría contemplar investigar sobre la barrera lingüística en otros áreas, como son la salud mental, la psicología y el trabajo social.

## **6. Conclusiones**

Se han identificado diferentes soluciones para mejorar la atención de los pacientes perjudicados por la barrera lingüística clasificadas en dos categorías: servicios de intérpretes profesionales, y herramientas digitales de traducción. Gracias a los avances de la tecnología, se desarrollan muchos recursos fácilmente disponibles.

Los problemas de comunicación relacionados con el idioma tienen un impacto negativo sobre la salud del paciente y la calidad de los cuidados. La barrera lingüística perjudica la relación terapéutica entre el paciente y los profesionales que lo atienden, incrementa el riesgo de errores e impacta el plan de cuidados y la atención al paciente en su globalidad.

Al disponer de muchas soluciones de traducción para acompañarlos en su práctica, hay que poner en relieve la importancia de la formación del personal sanitario y los gestores de las instituciones. Es imprescindible que sean actores del cambio, que aprendan a manejar las diferentes herramientas y conozcan todos los recursos disponibles.

-

## 7. Bibliografía

### Referencias

- ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK. (2002). European Charter of Patient's rights. *European commission, Public Health*. Recuperado de: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)
- AL SHAMSI, H., ALMUTAIRI, A. G., AL MASHRAFI, S., & AL KALBANI, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 35(2), 40–46. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.5001/omj.2020.40>
- CARLSON, E. S., BARRIGA, T. M., LOBO, D., GARCIA, G., SANCHEZ, D., & FITZ, M. (2022). Overcoming the language barrier: a novel curriculum for training medical students as volunteer medical interpreters. *BMC Medical Education*, 22(1), 27. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12909-021-03081-0>
- DE LA TORRE FDEZ-TRUJILLO, J., ARRIAGA PIÑEIRO, E., GIL SACALUGA, R., MARCHAL ESCABIAS, M., SEBASTIÁN IGLESIAS, M. J., & GARCÍA BAÑÓN, A. (2001). El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería. *Metas*, 33, 26-32. Recuperado de: [https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search\\_type=2&search\\_entity=&id\\_pub\\_grp=30&view=&ordenarRelevancia=&q=Comunicacion&ordenacion=on&option=com\\_encuentra&task=showContent&id\\_pub\\_cont=3&id\\_articulo=3302](https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=30&view=&ordenarRelevancia=&q=Comunicacion&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=3&id_articulo=3302)
- FEIRING, E., & WESTDAHL, S. (2020). Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study. *BMC health services research*, 20(1), 856. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05720-6>
- GORETTI FAYA ORNIA, M. (2011). Comparativa de herramientas empleadas para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros en centros sanitarios del Reino Unido, Alemania y España. *Sendeban, revista de la facultad de traducción e interpretación*, 22, 191-208. Recuperado de: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/sendeban/article/view/351>
- HICKEY, C. J., PINZÓN-PEREZ, H., & California State University, Fresno. (2013). Retrospective analysis of language-related cultural disparity trends in acute rehabilitation: Implications for health communication. *Salud Uninorte*, 29(2). Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522013000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000200006)

JACOBS, E. A., SADOWSKI, L. S., & RATHOUZ, P. J. (2007). The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 22 Suppl 2(Suppl 2), 306–311. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0357-3>

JANAKIRAM, A. A., GERLACH, J., VUADENSLEHMANN, A., BOUILLON, P., & SPECHBACH, H. (2020). User Satisfaction with a Speech-enabled Translator in Emergency Settings...30th Medical Informatics Europe Conference. *Studies in Health Technology & Informatics*, 270, 1421–1422. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.3233/SHTI200472>

JONES, J., RICE, K., CUETO, V., MOJICA, C. D. V., STAWITCKE, M., SALEM, S., TALLEY, E., & BLANKENBURG, R. (2020). Increasing Health Care Workers' Proficiency With Using Professional Medical Interpretation: A Workshop. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, 16, 11017. Recuperado de: [https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.15766/mep\\_2374-8265.11017](https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.15766/mep_2374-8265.11017)

KLETEČKA-PULKER, M., PARRAG, S., DOPPLER, K., VÖLKL-KERNSTOCK, S., WAGNER, M., & WENZEL, T. (2021). Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133(11–12), 610–619. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s00508-020-01806-7>

MARRIOTT, E. (2020). Language Barrier & Standard of Care: A Case Example. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 31(3), 22–25.

MEUTER, R. F., GALLOIS, C., SEGALOWITZ, N. S., RYDER, A. G., & HOCKING, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC health services research*, 15, 371. Recuperado de: DOI: [10.1186/s12913-015-1024-8](https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8)

OBSERVATORIO DE LA INMIGRACIÓN. (2021). Los extranjeros residentes en España superan por primera vez los 5,8 millones. *La Moncloa, Gobierno de España*. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Paginas/2021/130421-extranjeros.aspx> ( Acceso 3/04/2022)

PELED, Y. (2018). Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*, 32(6), 360–367. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1111/bioe.12435>

ROMÁN-LÓPEZ, P., DEL MAR PALANCA-CRUZ, M., GARCÍA-VERGARA, A., ROMÁN-LÓPEZ, F. J., RUBIO-CARRILLO, S., & ALGARTE-LÓPEZ, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Espanola de Comunicacion En Salud*, 6(2), 204–212. Recuperado de: <https://web-p-ebSCOhost.com.ezproxy.universidadeuropea.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=63812c4d-fec8-418a-826a-23dc9cf66f90%40redis>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (s.f.) Patient safety. *Regional office for Europe*. Recuperado de: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

ZEIGLER, K., & CAMAROTA, S. A. (2019, 29 octubre). 67.3 Million in the United States Spoke a Foreign Language at Home in 2018. *CIS.Org*. Recuperado de : <https://cis.org/Report/673-Million-United-States-Spoke-Foreign-Language-Home-2018>

#### **Recursos electrónicos:**

Babel Dr: une application de traductions pour les urgences médicales. (2020). *Hôpitaux Universitaires de Genève*. Disponible en < <https://www.hug.ch/centre-innovation/babel-dr>>. (Acceso 21/02/2022)

Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. (2020). ed. rev. y ampl. São Paulo: *BIREME / OPS / OMS*, 2017. Disponible en: < <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm> >. (Acceso enero 2022).

Explore Censur Data. (s.f.). *United States Censur Bureau*. Disponible en: <<https://data.census.gov/cedsci/>> (Acceso 25/02/2022)

Generador y verificador APA. (2020) *Scribbr*. Disponible en <<https://www.scribbr.es/detector-de-plagio/generador-apa/>> (Acceso febrero-junio 2022)

MediBabble translator. (2013) *MediBabble*. Disponible en: <<https://www.medibabble.com/index.html>> (Acceso 22/03/2022)

Medical Subject Headings (2022). *National Library of Medicine*. Disponible en <<https://meshb.nlm.nih.gov>>. (Acceso enero 2022)

Multilingual Patient Communication Apps for Nurses. (2018). *Universalnurses*. Disponible en: <<http://www.u-nurses.com>> (Acceso 22/03/2022)

NANDA 00051: Deterioro de la comunicación verbal. (2020). *NNN Consult*. Disponible en <https://www-nnnconsult-com.ezproxy.universidadeuropea.es/nanda/51> (Acceso 8/01/2022)

Universal Doctor Speaker. (2020). *Universal Doctor*. Disponible en: <https://www.universaldocor.com> (Acceso 22/03/2022)

## **Tablas**

Tabla 1: Cronograma de actividades del trabajo. (2022). Elaboración propia.

Tabla 2: Resultados de búsquedas en PubMed. (2022). Elaboración propia.

Tabla 3: Resultados de búsquedas en Scielo. (2022). Elaboración propia.

Tabla 4: Resultados de búsquedas en MedLine. (2022). Elaboración propia.

Tabla 5: Resultados de búsquedas en Cinhal. (2022). Elaboración propia.

Tabla 6: Herramientas, resultados obtenidos de los artículos estudiados. (2022). Elaboración propia.

Tabla 7: Problemas causados por la mala comunicación, resultados obtenidos de los artículos estudiados. (2022). Elaboración propia.

Tabla 8: Línea de mejora, resultados obtenidos de los artículos estudiados. (2022). Elaboración propia.

Tabla 9: Características de los artículos seleccionados para la revisión. (2022). Elaboración propia.

## **Figuras**

Fig. 1.: National Library of Medicine. (2019). *Language Descriptor Data 2022* [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D007802>

Fig. 2: National Library of Medicine. (2021). *Communication MeSH Descriptor Data 2022* [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D003142>

Fig. 3: National Library of Medicine. (2017). *Translating MeSH Descriptor Data 2022* [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D014175>

Fig 4: National Library of Medicine. (2017). *Efficiency MeSH Descriptor Data 2022* [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D004526>

Fig. 5: National Library of Medicine. (2019). *Bias MeSH Descriptor Data 2022* [Captura de pantalla]. MeSH. Obtenido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D015982>

Fig. 6: OMS, BIREME, & Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Descriptor Español Cesgo* [Captura de pantalla]. DeCS. Obtenido de: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Fig. 7: OMS, BIREME, & Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Descriptor Español Barrera de comunicación* [Captura de pantalla]. DeCS. Obtenido de: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Fig. 8: Representación de la estrategia de selección de la bibliografía. (2022). [Diagrama de flujo]. Elaboración propia.

Fig. 9: SPECHBACH, H. (2020) *BabelDr, une application de traductions pour les urgences médicales* [Diagrama], Hôpitaux universitaires de Genève. Obtenido de : <https://www.hug.ch/centre-innovation/babel-dr>

Fig. 10: Universal Doctor Tools (2018) *Multilingual Patient Communication APPs for Nurses* [Captura de pantalla]. Universal Nurses. Obtenido de: <http://www.u-nurses.com>

Fig. 11: Universal Doctor Tools (2018). *Medical translation tool for communication between healthcare providers & patients to overcome language barriers* [Captura de pantalla]. Universal Doctor Speaker. Obtenido de: <https://www.universaldocctor.com>

## 8. Anexos

### Anexo 1

Tabla 9: Características de los artículos seleccionados para la revisión

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Organización</b>	<b>Metodología</b>	<b>Muestra</b>
Implication of language barriers for healthcare: a systematic Review.	Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T.	Oman	Ministerio de Sanidad de Oman	Revisión sistemática	14 estudios, 300.918 participantes
Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study	Feiring, E., & Westdahl, S.	Noruega	Universidad de Oslo, Servicios económico y gestión de sanidad de Noruega	Estudio cualitativo retrospectivo	2 hospitales, 15 supervisores y profesionales sanitarios
Comparativa de herramientas empleadas para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros en centros sanitarios del Reino Unido, Alemania y España.	Goretti Faya Ornia, M.	España	Universidad de Oviedo	Estudio mixto (cuantitativo y cualitativo)	120 centros sanitarios en 3 países
Retrospective analysis of language-related cultural disparity trends in acute rehabilitation: Implications for health communication	Hickey, C. J., Pinzón-Perez, H.	Estados Unidos	California State University	Estudio retrospectivo	3175 pacientes

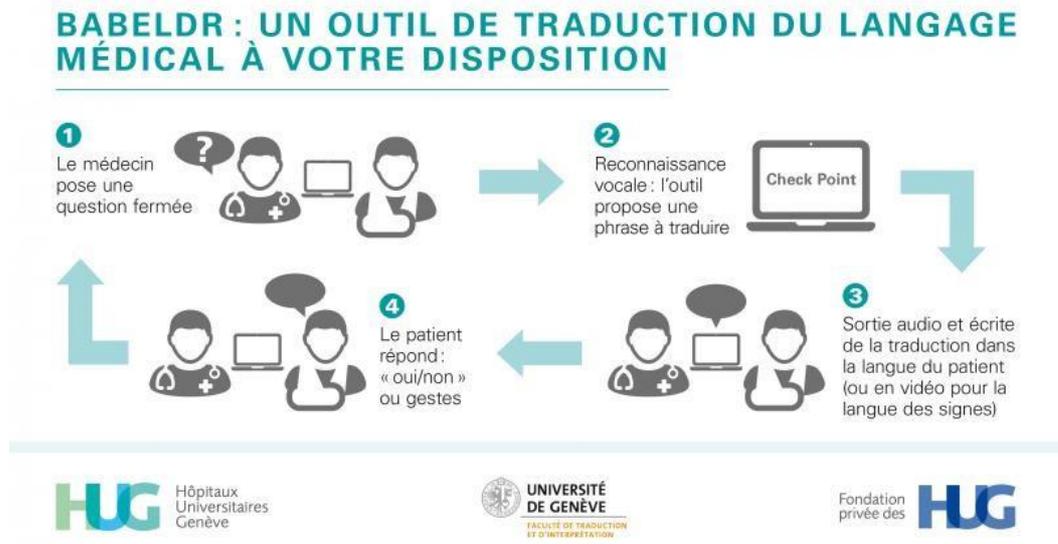
The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction	Jacobs, E. A., Sadowski, L. S., & Rathouz, P. J	Estados Unidos	Hospital of Cook County, Universidad de Chicago	Estudio prospectivo	323 pacientes adultos
User Satisfaction with a Speech-enabled Translator in Emergency Settings.	Janakiram, A. A., Gerlach, J., Vuadenslehmann, A., Bouillon, P., & Spechbach, H.	Suiza	Hospital Universitario de Geneva	Estudio prospectivo	22 pacientes
Increasing Health Care Workers' Proficiency With Using Professional Medical Interpretation: A Workshop.	Jones, J., Rice, K., Cueto, V., Mojica, C. D. V., Stawitcke, M., Salem, S., Talley, E., & Blankenburg, R.	Estados Unidos	Universidad de Stanford	Estudio prospectivo sobre un taller	52 profesionales de salud
Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings.	Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Vökl-Kernstock, S., Wagner, M., & Wenzel, T.	Austria	Universidad de Vienna	Estudio mixto (cualitativo y cuantitativo)	144 pacientes participantes
Language Barrier & Standard of Care: A Case Example	Marriott, E.	Estados Unidos	Journal of Legal Nurse Consulting	Estudio de Caso	Niño de 1 año y su entorno familiar
Overcoming language barriers in healthcare:	Meuter, R. F., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A.	Australia	Queensland University of Technology	Estudio prospectivo mixto	3 hospitales, 80 dialogos

A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language	G., & Hocking, J				
Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.	Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A.	España	Universidad de Almería	Revisión bibliográfica	23 artículos válidos

*Nota:* Características de los artículos seleccionados para la revisión. (2022).Elaboración propia.

Anexo 2

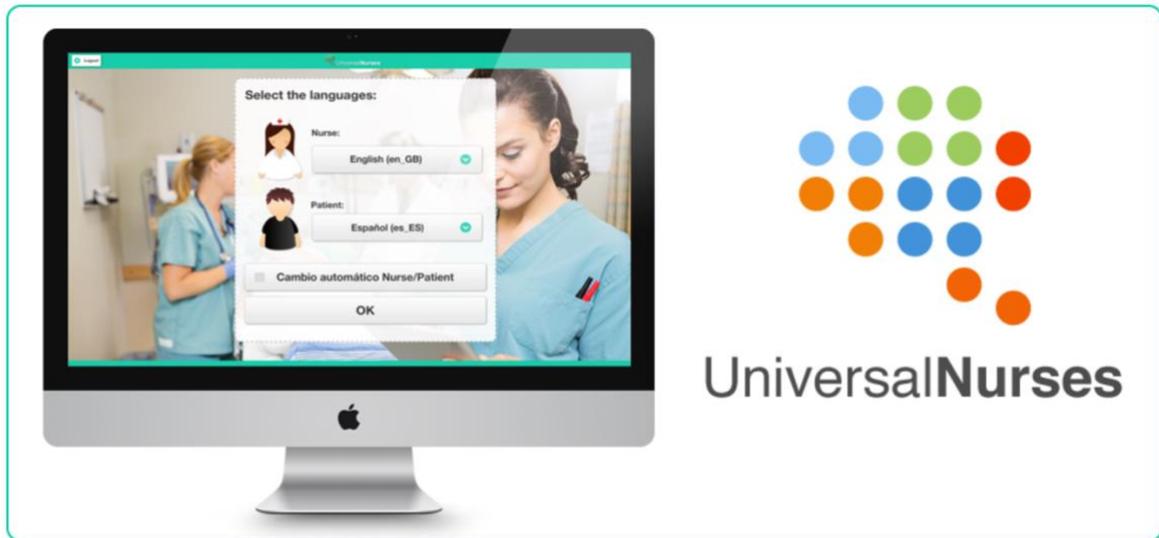
Figura 9: Funcionamiento de la herramienta de traducción BabelDr.



Nota: Adaptado de: *BabelDr, une application de traductions pour les urgences médicales* [Diagrama], por H.Spechbach, 2020, HUG. (<https://www.hug.ch/centre-innovation/babel-dr>)

### Anexo 3

Figura 10: UniversalNurses, ejemplo de aplicación móvil para enfermeras



*Nota:* Adaptado de *Multilingual Patient Communication APPs for Nurses* [Captura de pantalla], por Universal Doctor (2018), Universal Doctor Tools. (<http://www.u-nurses.com>)

Figura 11: Universal Doctor Speaker, ejemplo de traductor digital para ámbito sanitario



## UNIVERSAL DOCTOR SPEAKER

*Nota:* Adaptado de *Medical translation tool for communication between healthcare providers & patients to overcome language barriers* [Captura de pantalla], por Universal Doctor (2018), Universal Doctor Tools. (<https://www.universaldocor.com>)