

MÁSTER UNIVERSITARIO EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA
COMUNICACIÓN EN LA ENSEÑANZA Y TRATAMIENTO DE LENGUAS (PROFESIONAL)

**COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL EN EL ÁREA
SANITARIA: UNA NECESIDAD.
APLICACIONES DE LA ELAO.**

INTRODUCCIÓN A LA ENSEÑANZA DE LENGUAS ASISTIDA POR ORDENADOR (ELAO)

master@vip.uned.es

María Olga Lavado Pérez 244782775

<http://www.actiweb.es/olgalavado/>

2/5/2011

INDICE

- 0. INTRODUCCIÓN. pg. 3**
- 1. CONTEXTO. pg. 6**
- 2. NECESIDADES COMUNICATIVAS EL INMIGRANTE EN EL ÁMBITO
SANITARIO. pg. 16**
 - 2.1. SERVICIOS LINGÜÍSTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO. pg. 21**
 - 2.2. NECESIDAD DE PRODUCIR MATERIAL INFORMATIVO Y EDUCATIVO
MULTILINGÜE. pg. 29**
 - 2.3. NECESIDAD DE QUE EL PERSONAL SANITARIO CONOZCA (AL MENOS)
EL IDIOMA INGLÉS. pg. 39**
 - 2.3.1. LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS. pg. 40**
 - 2.3.2 EL DÉFICIT DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA EN IDIOMA INGLÉS
(Y OTROS). pg. 45**
- 3. ELAO Y LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS COMUNICATIVAS pg. 47**
- 4. ELAO Y LA ADQUISICIÓN DE LA COMPETENCIA CULTURAL pg. 60**
- 5. CONCLUSIONES pg. 65**
- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CIBERGRAFÍA pg. 69**

0. INTRODUCCIÓN

Este trabajo es una oportunidad para dar a conocer la necesidad de mejorar la comunicación entre las diferentes comunidades de inmigrantes en España y los profesionales de la salud, y las posibilidades que la enseñanza de lenguas asistida por ordenador (ELAO) puede ofrecer para esa mejora. Dada la naturaleza de esta necesidad (no problema) no sólo se ven implicados los profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, terapeutas, auxiliares etc.) sino que también se ven implicados educadores, mediadores culturales, instituciones públicas, los mismos grupos de inmigrantes por extensión toda la sociedad.

Los motivos por los que me interesa este tema son varios:

- Simplemente por cumplir con la ley vigente ya que estos grupos de población tienen derecho a los mismos servicios sanitarios que el resto de los ciudadanos y esto incluye el derecho a recibir información y educación sanitaria adecuada.

- Los inmigrantes forman un grupo heterogéneo de personas que tienen en común el hecho que están desplazados de sus países de origen. Aunque no siempre es así, suelen tener en común que las condiciones de vida en las que se encuentran son, por lo general, más difíciles que las de las personas autóctonas. Lo cual las hace más vulnerable a las enfermedades. Además hay que sumar las diferencias lingüísticas, culturales, educativas... que puedan haber y el proceso de adaptación más o menos complicado, lo cual influye negativamente en el estado de salud de las personas (por ejemplo, en el caso de las enfermedades mentales). Hay que contar también con las enfermedades específicas que algunos grupos de inmigrantes pueden tener o estar más en riesgo como enfermedades genéticas propias de algunas etnias (como la anemia falciforme) o endémicas en algunos grupos (la hepatitis B en muchas personas de origen chino). Por lo tanto, es importante que se les pueda dar una mínima información sanitaria, en sus respectivos idiomas, de forma que se les facilite conocer su situación y empezar a conocer cómo cuidarse.

- Los inmigrantes, sobre todo los recién llegados, no sólo dominan poco nuestro idioma, desconocen también el funcionamiento del sistema sanitario del país que los recibe. Necesitan tener información en su propio idioma que explique cómo funciona de forma comprensible y

también información adaptada que explique unos mínimos conocimientos para poder llevar una vida saludable que no se contradiga con su cultura.

- Muchos inmigrantes, sobre todo los llamados “sin papeles” suelen ignorar que también tienen derecho a asistencia sanitaria a pesar de su situación ilegal. Por otra parte, aquellos inmigrantes que se encuentran realizando trabajos dentro de la economía sumergida suelen evitar asistencia sanitaria cuando la necesitan por temor a perder sueldo/empleo. Los inmigrantes necesitan saber que tienen derecho a asistencia sanitaria.

- Algunos inmigrantes, acostumbrados a otro tipo de relación paciente-sanitario, desconfían de los métodos de la medicina “occidental” y prefieren usar otros medios de asistencia, que no siempre son los adecuados. Los inmigrantes necesitan guías en sus respectivos idiomas que, de forma que se adapte a sus características culturales, les informe de forma comprensible y aceptable la mejor forma de actuación ante los problemas de salud que se le planteen.

- También hay que tener en cuenta que la población inmigrante puede ser vulnerable a las mismas enfermedades que acechan a la población autóctona relacionadas con el estilo de vida: obesidad, tabaquismo... y otras comunes como diabetes, cardiovasculares, respiratorios etc. y necesitan recibir información al igual que la población autóctona.

- Los profesionales de salud pueden verse beneficiados si el paciente inmigrante recibe información sanitaria adecuada ya que éste, a la hora de hacer uso de los servicios sanitarios con un mínimo conocimiento previo puede facilitar la labor de los profesionales y a su vez actuar de forma más activa en su relación con los profesionales y también cooperar mejor para prevenir enfermedades y seguir tratamientos, en caso de padecerlas. Los profesionales de la salud también podrán comprender mejor la actitud de algunos pacientes si conocieran mejor sus peculiaridades culturales.

- La sociedad en general puede verse beneficiada ya la información sanitaria destinada a los inmigrantes les ayudaría a mantenerse con mejores condiciones de salud. Esto supondría que los gastos en sanidad podrían reducirse en tratamientos, que con una buena prevención se podrían evitar. Además, en el caso de enfermedades contagiosas importadas, podría ayudar a evitar contagios masivos.

Este trabajo tratará brevemente del contexto socioeconómico de los grupos de inmigrantes en nuestro país, los grupos lingüísticos que están más representados y las necesidades que presentan en el ámbito sanitario, destacando el aspecto comunicativo.

Más adelante repasaremos algo de la literatura disponible dónde se plasman las necesidades comunicativas de los grupos de inmigrantes en el ámbito sanitario y las dificultades que encuentran los profesionales de la salud. Los modelos de servicios lingüísticos conocidos, el material multilingüe de información y educación sanitaria y la necesidad de que el personal sanitario conozca, al menos, la lengua inglesa.

En las siguientes secciones trataremos cómo la ELAO puede ser de utilidad para aquellos sanitarios que necesiten adquirir competencia lingüística y cultural.

Por último habrá una sección con las conclusiones y las referencias bibliográficas.

1. CONTEXTO

Según el censo del 2006¹, el 9,27% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera y se tiende a aumentar. Esta situación supone un reto para el sistema sanitario español, y por este motivo es prioritario fomentar la educación sanitaria en este colectivo, con el fin de comprometer a toda la sociedad, sin exclusiones, en el proceso de salud.

Según la experiencia de otros países europeos con tradición inmigratoria como Alemania, Bélgica, Países Bajos, Reino Unido; y no europeos como EE.UU., Canadá, Australia han habido experiencias positivas y negativas de las que se puede aprender y la conclusión es que para que este cometido se realice de la mejor forma posible, es preciso la colaboración coordinada de las instituciones, los profesionales sanitarios, otros profesionales como educadores, mediadores y traductores/intérpretes, los propios grupos inmigrantes y la sociedad que los acoge.

El continuo incremento de la población inmigrante en España trae consigo cambios demográficos y sociales que, a veces, conllevan conflictos, pero que también pueden ser culturalmente muy enriquecedores tanto para quienes llegan como para quienes reciben. Mientras tanto, se necesitan hacer ajustes institucionales y sociales, como por ejemplo en la legislación sobre inmigración, definir la legislación socio-sanitaria, afrontar los nuevos retos que plantea la inmigración al sistema sanitario y destacar la importancia de informar y educar en temas de salud a estos grupos de personas, que a su vez diversos entre sí, que se asientan en un país extraño.

Habría que destacar en que una de las consecuencias del gran aumento de la población extranjera en España es la aparición de comunidades bilingües relativamente importantes. Según el Instituto Nacional de Estadística, las lenguas extranjeras más habladas en España son las siguientes:

- El árabe, principalmente árabe marroquí, es la lengua mayoritaria entre los inmigrantes procedentes del Magreb. En el 2006 había empadronados en España 618.332 ciudadanos de nacionalidad marroquí, argelina, egipcia, siria, libanesa, jordana, tunecina e iraquí. Los árabes se encuentran repartidos por toda España,

¹ Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón municipal 2006.

aunque su presencia es mayor en Ceuta, Cataluña y Andalucía que en otras comunidades.

- El rumano, hablado por la amplia colonia de origen rumano (407.159 empadronados en el 2006, la tercera mayor) y por moldavos (11.330). Son especialmente numerosos en la Comunidad de Madrid, Castilla la Mancha, Aragón y Comunidad Valenciana.
- El inglés, hablado principalmente en las provincias de Málaga, Alicante, Baleares, Murcia y Almería. Existen 315.122 empadronados en España (INE 2006) de nacionalidad británica, irlandesa, estadounidense, canadiense o australiana.
- El francés, presente en España desde hace largo tiempo. En España había en el 2006 90.021 empadronados de nacionalidad francesa, 29.526 de nacionalidad belga y 15.385 de nacionalidad suiza. Asimismo, hay muchos inmigrantes de países africanos que han sido colonias francesas o belgas y donde perdura el francés como lengua oficial o importante (Argelia, Marruecos, Senegal...).
- El alemán, hablado fundamentalmente en los archipiélagos balear y canario. Hay, en el 2006, 173.651 ciudadanos empadronados en España de nacionalidades alemana, suiza o austriaca.
- Idiomas bereberes, hablados por parte de los 563.012 marroquíes que residen en España. El rifeño es la lengua más hablada entre los inmigrantes de Melilla.
- El quechua, hablado por parte de los peruanos; y el quechua sureño, por los bolivianos afincados en España.
- El portugués, hablado por inmigrantes portugueses caboverdianos (principalmente en Galicia y en León) y brasileños (repartidos por toda España). Los empadronados en España de estas dos nacionalidades suman 153.076 en el año 2006.
- El wu, lengua sinítica hablada por la mayoría de los inmigrantes chinos que hay en España, procedente principalmente de la provincia de Zhejiang. Hay 104.681 ciudadanos de nacionalidad china empadronados en España (2006). Una fracción apreciable de estas personas también son capaces de hablar chino mandarín.

- El búlgaro. Hay 101.617 búlgaros empadronados en España, y es la nacionalidad extranjera predominante en las provincias de Valladolid y Segovia.
- Las lenguas del África Subsahariana entre las que destacan por número de hablantes el fula, el wolof, el mandinga y el soniké.

Hay que tener en cuenta que muy a menudo nos podemos encontrar en situaciones en las que tanto el profesional sanitario como el paciente sean capaces de hablar con soltura varias lenguas, a veces, bastantes, pero, a pesar de ello, puede darse el caso de que no haya ninguna lengua común con la que puedan expresarse y entenderse. Quisiéramos insistir en el hecho de que los pacientes inmigrantes en muchos casos también pueden conocer varias lenguas; a veces el inventario incluye la lengua de los colonizadores; en otros no, pero es frecuente que sean capaces de hablar o de entender una cantidad de lenguas de su país que a nosotros nos puede resultar sorprendente. Esto es especialmente habitual en las personas que provienen de países con una densidad lingüística importante, como los de la llamada África subsahariana (Senegal, Gambia, Malí, Sierra Leone, etc.). Otra consideración que hay que tener en cuenta es que no todos los inmigrantes procedentes de Hispanoamérica tienen un dominio perfecto del español: hay hablantes de quechua, aimara, guaraní, etc. que tienen dificultades para expresarse en esa lengua. Como se ha podido observar, pues, la relación lengua - país casi nunca es biunívoca y, por lo tanto, no se puede saber cuál es la lengua de una persona sabiendo sólo su país de origen (ni viceversa).

Los inmigrantes, al ser un colectivo heterogéneo que sólo tiene en común el hecho de ser extranjeros en tierra extraña, tienen conceptos muy diferentes sobre “salud”, “enfermedad”, “calidad de vida” entre los diferentes grupos lo forma y distintos de los de la sociedad que los acoge.

Hay que decir que la salud y la enfermedad, la calidad de vida, no están sólo en función de las características personales de cada sujeto que acude a los servicios sanitarios: las características de su familia y las culturales y sociales, influyen sobre las personas en su manera de enfermar.

En cuanto a los determinantes de salud en esta población, debemos tener en cuenta primero los biológicos y ambientales: edad, sexo y raza, cambios climáticos, el contacto con nuevos patógenos no existentes en sus países de origen y los antecedentes sanitarios individuales y

comunitarios. Sin embargo, a nadie se le escapa que son multicausales, y para evaluarlos hay que valorar conceptos y situaciones como educación, desarrollo social, intervención en el medio y otros..., además de las capacidades personales para autocuidarse, adaptarse al medio, etc.

Las personas que emigran han establecido en su país de origen unos vínculos de socialización primaria que se han constituido en las primeras etapas de la vida y que han jugado un papel primordial en la estructuración de su personalidad: al emigrar, tienen que mantener esos vínculos porque a través de ellos se expresa su personalidad y su identidad como personas, y, a la vez, para adaptarse al país de acogida, deben poner en marcha nuevos vínculos que, en parte, sustituirán a los que dejaron atrás. Todo esto supone un proceso de reorganización bio-psico-social complejo, que no podemos perder de vista en las consultas, y tendremos también que manejar los esquemas del país de origen, además del de llegada: el ser humano está capacitado para afrontar los procesos migratorios aunque tenga una importante tendencia al arraigo. Las dificultades se acentúan si la emigración se realizó por problemas del entorno (políticas de exclusión, explotación laboral, graves carencias sanitarias, de vivienda, etc.) o de la personalidad del individuo.

De los determinantes socioeconómicos habría que decir que los inmigrantes sufren una gran inestabilidad jurídica, agravada por el desconocimiento de la cultura y el idioma, exposición a abusos laborales o violencia de género, factores que, indirectamente, repercuten en su estado de salud. Los inmigrantes suelen adoptar los riesgos de la población en la que se integran, asumiendo estilos de vida que no poseían, lo que les provoca patologías que en sus países de origen nunca hubiesen desarrollado.

Las grandes ciudades de los países industrializados, a veces barrios enteros, son los lugares donde hoy encontramos a colectivos de personas que viven en situación de precariedad, de pobreza y exclusión, entre los que se incluyen los inmigrantes. Estas personas presentan un menor nivel de salud como consecuencia de inadecuada alimentación, insalubridad de las viviendas, insuficiente prevención de enfermedades y la falta de acceso al sistema de salud pública, circunstancias que les hace más vulnerables, siendo especialmente relevantes los traumatismos por accidentes y enfermedades, sobre todo de tipo mental, respiratorio, digestivo y dermatológico. A esto hay que añadir el elevado índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan

muchos inmigrantes, o los graves riesgos físicos que sufren en el trayecto migratorio (pateras, bajos de camiones, bodegas de barcos...).

Asimismo, los inmigrantes con frecuencia son víctimas de violencia en los países de acogida. Y habría que añadir el riesgo de ser víctimas de la violencia de tipo racista, o, como mínimo, de actitudes despectivas o discriminatorias, y de arbitrariedades y actitudes xenófobas por parte de personas que ostentan algún tipo de poder.

En cuanto a los determinantes culturales hay que destacar que con frecuencia los inmigrantes adoptan la cultura y tradiciones de su nuevo país. Esta adopción se facilita por circunstancias como:

- un mayor grado de estudios,
- alejamiento generacional del status de inmigrante,
- una baja integración en una red social étnica,
- experiencia con equipos asistenciales que incorporen la educación sanitaria del paciente y la asistencia personal,
- la experiencia previa con determinadas enfermedades en la familia inmediata,
- la inmigración en edad temprana,
- el origen urbano y
- la migración limitada a un entrar y salir del país de origen.

En cuanto al determinante de salud del sistema sanitario habría que decir que existen barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios, por desconocimiento o miedo debido a su situación administrativa. La atención médica debe ser especialmente cuidadosa y respetuosa. El primer contacto de necesidad del inmigrante en nuestro país, o al menos de necesidad vital, puede ser el sistema sanitario.

Así pues, las patologías del inmigrante, en conjunto, se puede dividir en: **enfermedades importadas, enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades de base genética.**

Por regla general, el inmigrante económico procedente de países en desarrollo suele ser un trabajador manual y de edades jóvenes, gozando de un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen. Sin embargo, la situación en que viven (condiciones sociales, hacinamiento, marginación, soledad, etc.) los convierte en un grupo de riesgo de adquirir, más tarde, enfermedades transmisibles dentro del grupo.

La mayor parte de las enfermedades importadas por los inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune no suponiendo riesgo para la colectividad pero creando dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico. Destacan la hepatitis B, la tuberculosis, la malaria (paludismo), la sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y el sida, la lepra y diferentes tipos de parasitosis

Dentro del grupo de enfermedades de base genética destacan las anemias hemolíticas, que son las que más incidencia tienen en las zonas subsaharianas de África (la incidencia de anemia de células falciformes se estima en 1/40 y casi el 70% de los casos se da en el África Subsahariana

Las enfermedades reactivas o de adaptación (drogodependencia, enfermedades mentales reactivas a la nueva situación, enfermedades psicósomáticas, etc.) son de gran importancia para este colectivo. La migración es un factor estresante de primera magnitud: los cambios que comporta y las condiciones de vida de los inmigrantes demandan un esfuerzo de adaptación importante.

Sobre las enfermedades adquiridas habría que decir que están relacionadas con el tipo de vida que, en muchos casos, tiene que llevar estos colectivos: cuando los inmigrantes acceden a un país con mayor nivel de desarrollo comienzan a interactuar en ellos los factores nuevos propios de las sociedades ricas (dieta, sedentarismo, etc.) junto con otros no comunes a la población general sino más bien sujetos a las circunstancias de precariedad que afectan con especial intensidad a este colectivo (trabajo arriesgado, hacinamiento, prostitución,

desadaptación social, etc.). Según el estudio de Jansá y García Olalla² (2004), los principales problemas de salud que motivan la primera consulta están en relación con la exposición prolongada a trabajos en el sector de la construcción, agrícola o en el servicio doméstico. Los motivos de consulta y morbilidad prevalente de los servicios sanitarios para inmigrantes son similares a los de la población general del país de acogida, con algunas particularidades propias del patrón epidemiológico del país de origen, siendo los problemas más frecuentes las enfermedades infecciosas, accidentes laborales y trastornos psiquiátricos.

Esto implica que el salto migratorio no suele repercutir, en la mejora del nivel de salud de los inmigrantes ni de una manera clara en sus expectativas de supervivencia. Un análisis de las causas de mortalidad de las personas de origen extranjero mostró que las máximas diferencias se daban en la mortalidad por causas externas, lo que refleja probablemente sus precarias condiciones de vida y de trabajo. Estas malas condiciones los convierten en grupos de riesgo.

Se podría afirmar que, por lo general, son las segundas generaciones, es decir los hijos de los que inmigraron, quienes con mayor claridad deberían disfrutar de los beneficios del desarrollo en materia de salud, siempre que los procesos que se derivan de la integración social y cultural, como la escolarización, se hayan producido adecuadamente.

Así pues, las principales necesidades de atención sanitaria de estos colectivos son:

- La salud mental
- La salud materno-infantil con énfasis especial en el cuidado durante la gestación, parto y postnatal, planificación familiar, prevención de embarazos no deseados, prostitución,
- Vacunaciones
- Salud buco-dental
- VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual
- Mejorar el acceso y el uso de los servicios sanitarios

Por tanto, las recomendaciones de los profesionales de la salud (Jansá y García Olalla 2004) son:

² Jansà, J M. y García de Olalla, P.(2004) “Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Agència de Salut Pública de Barcelona”. Barcelona. España. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):207-13

- a. La atención sanitaria a la población inmigrante debe permanecer integrada en el Sistema Nacional de Salud y disponer de un apoyo especializado del segundo o tercer nivel para el manejo de las enfermedades menos frecuentes, facilitar el acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y la regularización de esta población a todos los efectos.
 - b. Potenciar la figura del Agente de Salud como medio de contacto entre el sistema sanitario y los colectivos de inmigrantes, facilitando su distribución en función de las necesidades y las cargas de trabajo de cada territorio (centro de salud, área básica, distrito sanitario); su adscripción al sistema de salud debe regularse evitando situaciones de voluntariado y precariedad laboral.
 - c. La formación continuada de los profesionales de la salud sobre las enfermedades importadas y los aspectos antropológicos asistenciales, así como la enfermedad en distintas culturas, debe considerarse prioritaria.
 - d. Resulta necesario incorporar variables como el país de origen y la nacionalidad en los datos de filiación de cada individuo.
 - e. La carpeta de salud y la historia clínica portátil deben valorarse como instrumentos de seguimiento y garantía de la continuidad de las prestaciones sanitarias recibidas por la población inmigrante.
 - f. Para mejorar el conocimiento de la salud de los inmigrantes, deben adaptarse los sistemas de vigilancia epidemiológica, los programas de prevención y control de algunas enfermedades y realizar estudios de investigación epidemiológicos adaptados a las nuevas realidades sociodemográficas.
 - g. Promoción de la salud
8. Debe potenciarse la edición y difusión de guías y acciones informativas dirigidas a la población inmigrante, para facilitar la óptima utilización y accesibilidad a los recursos de nuestro sistema de salud.

Últimamente se está incrementando el interés entre los sanitarios en el estudio de los niveles de salud por grupos de población en situación de precariedad, y muy especialmente en la población inmigrante. De esta forma, el sistema sanitario se debe flexibilizar y prestar más

atención a aquéllos que más lo necesitan. Debe ofrecer más, y más adecuadamente en sus características particulares a aquéllos grupos de la población que más necesidades de salud tengan. Una manera práctica de afrontar (en parte) esta situación de sobrecarga institucional son los programas prioritarios sanitarios, o sociales, que se están realizando, los cuales priorizan los problemas que este colectivo presenta con mayor intensidad o mayor frecuencia que el resto de la población (enfermedades “importadas” y, en mayor, grado patologías derivadas de la precariedad laboral, del hacinamiento, del desarraigo, etc., y, atender algunas prioridades como la salud mental, salud materno-infantil, vacunaciones, salud oral y salud sexual.

España posea una de las legislaciones más avanzadas, en protección de la salud y asistencia sanitaria para la población inmigrante, de todas cuantas encontramos en Europa (la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000³ reconoce que “los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”, y que “los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas”, o sea, que, independientemente de su situación administrativa, sea regular o irregular, los inmigrantes tienen derecho a la misma asistencia sanitaria y a las mismas prestaciones que los españoles en el Sistema Público de Salud).

Sin embargo la accesibilidad al sistema sanitario, está dificultada para los extranjeros y no se realiza en términos de igualdad respecto a la población española (Rivera Castiñeira⁴, 2006).

En ocasiones, los límites al acceso los marca la falta de información que tiene el inmigrante (sobre todo el irregular) de sus derechos, de forma que, considerando su situación administrativa, prefiere obviar los trámites de identificación que exige la legislación para de esta manera eludir un eventual expediente de expulsión y repatriación, al que está expuesto por su propia condición de indocumentado. Esto le aleja del sistema sanitario, le excluye, de

³ http://www.diba.cat/diversitat/fitxers/23_Marc_Legal_CA_ES.pdf

⁴ Rivera Castiñeira, Berta (2006). “Inmigración y Atención Sanitaria en España: Prioridades en Función de Nuevas Necesidades”. Seminario de Madrid. SESAM. Madrid, 2006

nuevo, de los cuidados básicos de su salud, y le priva de los beneficios que la propia legislación española le garantiza.

Otras trabas al acceso dependen del propio inmigrante y sus circunstancias. Los procesos de reconocimiento de la propia condición de enfermo y de la búsqueda de atención se encuentran muy influidos por cuestiones culturales y creencias religiosas. Algunas religiones que defienden la preeminencia del varón en la relación de roles sociales y familiares limita sobremanera la decisión autónoma de la mujer en la búsqueda de atención, esto provoca la detección tardía o incluso en la desatención de algunas enfermedades. Esto se debe al menor nivel de educación, la falta de conocimiento y acceso de las mujeres a los servicios de salud. Por ejemplo, en algunos grupos inmigrantes de religión islámica son los hombres quienes por tradición, conocimientos y recursos se manejan mejor en los sistemas de salud y deciden sobre la asistencia o no de sus mujeres a los centros sanitarios. En el caso de la atención ginecológica, el pudor y la prohibición de ser vistas por otros hombres que no sean sus maridos impide a las mujeres el acceso a los cuidados de su salud sexual y reproductiva. La propia pobreza se caracteriza por un importante desconocimiento de principios y prácticas preventivas para la salud y frena la búsqueda de la atención. Los límites que implica la lengua para una gran parte de la población no hispana, tanto para el acceso como para cada paso del proceso de atención, merece una consideración realista. Hay que considerar, también, que muchos inmigrantes no han tenido anteriormente contacto alguno con un sistema de salud estructurado y desconocen los derechos y deberes elementales del usuario en nuestro sistema. Todas estas cuestiones suponen barreras reales en la atención a este colectivo que, consideradas desde el punto de vista de la flexibilidad que exige la equidad en la atención, merecen un esfuerzo adicional del sistema sanitario y de los profesionales implicados para vencerlas.

Otro aspecto que hay que considerar, para mejorar la situación, es la educación sanitaria de estos colectivos. La población inmigrante no puede ser ignorada en los programas de promoción y educación para la salud, pero estos programas deben ser específicos dadas las diferencias lingüísticas y culturales y aquí que a la hora de diseñar material divulgativo o de educación para la salud para estos grupos sociales sea necesario contar con equipos multidisciplinares (personal sanitario, traductores, lingüistas, mediadores culturales...).

¿Está el personal sanitario capacitado lingüística y culturalmente para poder atender a las personas pertenecientes a estos colectivos? ¿Están recibiendo los grupos de inmigrantes la

información y educación sanitaria que necesitan? ¿Hay algún material de divulgación sanitaria editado en diferentes idiomas como guías o folletos informativos que les pueda ayudar?

2. NECESIDADES COMUNICATIVAS EL INMIGRANTE EN EL ÁMBITO SANITARIO

Para determinar si existen necesidades de comunicación se podría hacer una revisión de los trabajos de varios autores en relación con el tema. Los autores son enfermeros/as, médicos, especialistas en temas de comunicación intercultural, pedagogos, especialistas en traducción médica y/o institucional, principalmente españoles pero también extranjeros. De la revisión destaca la unanimidad en las conclusiones de sus trabajos indicando la necesidad de mejorar la comunicación entre estos pacientes (o potenciales pacientes) con los sanitarios. La casi unanimidad en la afirmación de que hay que mejorar el conocimiento cultural de los sanitarios y las necesidades de apoyo en la comunicación interlingüística. La mayoría expresó más interés en mejorar la comunicación oral aunque también señalaron la necesidad de contar con material escrito en diferentes idiomas, como documentación y e información sanitaria; unos por cuestiones de agilizar las entrevistas con estos pacientes y hacerlas más eficaces, otros para mejorar el cuidado físico y evitar errores de diagnóstico (sobre todo los médicos), otros para poder individualizar el cuidado del paciente entendiendo sus necesidades desde el punto de vista “holístico” (sobre todo los profesionales de la enfermería).

La mayoría de los trabajos que se encuentran “online” sobre la relación entre paciente inmigrante y sanitarios son de enfermero/as como Alameda y García⁵ (2004), Moreno Preciado⁶ (2005), quienes llegan a la conclusión que los/as profesionales sanitarios/as se ven enfrentados/as diariamente a la contradicción entre la demanda de una atención integral a la salud y las limitaciones de una formación y una estructura institucional basadas en lo

⁵ Alameda, A., García, A. (2004) “La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común”. Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. VIII Jornadas Científicas de la Fundación Index: Cuidados de Enfermería en una sociedad multicultural. Zaragoza, 6, 7 y 8 de Junio de 2003. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo 2004
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/Ponencia3.pdf \

⁶ Moreno Preciado, Manuel (2004) “La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras”. *Index Enferm. [online]*. nov. 2005, vol.14, no.50 [citado 31 Agosto 2006], p.25-29. Disponible en la World Wide Web: . ISSN 1132-1296.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000200005&script=sci_arttext

biológico y en la enfermedad. Las *dificultades para la comunicación* son el elemento que aparece con más fuerza en los discursos de los/as profesionales. A este desconocimiento de la lengua española de muchos de los inmigrantes se suma la poca tradición española de dominio de lenguas extranjeras. Muchos de los inmigrantes procedentes del Magreb y subsaharianos hablan francés, así como los originarios del Este de Europa o los orientales, es corriente que hablen inglés. Este desconocimiento de lenguas extranjeras en nuestro país es resentido por algunos inmigrantes. A esto se añade el hecho de que en las instituciones el prejuicio se encuentra oculto. Es decir no es políticamente correcto emitir prejuicios. Sin embargo en la población hay prejuicios y los trabajadores sanitarios no son una excepción. Esta necesidad de un lenguaje común va más allá de las cuestiones puramente idiomáticas, y contiene una problemática más amplia y compleja, que no es específica de las personas inmigrantes.

Según Fuertes y Martín Laso, (2006)⁷ los problemas con los que se enfrenta el profesional sanitario en las consultas de los centros de salud (y hospitales) en cuanto a la atención al paciente inmigrante no son meramente lingüísticos sino también de interferencias culturales y de interferencias emocionales.

Según Moreno Preciado (2004) los pacientes extranjeros entrevistados en su trabajo expresaron estar satisfechos en relación a la calidad del sistema de salud español, sin embargo se sentían frustrados a la hora de poder comunicarse y recibir más consideración por parte de los profesionales sanitarios. En el mismo trabajo, los profesionales están de acuerdo que es fundamental la promoción y educación para la salud y que el material impreso es parte del material educativo, si bien resaltaron que, en algunos casos, el material escrito no sirve de gran ayuda para las personas analfabetas o con un nivel educativo muy bajo.

¿Qué dicen los médicos? En un estudio descriptivo transversal mediante encuesta de opinión a médicos de familia y residentes los médicos opinan que los inmigrantes somatizan más que los autóctonos. También opinan que son peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos que los pacientes españoles. Opinan también que las dificultades mayores que encuentran es la lingüística (36.9%) y la cultural (27.7%). Pero más del 80% no aportó

⁷ Fuertes C. y Martín Laso M.A. (2006) "El inmigrante en la consulta de atención primaria". An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Vol. 29, Suplemento 1 <http://www.universaldocctor.com/gestor/imagenes/equTxt1.pdf>

ninguna idea para solucionar los problemas, mientras que sólo el 6.7% se mostraban a favor de dar más tiempo al paciente y tener servicios de mediación. (García Campayo et al., 2006⁸)

Según el artículo publicado el 9 de octubre del 2009 por Rodríguez⁹ en el diario médico digital “El Médico Interactivo” bajo el título “Inmigración y salud, una realidad con múltiples aristas”, dónde se plasman las conclusiones a las que llegaron diferentes especialistas en una jornada de debate organizada por la Real Academia Nacional de Medicina con la colaboración del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina, al referirse a la comunicación entre paciente extranjero y sanitario español, que “el desconocimiento de la lengua y las dificultades para expresarse o transmitir síntomas, la ignorancia sobre el funcionamiento del sistema asistencial, y lejanía cultural con España se apuntan como problemas importantes a la hora de recibir asistencia”.

Aunque otros aportan soluciones como Fuertes y Martín Laso (2006), entre las que se cuentan la publicación de documentación en diferentes idiomas, incluyendo guías sanitarias, e incluso predicar la “empatía”, es decir, intentar conocer, comprender e incluso ejercitar la capacidad o proceso de penetrar profundamente, a través de la imaginación, dentro de los sentimientos y motivos del otro (el inmigrante), como el principal motor en la comunicación intercultural en el ámbito sanitario (Rodríguez Fernández et al., 2009)

Los profesionales de la enfermería, según la literatura encontrada, parecen mostrar una actitud más abierta respecto al fenómeno migratorio y la presencia de “nuevos pacientes especiales”. Trabajos como el de Moreno Preciado (2005), Tarrés Chamorro¹⁰ o el de Leno González¹¹

⁸ García Campayo J, González Broto C , Buil B, García Luengo M, Caballero Martínez L, Collazo F. (2006) “Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión”. *Actas españolas de psiquiatría*. 2006 NOV;34(6) http://www.stmeditores.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2006/06/111060603710376.pdf

⁹ Rodríguez Fernández A A, Mediavilla Tris G, Iturralde Iriso J, Lekuona Irigoyen A, Giménez Basallote S (2009) “Paciente inmigrante: un problema de comunicación”. *El médico interactivo*. Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009. <http://www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm>

¹⁰ Tarrés Chamorro S. (2001) El Cuidado del Otro. Diversidad Cultural y Enfermería Transcultural. *Gazeta de Antropología*. Vol. 17. 2001. Pag. 1-9

¹¹ Leno González, D. (2006) “Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural”. *Gazeta de Antropología*. Nº 22, 2006. Texto 22-32 http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html

(2006), por ejemplo muestran gran interés por los problemas interlingüísticos e interculturales entre pacientes extranjeros y el personal sanitario.

Tarrés Chamorro (2001) considera que a pesar de la unidad biocultural de la especie humana, no se puede, ni se debe, obviar la diversidad tanto biológica como cultural del hombre. Y es en este aspecto donde el concepto de enfermería transcultural cobra sentido en tanto que cada cultura requiere un tipo de atenciones, que varía según los distintos significados del qué es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y la enfermedad se tenga.

Según Leno González “para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a un paciente con un fondo cultural o étnico distinto del propio, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz”. Puesto que la enfermera trata con los pacientes de manera personal, debe interaccionar y relacionarse con todo tipo de personas. La salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de nuestros pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.”

Estos autores defienden un modelo de enfermería transcultural que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud/enfermedad. La define como área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

En el estudio de Moreno Preciado (2005), donde se recogen opiniones de los pacientes inmigrantes, éstos valoran muy positivamente y de forma unánime los recursos del sistema sanitario español y la capacidad técnica de los profesionales. Sobre el trato humano y disponibilidad hay menos unanimidad. Por un lado tienden a disculpar a la enfermera, a la que ven muy atareada, pero se emiten reproches del tipo de “no escuchan”. Diferencian entre unas enfermeras y otras: “algunas si encuentran el tiempo, depende de la persona que sea”. Muchos usuarios no pueden entender a los sanitarios a causa de que ellos no conocen el idioma oficial, que los sanitarios no conocen idiomas extranjeros y, el uso, por parte de los profesionales de terminología demasiado “técnica”. (Moreno Preciado, 2005).

Estos estudios no se diferencian muchos de lo que ocurre en otros países: un sondeo preliminar realizado por Migrant Friendly Hospitals¹² (2003) sobre las dificultades que se suelen encontrar los hospitales europeos a la hora de procurar la atención sanitaria a pacientes inmigrantes y minorías son las siguientes: problemas de comunicación, diferencias culturales, previsión inadecuada para satisfacer las necesidades sanitarias de los inmigrantes y minorías, falta de documentación e investigación sobre el tema y falta de información adecuada para los pacientes. Según estudios realizados, la mayoría de los profesionales de la salud encuentran dificultades a la hora de comunicarse con los pacientes inmigrantes que no dominan el idioma oficial. También se indica que existe mayor grado de satisfacción en la comunicación cuando existen servicios lingüísticos que ayuden en la comunicación paciente-sanitario y que la cooperación del paciente es mayor.

Por su parte, Carbelo Baquero et al¹³ (2007) coinciden con lo dicho en el párrafo anterior y concluyeron en su estudio que los profesionales sanitarios tienen “escasa calidad y profundidad en la comunicación, ausente de buena relación e intercambio”. Sobre los intermediarios/mediadores que “cuando están presentes facilitan la comprensión de la situación y diagnóstico mejorando la interacción. Son importantes para mantener el tiempo o ratio en consultas”. Y sobre los usuarios (inmigrantes) que hay “exceso de errores de comprensión repercutiendo en falta de interés y colaboración y en el seguimiento del tratamiento, necesitan apoyo oral y escrito”.

Destacaba la necesidad de contar con material traducido sobre el funcionamiento del sistema sanitario, documentos administrativos (consentimiento informado, preparación de pruebas, etc.) y de educación sanitaria. Estos materiales deberían ser accesibles, es decir, almacenados en soporte informático y en los idiomas de los colectivos con mayor presencia en el territorio.

En resumen, todos los autores están de acuerdo en que es necesario atender las necesidades socio-sanitarias de todos los inmigrantes, incluyendo aquellos que no dominen el idioma/s

¹² Migrant Friendly Hospitals (2004) “Migration, Diversity, Health and Hospitals. The Amsterdam Declaration. Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno- culturally diverse Europe. <http://www.mfh-eu.net/conf/downloads/AmsterdamDeclaration2004.pdf>
Report: http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf

¹³ Carbelo Baquero, B; Valero Garcés, C; Barroso Pérez, E; Lázaro, R (2007). “Interculturalidad y comunicación, un derecho en el cuidado de la salud”. Rev Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/039.php>

oficial/es por lo que consideran necesaria la participación de intérpretes para la comunicación oral sanitario-paciente y traductores que se ocupen de facilitar la comunicación escrita, aunque reconocen que el problema es muy complejo y necesita ser abordado de forma coordinada desde varias disciplinas y con la intervención de diversos organismos.

2.1 SERVICIOS LINGÜÍSTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

En países con tradición inmigratoria como USA, autores Givaudan¹⁴ et al, (2002) y Jacobson¹⁵ (2001a), hablan de nueve modelos de servicios lingüísticos:

- 1) proveedores bilingües y biculturales que hablan la L1 de sus clientes y son del mismo grupo étnico;
- 2) personal profesional que habla la L1 de sus clientes pero «no son necesariamente competentes en cuanto a cultura»;
- 3) intérpretes/traductores voluntarios de plantilla de hospital (conserjes, recepcionistas, técnicos, auxiliares bilingües);
- 4) intérpretes/traductores voluntarios de la comunidad;
- 5) familiares y amigos como intérpretes;
- 6) servicio lingüístico telefónico;
- 7) intérpretes/traductores contratados;
- 8) agencias de interpretación y traducción;
- 9) intérpretes/traductores remunerados de plantilla.

El primer modelo se considera el ideal, ya que los profesionales sanitarios, en este caso, no sólo serían competentes en el aspecto lingüístico sino que, al ser miembros del mismo grupo cultural que sus pacientes, podrían interpretar mejor sus mensajes, actitudes y percepciones sin necesidad de intermediarios (intérpretes/traductores).

El segundo modelo se describe como una situación en que «se reclutan profesionales que son competentes en otra lengua (además del inglés) pero que no son necesariamente del mismo

¹⁴ Givaudan, M., Pick, S., De Venguer, M. T. T. and Ulises X. (2002) "Bridging the Communication Gap: Provider to Patient Written Communication Across Language and Cultural Barriers". *Hablamos Juntos*, funded by The Robert Wood Johnson Foundation. http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/IMIFAP.Paper1.pdf

¹⁵ Jacobson, Holly E. (2001a) "La comunicación con pacientes hispanohablantes en Estados Unidos". *Panace@* Vol. 2, N.º 3. Marzo, 2001

grupo étnico que los clientes LEP. Este modelo es, en cierto modo, parecido al modelo bilingüe/bicultural pero falta la “comprensión cultural”. La definición de ‘competente’ no está clara dado que, la competencia lingüística está estrechamente ligada a la competencia cultural. También se debe subrayar que los profesionales sanitarios deben ser competentes en la lengua dominante (en este caso, el inglés) porque la base del sistema de cuidado sanitario lo moldean la cultura y el sistema de creencias vinculadas a ese idioma. Lo más importante no es la procedencia étnica; los términos claves son ‘bilingüe’ y ‘bicultural’.

Los dos modelos que incluyen el uso de voluntarios se deberían descartar totalmente. Por una parte, no es nada aconsejable pedir que la plantilla del hospital interprete porque supone más trabajo para empleados que ya tienen que cargar con otras responsabilidades. En segundo lugar, que un empleado hable el idioma meta no significa que tenga los conocimientos de terminología médica necesarios ni dice nada sobre su capacidad como intérprete. Sería absurdo y contrario a la ética profesional pedir a un técnico o a un auxiliar que hiciera el reconocimiento físico de un paciente. De igual modo, es absurdo pedir que un secretario haga el trabajo de un intérprete profesional. Presionar a alguien para que desempeñe el papel de intérprete puede ser traumático y agobiante, e incluso puede llegar a poner en peligro el cuidado del paciente y la armonía laboral. Los intérpretes voluntarios normalmente tampoco han pasado exámenes para determinar su nivel de competencia lingüística e interpretativa y es raro que tengan una formación académica o conocimientos sobre la ética de la interpretación. Hay que añadir además que la falta de compensación económica pone en peligro el profesionalismo de los intérpretes, lo que puede resultar en una mala comunicación entre los interlocutores que puede llevar a situaciones vergonzosas o, lo que es más grave, a errores de diagnóstico y tratamiento. Hay que mencionar también que la utilización de intérpretes voluntarios hace que los proveedores de salud no asuman ni reconozcan su responsabilidad de proporcionar servicios lingüísticos competentes a sus pacientes.

Las razones por las que no se debe utilizar a familiares y amigos para comunicarse con los clientes, la quinta opción apuntada, son las mismas que se han mencionado relacionadas con los voluntarios. Además, el uso de familiares como intérpretes puede interferir en la dinámica familiar. Hay que mencionar el ejemplo en relación a la costumbre ‘occidental’ de respetar siempre la autonomía del paciente y su derecho a la información, incluso si significa que hay que explicarle que se va a morir debido a la enfermedad que lo aqueja. La autonomía del paciente no es necesariamente una construcción cultural válida entre algunas comunidades, lo que colocaría a un voluntario en una situación muy comprometida a la hora de transmitir una

información semejante al familiar enfermo. Incluso es probable que el paciente y otros familiares consideren la revelación de esa información como un acto de crueldad (este tipo de conflicto étnico merece más consideración en futuras investigaciones). Otro caso es la discusión de asuntos que el paciente pueda sentirse avergonzado de discutir delante de familiares o amigos, lo que podría llevarle a ocultar información para evitar que sea conocida por sus seres queridos, o temas que pudieran crear preocupación entre los familiares. Todos estos factores pueden producir malentendidos y falsas interpretaciones entre el paciente y el profesional de salud.

Los servicios de interpretación que se ofrecen por teléfono no se discutirán con mucha profundidad aquí. Baste mencionar que el teléfono como modo de comunicación jamás debería sustituir a la interacción cara a cara, particularmente entre latinos. Lo ideal es que la comunicación se facilite con el uso de servicios de intérpretes profesionales durante todas las jornadas o con una plantilla bilingüe/bicultural. Los últimos tres modelos de servicio lingüístico propuestos, todos los cuales conllevan el uso de intérpretes profesionales, son las únicas opciones viables si no hay plantilla bilingüe/bicultural disponible.

La proposición de mayor presencia de profesionales de la salud bilingües parece lógica en países con tradición receptora de inmigrantes, dónde ya existe un número considerable de descendientes de inmigrantes que han crecido dentro de las culturas materna y de acogida y dónde predominan grupos homogéneos de inmigrantes de origen parecido como los hispanos en USA (aunque habría que matizar los diferentes hispanos como mexicanos, cubanos, puertorriqueños...) Esta representación de profesionales sanitarios bilingües, al menos de momento, debe ser más difícil para países como España ya que la entrada masiva de inmigrantes es un fenómeno relativamente nuevo y no hay todavía segundas generaciones de minorías que estén ejerciendo, si acaso hay algunos profesionales sanitarios que son a su vez “recién llegados”, y algunos todavía pendientes de tener sus títulos homologados.

Si se tiene en cuenta el aumento de población que necesita servicios sanitarios, la relación que existe entre los principales problemas socioeconómicos que repercuten en la salud de los inmigrantes, convirtiéndolos en grupos vulnerables, y se añaden otros problemas, como el poco entendimiento intercultural y los problemas lingüísticos que surgen en el ámbito sanitario, la sanidad pública tiene que afrontar un gran reto ante esta situación relativamente nueva.

El estudio del Grupo de Trabajo “Inmigración y Salud” del Ministerio de Salud (2005-2006), así como los estudios realizados por otros autores como como Jansá y García de Olalla (2004) o Rivera Castiñeira (2006), entre otros, apuntan que han aparecido nuevas necesidades a las que hay que hacer frente (ya descritas anteriormente). Algunas son puramente sanitarias, como especial atención a algunas enfermedades y vigilancia epidemiológica, otras de tipo administrativo y organizativo y de formación de personal sanitario. Sin embargo, se destacan dos necesidades muy relacionadas entre sí: **promoción de salud, principalmente educación sanitaria**, y acciones informativas potenciando la edición y difusión de guías y acciones informativas dirigidas a la población inmigrante, para facilitar la óptima utilización y accesibilidad a los recursos de nuestro sistema de salud.

De hecho, uno de los cuatro objetivos de la organización internacional Migrant Friendly Hospitals es *“education materials for patients should be made available in non-local languages to assist with communication”*. Según los estándares de calidad señalados por Henley y Schott (1999), mencionados en la revisión bibliográfica que ha publicado Migrant Friendly Hospitals¹⁶ (2004), para asegurar la calidad de los servicios de salud que cuentan con pacientes inmigrantes *“oral and written information will accommodate differing religious and cultural issues and will be available in languages appropriate to local community needs, as a back-up to verbal information. This will include: letters and appointment cards; hospital and clinic direction signs; health education material; and patient information leaflets”*.

En cuanto a **los tres últimos modelos (uso de intérpretes y traductores profesionales)** habría que distinguir entre el trabajo del intérprete para la comunicación oral y el del traductor para la comunicación escrita

Sobre la comunicación oral habría que decir que el **intérprete profesional** que preste sus servicios en el ámbito sanitario necesita tener un gran dominio de dos idiomas o más y tener además la capacidad y preparación para anular los efectos de las diferencias lingüísticas y culturales durante la comunicación intercultural. Aquí se define “gran dominio” (*high proficiency*) como la capacidad de usar un idioma de forma eficaz en ámbitos diversos (como

¹⁶ Migrant Friendly Hospitals (2004) “Migration, Diversity, Health and Hospitals. The Amsterdam Declaration. Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno- culturally diverse Europe. <http://www.mfh-eu.net/conf/downloads/AmsterdamDeclaration2004.pdf>
Report: http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf

la consulta entre paciente y médico), conocer la terminología (en este caso, la relacionada con contextos médicos) y usar el registro (lenguaje formal o informal) apropiado. El intérprete profesional sabe que un idioma es mucho más que vocabulario y gramática. La competencia lingüística está estrechamente ligada a la competencia cultural y el intérprete médico debe tener amplios conocimientos sobre los sistemas de creencias y los modelos populares de enfermedad y salud. Es necesario comprender “no sólo lo que dicen los pacientes, sino también lo que quieren decir”. El proveedor de salud y el paciente, es decir, los interlocutores, tienen que negociar el sentido de lo que se dice y el intérprete tiene que ser consciente de ello y de la diferencia entre los sistemas de creencias nativos del proveedor y del paciente. Igualmente, es esencial que el intérprete tenga una amplia experiencia respecto a los conocimientos, expectativas y realidades culturales representados en el hecho comunicativo. Además de experiencia con los sistemas de creencias que influyen en el discurso (diálogo) entre paciente y proveedor de salud, el intérprete necesita un entrenamiento especial en las diferencias translingüísticas, que consisten en mucho más que gramática y vocabulario. Es decir, el intérprete tiene que haber adquirido competencia interaccional. Según estudios transculturales, la comunicación sólo ocurre si los interlocutores comparten el mismo repertorio de signos y señales de contexto. Estos importantes componentes del discurso incluyen patrones entonativos, tono, expresiones faciales, gestos, pausas, duración de pausas, cuánto se habla (taciturnidad vs. locuacidad), entre muchos otros. Los signos ayudan a los interlocutores a inferir la relación social que existe entre ellos, predecir lo que vendrá después en la conversación, determinar la intención del hablante y la relación entre lo que se está diciendo y lo que ya se ha dicho. Los signos no son universales, al contrario, todas las lenguas tienen los suyos propios y, por esa razón, pueden llevar a malentendidos y falsas interpretaciones en conversaciones entre dos personas con experiencias lingüísticas y culturales distintas.

El intérprete tiene que haber adquirido los signos y señales contextuales de las dos lenguas (la oficial y la del paciente) y estar constantemente pendiente de esas diferencias para poder transmitir la intención verdadera de un interlocutor a otro. Por ejemplo, para el médico angloparlante los patrones entonativos y de acentuación de un paciente hispanoparlante podrían parecer de tono enojado o impaciente cuando, en realidad, el que habla está explicando sus síntomas de una forma que para él es perfectamente razonable y relajada. En una situación así es responsabilidad del intérprete saber transmitir al médico la verdadera intención del paciente para evitar malentendidos. Otro ejemplo son las pausas, que se

distinguen en cuanto a duración y cantidad en diferentes idiomas. En ciertos contextos en español una pausa larga puede indicar que el interlocutor está pensando cuidadosamente lo que dijo el otro interlocutor, mientras que para un angloparlante, sin embargo, una pausa de mucha duración le puede llevar a pensar que el otro interlocutor no tiene interés, que es maleducado o que no ha entendido lo que ha dicho y hay que repetírselo. El intérprete debe saber facilitar la comunicación en esos contextos sin salir de su papel como intérprete.

Todo ello es de suma importancia en la comunicación y sólo posible con la colaboración de intérpretes profesionales. Los servicios remunerados ofrecidos por los intérpretes en hospitales, centros sanitarios y consultorios también deberían incluir la organización de talleres, con el apoyo de la plantilla, para entrenar a los médicos y otro personal en cómo utilizar de forma eficaz a los intérpretes. Durante los talleres, que deberían ser obligatorios para todo el personal, los participantes tendrían la oportunidad de aprender qué esperar durante una situación interpretada, cuál es el papel de cada persona involucrada y recibir información sobre el código de ética de los intérpretes.

La comunicación por escrito en lenguas de poblaciones minoritarias es igual de importante dentro del contexto del cuidado sanitario. Las instituciones sanitarias constituyen una «cultura escrita» en la que los materiales impresos se utilizan para divulgar información sobre la salud a los pacientes y sus comunidades. Los pacientes tienen que poder leer y entender folletos, etiquetas y otros materiales. De hecho, debido a que los conocimientos médicos son cada vez más complejos y la incapacidad de leer y escribir a cierto nivel supone una barrera al acceso a los cuidados médicos cada vez más importante. Muchas investigaciones demuestran que muchos pacientes inmigrantes tienen un bajo nivel de lectura y escritura. El uso de textos traducidos presume que las características o rasgos distintivos de los textos escritos son universales en todos los idiomas y que se puede utilizar el mismo tipo de prueba para determinar los niveles de comprensión de lectura en todos ellos. Esto es totalmente falso. Pero incluso con sus limitaciones, estos estudios son útiles porque nos hacen reconocer que la literatura que preparamos para ciertas comunidades no sirve para nada si no consideramos el papel de la escritura y la lectura en sus vidas tanto como su nivel de alfabetización.

Niveles de alfabetización

Como se ha mencionado, la formación educativa y los niveles de escritura y lectura afectan el acceso a los materiales escritos sobre salud. Las personas con bajos niveles de alfabetización

en el idioma oficial no pueden por lo general leer mensajes sobre prevención de enfermedades o promoción de salud en folletos, revistas, periódicos o carteles. Además, son menos propensas a participar en las pruebas exploratorias, acudir a las citas médicas y complementarias y tomar los medicamentos que se les han prescrito. En los últimos años algunos investigadores han prestado más atención a este grave problema, llegando a la conclusión mencionada: es necesario buscar formas de preparar literatura adecuada para personas con problemas para leer y escribir. Se han propuesto las siguientes recomendaciones útiles para el desarrollo de folletos y otros materiales para dichas personas:

- 1) evaluar la capacidad de lectura y escritura;
- 2) evaluar las necesidades educativas y las creencias culturales de la audiencia;
- 3) limitar los objetivos educativos de los materiales;
- 4) enfocar el contenido en el comportamiento deseado y no en la información periférica.

Estos investigadores también proporcionan formas prácticas de formatear el texto y de simplificar la gramática y el vocabulario para que la verdadera intención del mensaje se propague más fácilmente. Es importante indicar, sin embargo, que aunque sus recomendaciones representan por lo menos el comienzo de un diálogo sobre problemas que provienen del analfabetismo, los análisis de textos que usan son poco sofisticados y se refieren solamente al idioma oficial.

Las investigaciones en el campo de la lingüística denominada retórica comparada indican que no se pueden transferir estas recomendaciones directamente a otras lenguas; es decir, que es necesario realizar más investigaciones para determinar los niveles de lectura y escritura de las poblaciones inmigrantes usando métodos evaluativos desarrollados en su propia lengua; además, hay que considerar también los rasgos distintivos y particulares del idioma materno que hay que destacar, así como el formato que hay que utilizar en los textos en el idioma meta. Los rasgos distintivos como la selección del léxico, la macroorganización y los temas culturales a utilizar serán distintos de los que aparecen en los textos en el idioma de partida, pero necesarios para informar y facilitar cambios de comportamiento en las comunidades de inmigrantes.

Cabe mencionar también algo muy importante en relación con los niveles de escritura y lectura: para algunas poblaciones los materiales escritos no son fuentes viables de

información. Otros tipos de materiales no escritos pueden ser más eficaces en algunas comunidades o es posible que haya que usar otros métodos, como los programas que utilizan a promotores de la salud.

Muchos de los materiales impresos disponibles para inmigrantes son **traducciones** de materiales elaborados en la lengua oficial. Desafortunadamente, la mayoría de las traducciones en los campos de salud y medicina no las hacen personal cualificado, por lo que no son apropiadas ni adecuadas. Esto es así en parte porque las personas involucradas en su preparación desconocen lo que supone la interpretación fiel del significado de un texto en otra lengua. La traducción es un proceso complejo que exige conocimientos y experiencia especializados.

El traductor profesional necesita tener un gran dominio en dos lenguas o más y una amplia experiencia con respecto a conocimientos socioculturales, expectativas y realidades de las culturas vinculadas a esas lenguas. Además, su conocimiento lingüístico debería ir más allá de la gramática y el vocabulario para incluir las situaciones, enunciados, papeles y géneros que caracterizan a las comunidades con las que trabaja. Es esencial considerar esas diferencias translingüísticas y transculturales para poder preparar traducciones adecuadas y apropiadas para cada comunidad específica.

Incluso cuando se traducen materiales de salud con la intervención de traductores profesionales pueden surgir problemas. Las traducciones que son totalmente ‘fieles’ al idioma original no siempre tienen el efecto deseado en la población a la que se dirigen.

El modelo ideal consiste en utilizar proveedores de salud bilingües y biculturales para dar servicios lingüísticos. Las traducciones pueden ser la única alternativa viable en algunos casos, pero es siempre preferible que los materiales sean elaborados originalmente en el idioma del destinatario por especialistas de salud que tengan ese mismo idioma.

Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez¹⁷ (2006) en su proyecto Investigación sobre la Calidad de la Comunicación con Población Extranjera en el Hospital Universitario de Guadalajara

¹⁷ Valero Garcés, C y Lázaro Gutiérrez, R (2006) “El cambio social español y las lenguas para fines específicos. Retos que plantea la elaboración de guías multilingües”. Panacea@. Vol. VII, n.o 24. Diciembre, 2006
http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n24_resena-v.garces-et-al.pdf

concluyen que sus investigaciones revelan que es necesaria la creación de estos materiales (guías multilingües). Añaden que el material normalmente usado, incluso en español, contiene un alto grado de lenguaje especializado utilizado por los profesionales sanitarios, de forma automática en muchas ocasiones, pero que constituyen un escollo importante para los usuarios.

2.2 NECESIDAD DE MATERIAL INFORMATIVO Y EDUCATIVO MULTILINGÜE

Dada la especial importancia que adquiere la educación sanitaria al paciente, inmigrante en nuestro caso, nos vamos a centrar en el aspecto pedagógico del material de información y educación. Los materiales educativos son los instrumentos que se utilizan en educación para la salud para facilitar la comunicación entre educador y educando. Su finalidad es favorecer la relación interpersonal entre ambos y mejorar el proceso educativo. Los tipos de materiales dependen del objetivo principal. Los que se dirigen a la sensibilización (carteles, desplegables, folletos, páginas web,...) Hay otros que tienen como finalidad favorecer una investigación en relación con una iniciativa de promoción de salud (por ejemplo modelos de encuestas, guías para entrevistas,...). Otros materiales tienen como objetivo favorecer el análisis y la profundización sobre un aspecto relevante (por ejemplo unidades didácticas, las cuales están diseñadas para que el educador las use con grupos de población específicos como escolares que estén aprendiendo cómo alimentarse adecuadamente). En ejemplo se puede ver en el siguiente enlace: <http://www.scribd.com/doc/17103329/Espanol-para-inmigrantes-Mi-salud-1>

Ya que el material informativo debe formar parte del contexto de una intervención en educación para la salud, no se puede considerar como un elemento independiente por sí mismo. Así pues, al hablar de la elaboración de las guías de información sanitaria no se puede hablar de un trabajo aislado, por lo tanto, en la elaboración de las guías de información sanitaria para los grupos de inmigrantes, en diferentes idiomas, se debe contar también con los traductores/lingüistas y mediadores culturales.

Reitero aquí el objeto de las guías sanitarias: transmitir a los destinatarios informaciones de carácter médico, dar recomendaciones para la prevención de enfermedades y para la actuación

ante estados de convalecencia e intentar, en cierto modo, influir en la conducta del receptor por medio del mensaje que se le envía (Gallego Diéguez¹⁸, 2005).

Un ejemplo de guía de información sanitaria se puede ver en el siguiente enlace:

http://www.guiasalud.es/egpc/ictus/pacientes/documentos/Info_Pacientes_Ictus.pdf

Según Mayor Serrano¹⁹ (2005 a /b), la elaboración de cualquier material de educación sanitaria debe cumplir con una serie de requisitos entre los que se encuentran la información relevante, exacta y accesible, objetivos claros, adecuada para el propósito que se busca, facilite otras fuentes de información, esté actualizada y que permita a las personas participar adecuadamente en su propio cuidado. La elaboración del material de educación sanitaria, dice el autor, es una labor de equipo en la que participan profesionales y, a ser posible, personas a las que va dirigido el material y pasa por un proceso de varios pasos como sondeo, marcar objetivos etc. (Gallego Diéguez, 2005).

Es de suponer que si el material está destinado a diferentes grupos de inmigrantes se debería incluir también a representantes de los grupos inmigrantes, traductores y mediadores culturales entre otros porque no se trata de traducir literalmente ese material destinado a población autóctona a los diferentes idiomas que puedan encontrarse dentro de la población inmigrante sino que se tendrían que elaborar diferentes versiones adecuadas lingüística y culturalmente a los diferentes grupos de inmigrantes, ya que se trata de diferentes receptores.

Algunos autores como Givaudan et al (2002), basándose en estudios realizados en Estados Unidos, van más lejos: estos estudios demuestran que incluso cuando se traducen materiales de salud con la intervención de traductores profesionales pueden surgir problemas. Las traducciones que son totalmente ‘fieles’ al idioma original no siempre tienen el efecto deseado en la población a la que se dirigen. En un análisis de textos traducidos, de inglés a español, y no traducidos realizado con folletos de promoción de salud (sobre la prevención del sida), se

¹⁸ Gallego Diéguez, J (2005) “Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración”. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
<http://www.fisterra.com/salud/auxiliar/MaterialesEducacionParalaSalud.pdf>

¹⁹ Mayor Serrano, B. (2005 a) “Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto «folleto de salud» e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos”. *Panace@*. Vol. VI, n.o 20. Junio, 2005
Mayor Serrano, B.(2005 b) “Recomendaciones para la elaboración de folletos de salud”. *Panace@*. Vol. VIII, n.o 25. Primer semestre, 2007

descubrió que los textos elaborados primero en inglés y traducidos al español por traductores profesionales no tenían los rasgos retóricos y léxicos necesarios para ser útiles a hispanohablantes alfabetizados (Jacobson, 2001b²⁰). Además, los textos traducidos carecían de un contenido cultural adecuado. Este análisis parece demostrar que los materiales más útiles serían los que se desarrollan originalmente en español por profesionales de salud hispanohablantes que sean competentes cultural y lingüísticamente. Al ser traducciones ser la única alternativa viable en algunos casos, dicen los autores, siempre preferible que los materiales sean elaborados originalmente en español por especialistas de salud hispanos. Estos autores, sin embargo, reconocen que es necesario realizar más investigaciones sobre el tema.

Según Sales²¹ (2005), Alameda y García (2003), Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez (2006), Carbelo Baquero et al²² (2007), en el campo de la comunicación intercultural todavía queda mucho por hacer. Los servicios lingüísticos sanitarios en España forman parte de servicios públicos y este tipo de traducciones se tienen que llevar a cabo por profesionales cualificados y que no sólo tengan competencia lingüística sino social y cultural. Además hay otros estudios en los que además se indica la importancia de los mediadores lingüístico/culturales como profesionales clave en el proceso comunicativo entre inmigrantes y profesionales dentro de las instituciones (Mayor Serrano, 2003 a/b²³) que también apuntan que queda mucho por hacer e investigar.

²⁰ Jacobson, Holly E. (2001b) “Lo que crees que has dicho no es lo que creen que has dicho. Los efectos de los actos de habla en la comunicación transcultural”. *Panace@* Vol. 2, n.o 6. Diciembre, 2001

²¹ Sales Salvador, D. (2005) “Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España”. Grupo CRIT Departamento de Traducción y Comunicación Universidad Jaume I de Castellón. *Translation Journal Volume 9, No. 1 January 2005* <http://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm>

²² Carbelo Baquero, B; Valero Garcés, C; Barroso Pérez, E; Lázaro, R (2007). “Interculturalidad y comunicación, un derecho en el cuidado de la salud”. *Rev Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/039.php>

²³ Mayor Serrano, B.(2003 a) “Divulgación médica: una asignatura pendiente.” *Panace@*. Vol. IV, n.o 11, marzo del 2003

Mayor Serrano, B. (2003 b) Elementos metacomunicativos en el artículo de divulgación médica (inglés-español) e implicaciones didácticas para la formación de traductores. *IBÉRICA 6 [2003]: 89-107* <http://www.aelfe.org/documents/text6-Mayor.pdf>

En cuanto a los recursos de material bibliográfico, según Sales (2005) “hay que hablar de la todavía escasa bibliografía disponible en castellano, así como de la situación todavía muy incipiente en la que se encuentra la formación y el reconocimiento profesional de esta modalidad traductora, si tenemos en cuenta que hay países como Canadá, Australia, Suecia o Estados Unidos, que han contribuido a su desarrollo y llevan varias décadas aportando soluciones a las necesidades de formación, acreditación, financiación, elaboración y aplicación de códigos de conducta”.

Y como dicen Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez (2006) también se encuentran colegas que tienen poco interés en investigar sobre la necesidad de crear guías multilingües de información sanitaria, ni siquiera indagar si es necesario tener competencia lingüística y cultural especializada.

Con toda la información recogida queda decir que la comunicación entre el personal sanitario y la población que atiende en los servicios de salud es esencial en el proceso sanitario. Al hablar de población se debe incluir tanto a la población autóctona como foránea. Es de suma importancia que el personal sanitario esté abierto a aprender nuevos idiomas y adquirir mayor conocimiento sobre las diversas culturas de la población inmigrante en su área geográfica. Es también importante para el profesional sanitario que actualice sus conocimientos y para ello debe usar a menudo material bibliográfico en otros idiomas, sobre todo el inglés. Reitero que muchos inmigrantes son también capaces de comunicarse en otros idiomas europeos usado por millones de personas tales como el inglés, francés, o el portugués. Es importante de que la población inmigrante reciba toda la información necesaria en lo referente a la salud de forma que la pueda entender (tanto oral como escrita), así como participar en los programas de promoción y educación para la salud. Por lo tanto se hace necesario que existan figuras como los intérpretes los mediadores culturales que ayuden a tender puentes lingüístico/culturales entre los pacientes y el personal sanitario. También es de suma importancia que exista material informativo, divulgativo y educativo en los idiomas principales del área de los centros sanitarios, incluso material específico para personas analfabetas que, además de considerar los aspectos lingüísticos de los diversos grupos de inmigrantes también considere los aspectos culturales de cada uno de ellos. Sería de gran utilidad que existiera material multimedia y archivable en ordenador así como plantillas de material que se puedan usar y adaptar dependiendo de las circunstancias. El material bilingüe

o multilingüe sería deseable ya que podría ser usado por varias personas de distinto origen, incluyendo a usuarios autóctonos.

Es importante destacar que dada la complejidad de la creación de materiales de este tipo, tanto para el personal sanitario como para los diferentes colectivos de inmigrantes sería trabajo de equipos multidisciplinarios dónde se incluirían lingüistas, pedagogos, especialistas sanitarios, mediadores culturales, informáticos e incluso representantes de los diversos colectivos de inmigrantes.

Pasemos a la preparación de **material informativo y educativo sanitario** (en diferentes idiomas) para los grupos de inmigrantes²⁴:

Los materiales educativos son los instrumentos que se utilizan en educación para la salud para facilitar la comunicación entre educador y educando. Su finalidad es favorecer la relación interpersonal entre ambos y mejorar el proceso educativo. Por tanto son recursos que se utilizan con unos objetivos determinados en el contexto de una intervención. Su finalidad genérica es ayudar a construir el conocimiento de las personas implicadas, puede tener un planteamiento informativo o didáctico cuando se plantea como un recurso para el proceso de enseñanza aprendizaje.

Los tipos de materiales dependen del objetivo principal. Los que se dirigen a la sensibilización pueden ser carteles, despleables, folletos, páginas web,... Hay otros que tienen como finalidad favorecer una investigación en relación con una iniciativa de promoción de salud (por ejemplo modelos de encuestas, guías para entrevistas,...). Otros materiales tienen como objetivo favorecer el análisis y la profundización sobre un aspecto relevante (por ejemplo unidades didácticas, centros de interés, audiovisuales,...)

La digitalización y los nuevos soportes electrónicos están dando lugar a nuevas formas de almacenar y presentar la información. Los tutoriales multimedia, las bases de datos en línea, las bibliotecas electrónicas, los hipertextos distribuidos, etc. son nuevas maneras de presentar y acceder al conocimiento que superan en determinados contextos las formas tradicionales de la explicación oral, la pizarra, los apuntes y el manual. No es necesario explicar las bondades

²⁴ Se puede encontrar material multilingüe en <http://nnlm.gov/outreach/consumer/multi.html>

de las simulaciones de procesos, la representación gráfica, la integración de texto, imagen y sonido o de la navegación hipertextual. En el futuro, este tipo de soportes serán utilizados de modo creciente en todos los niveles educativos.

Las herramientas de autor permitirán que los educadores, además de utilizar materiales comerciales, desarrollen ellos mismos sus propios materiales, adaptados al contexto de sus estudiantes. Un ejemplo del proceso que estamos viviendo es cómo se están transformando las bibliotecas universitarias y hospitalarias. De simples depósitos de libros y revistas con salas de lectura anexas, están pasando a ofrecer múltiples fuentes de información electrónica. El primer paso fue la adquisición de bases de datos en CD ROM, un soporte material para la información que hace que los bibliotecarios más tradicionales, acostumbrados a "manejar" objetos, sintieran escasamente amenazados sus puestos de trabajo. A fin de cuentas, a los CD ROM también se les pueden pegar tejuelos. Ahora, sin embargo, el paradigma de la biblioteca electrónica o "biblioteca sin muros", en la que las fuentes de información están en formato electrónico y almacenadas en dispositivos accesibles en cualquier lugar de la red informática, se ha impuesto. Los usuarios acceden a sus servicios a través de los ordenadores personales.

El material informativo debe formar parte del contexto de una intervención en educación para la salud. No es un elemento independiente por sí mismo. Tiene que ajustarse a los objetivos educativos de dicha intervención, y su función es la de apoyo en este contexto. Se utilizan como instrumentos que apoyan los contenidos que se trabajan en el programa educativo, clarifican y amplían las ideas que se consideran importantes en el proceso de aprendizaje.

Existe un amplio debate sobre cuáles son los aspectos a cuidar para lograr una información de calidad. O'Donnell (2003)²⁵ de la Universidad de Aberdeen (Reino Unido), propone prestar atención a los siguientes elementos:

- Objetivos definidos claramente: Deben incluir lo que el usuario necesita y deberán señalar claramente lo que cubren y lo que no.
- Relevancia de la información: La información debe abarcar lo que el usuario necesita.
- Exactitud de la información: Casi siempre hay una confrontación entre dar suficiente información para permitir al público comprender los puntos principales de su proceso y perderse en detalles que dificultan la comprensión.

²⁵ O'Donnell, M. Entwistle, V. (2003) **Producing information about health and health care interventions: a practical guide.** University of Aberdeen.

- Accesibilidad, comprensión y aceptabilidad: En cuanto al lenguaje, los medios, la presentación y las vías de distribución. La información deberá ser emitida en distintos lenguajes, medios, y para un público de distintas culturas, género y edad.
- Información integrada en un servicio sanitario dirigido al paciente: Unos buenos materiales son aquellos que permiten a las personas participar adecuadamente en su propio cuidado. La información debe ser consistente con un sistema sanitario centrado en el paciente en el que se le reconozca su deseo de ser tratado como individuo y a participar en su autocuidado.
- Adecuada para su propósito: Es utópico pensar que con un material informativo se puedan cubrir todos los aspectos de un estado de salud o de una intervención en salud. Deberá ser uno más de una serie de materiales, de forma que entre todos sean capaces de cubrir las necesidades del usuario respecto a su estado de salud. Por tanto se considerará que el material es bueno si cubre los objetivos propios de ese recurso.
- Identificación de otras fuentes de información y ayuda: Un solo paquete de información no puede cubrir las necesidades y preguntas de todo el mundo, sino que lo razonable es esperar que cubra las preguntas más frecuentes y oriente al usuario en la identificación de otras fuentes de información.
- Valoración de la calidad de la información: Debe incluirse la fecha de producción y últimas revisiones, responsable de la elaboración, fuentes usadas.

El Centre for Health Information Quality (CHIQ) de Gran Bretaña propone tres criterios básicos para valorar la calidad de la información sanitaria: precisión, claridad y relevancia.

En un contexto en el cual el acceso a la información por parte de los pacientes es cada vez mayor, se están desarrollando herramientas de ayuda en la toma de decisiones y cuestionarios que ayuden a los pacientes y usuarios a valorar la información sanitaria.

La revisión realizada por la Junta de Andalucía (Hermosilla-Gago y Briones, 2004)²⁶ sobre las herramientas de ayuda a la decisión para pacientes concluye que aumentan el conocimiento en relación con su enfermedad y proporcionan un mayor realismo en las expectativas de los pacientes sobre los posibles efectos de una intervención. También reducen la pasividad en la toma de decisiones. Sin embargo sugiere que el desarrollo de estas iniciativas requiere

²⁶ **Hermosilla-Gago, T y Briones, E. (2004) Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla**

impulsar mejoras de la comunicación con el paciente, en general, incluyendo formación en habilidades, así como cambios organizativos y culturales.

En la actualidad internet es una importante fuente de información sobre temas de salud. Dado que en la red existe mucha información de dudosa calidad o con criterios muy sesgados, están surgiendo diferentes fuentes de criterios de calidad e incluso diferentes entidades acreditadoras de calidad de la información, con lo cual la confusión vuelve a estar servida. La Unión Europea ha elaborado un documento marco para establecer una serie de Criterios de calidad de las Web de salud (e-Europa 2002), impulsar la credibilidad de los productores de información y aumentar la capacidad crítica de los diferentes usuarios. Los criterios a valorar para valorar la calidad de las páginas web de salud son seis:

- Transparencia y ética, de la entidad editora
- Autoría, claramente identificada
- Actualización y evidencia de la información
- Responsabilidad y rendición de cuentas, de la productora de la información
- Accesibilidad a la información
- Intimidad y protección de datos de las personas y usuarios

Para valorar la calidad de un material de educación para la salud, es útil plantearse las siguientes cuestiones:

- Es un material aislado o forma parte de un programa más amplio. Cuáles son sus objetivos.
- Se ha realizado alguna experimentación previa.
- Se identifica en el material a los destinatarios (por texto, dibujos, figura expresamente) .
- El mensaje es claro y comprensible.
- La información es exacta y actualizada. Hay errores de contenido.
- Va acompañado de guía didáctica o instrucciones de uso.
- Cuales son los Valores que promueve explícita o implícitamente.
- Resonancias que puede provocar en el destinatario (afectivo, ideológico).
- Es atractivo para el lector (en cuanto texto, imagen,...).
- Estimula la comunicación en torno al tema propuesto.
- Cumple los objetivos para los que fue diseñado.
- Tiene un enfoque positivo, favorecedor de la autonomía; Tiene posibles elementos contra-preventivos o medicalizados.

- Constan en él los recursos, direcciones, bibliografía, que permiten al destinatario seguir trabajando el tema.
- Posibilidad de evaluación del material.
- Valoración de la elección del soporte (relación coste / beneficio, didáctico).

La publicación de un material informativo o educativo es el resultado de un proceso de elaboración, supervisión y coordinación. El proceso puede tener las siguientes etapas:

- Valoración de su necesidad, en el conjunto del programa
 - ¿Hay instrumentos disponibles con utilidad similar?
 - ¿Pueden conseguirse los objetivos sin el material?
 - ¿Llegará a los destinatarios?
 - ¿Qué intereses subyacen en la edición del material?
 - ¿Existen medios y tiempo para hacerlo bien?

- Definición de objetivos específicos con la mayor precisión posible

- Sondeo previo respecto al material. ¿Qué características debería tener para su inserción en el programa? Los materiales educativos pueden utilizarse con diversas funciones: motivación, refuerzo, clarificación de valores, análisis de la experiencia, seguimiento, comunicación, difusión. Los tipos de materiales pueden ser muy variados: carteles, folletos, cuentos, fichas didácticas, materiales audiovisuales, historias y casos, rejillas de análisis, encuestas, recortes de prensa, imágenes y fotografías, juegos, programas de ordenador, webquest (trabajos dirigidos en internet), etc.

- Elaboración en equipo. Formado por profesionales y a ser posible por personas a las que va dirigido el material. Su participación favorece que el contenido sea más adecuado y relevante.

- Revisión por otros profesionales que no han participado en el proceso de elaboración.

- Experimentación. Utilización en una situación parecida a la real. Cuando se realiza algún material informativo es conveniente realizar algún pre-test, pudiendo valorar los siguientes aspectos:

- Atracción
- Comprensión
- Aceptación
- Identificación

- Modificaciones necesarias tras la revisión por otros profesionales y experimentación previa
- Edición definitiva
- Distribución por canales establecidos, momentos oportunos con instrucciones precisas
- Utilización del material en el programa
- Evaluación en el conjunto del programa. ¿Los pasos previstos se han cumplido?
- Análisis del impacto del material.
- Fuentes de información:
 - Los destinatarios
 - Los profesionales
 - Los agentes de distribución
 - Indicadores indirectos: demanda generada

En España cada Comunidad Autónoma tiene su organismo dedicado a **documentación y asesoramiento en educación para la salud**. Éste constituye una herramienta para apoyar diferentes iniciativas de educación para la salud:

- Desarrollo de intervenciones de ámbito local.
- Formación en educación y promoción de salud.
- Investigación sobre aspectos de educación para la salud.

Los objetivos son:

- Facilitar asesoramiento y apoyo metodológico a profesionales y/o equipos en Promoción y Educación para la Salud.
- Establecer un sistema de información accesible y periódico de las innovaciones que en metodología, materiales y documentación se producen.
- Elaborar productos documentales útiles para los usuarios a partir de los recursos y documentación existentes.

- Fomentar la cooperación ya establecida con otros departamentos de documentación y centros similares españoles y europeos.

Estos organismos están formados por equipos de profesionales especializados en educación y promoción de la Salud y en Documentación. Las principales demandas planteadas por los profesionales se formulan respecto a:

- Selección de materiales y recursos didácticos más idóneos para cada propuesta
- Metodología de programación y evaluación de las intervenciones
- Integración de la educación para la salud en la actividad habitual de los centros educativos y servicios sociosanitarios.

El fondo documental está constituido por diversas tipologías: monografías, publicaciones periódicas, vídeos, diapositivas, archivos de ordenador folletos, juegos.

El contenido de los recursos incluye teorías, metodologías y áreas de intervención en promoción de salud (alimentación, educación medioambiental, prevención de drogas, prevención y atención de enfermedades, protección de la infancia y adolescencia, salud reproductiva y del embarazo, educación afectivo sexual, salud mental, actividad física y deporte, cooperación para el desarrollo).

2.3 NECESIDAD DE QUE EL PERSONAL SANITARIO CONOZCA (AL MENOS) EL IDIOMA INGLÉS

Para un profesional de la salud, dominar otros idiomas supone abrirse unas perspectivas más amplias de desarrollo profesional y tener mejor acceso comunicativo con pacientes que no dominen el idioma oficial.

En este caso nos ceñiremos al inglés porque supone la posibilidad de acercarse a la comunidad médica internacional no sólo para actualizar y expandir sus conocimientos y habilidades sino también para poder hacer su propia contribución investigadora, docente o gestora. Supone también tener más puertas abiertas a la **comunicación con pacientes angloparlantes** (sea el inglés su primer o segundo idioma). Hoy en día la **investigación** es un

elemento más del proceso asistencial y que los médicos deben ser capaces de realizarla y comprenderla además de aplicarla. La gran mayoría de las publicaciones científicas de mayor relevancia y de los eventos científicos internacionales se realizan en inglés. Hay en la investigación de impacto, por tanto, una sobre-representación de científicos angloparlantes e infra-representación de los que no lo son. Esto no sólo supone una desventaja de desarrollo profesional de los últimos, sino que priva al cuerpo general de conocimiento del gran caudal potencial de sus aportaciones.

Más que nunca necesitan los médicos en formación –y en formación continuada- grandes maestros que sirvan de guías en los inabarcables caminos del conocimiento científico actual. Los más notables ejercen la **docencia** en la esfera internacional llegando así a un mayor número de profesionales y expandiendo por tanto al máximo su aportación a la medicina mundial. De nuevo, el sesgo favorable a los docentes angloparlantes es patente. Una mayor presencia de profesionales españoles en las esferas docentes internacionales no sólo estimularía su propio desarrollo profesional y enriquecería a la comunidad internacional, sino que permitiría mejorar la docencia médica en España al enriquecerla con la experiencia adquirida en otros países avanzados.

Corren, además, nuevos tiempos para los sistemas sanitarios del mundo. Resulta urgente buscar y encontrar fórmulas que los hagan más costo-efectivos. En nuestro país se barajan cambios en esta dirección, algunos de ellos basados en modelos extranjeros de **gestión sanitaria**. Es hoy más relevante que nunca el intercambio enriquecedor de ideas –mediante estancias internacionales y debates- para elegir y adoptar las mejores soluciones. **La lengua común de todo este conocimiento, aprendizaje y debate es el inglés.**

2.3.1. LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS

Para la enseñanza de la lengua deben considerarse las cuatro dimensiones de la competencia comunicativa que en 1980 propone Canale y Swain²⁷ las cuales se relacionan con un análisis inter-disciplinario y sistemático del texto.

²⁷ Canale, M. y M. Swain.(1980) *Theoretical Bases of Communicative Approches to Second Language Teaching and Testing*. *Applied Linguistics* 1/1:1-47, 1980. En Hornberger, N. *Trámites and transportes. The Acquisition of Second Language Communicative Competence for One Speech Event in Puno*. Oxford University Press, 1989. In *Applied Linguistics*, Vol. 10, Number 2.

Según Hymes, C (1971)²⁸ la competencia comunicativa se ve como la habilidad de dominar situaciones del habla resultado de la aplicación adecuada de subcódigos diferentes.

Las cuatro dimensiones de la competencia comunicativa que se aluden son:

1. **Competencia gramatical lingüística:** La didáctica de la lengua debe atender al dominio de las estructuras lingüísticas del idioma de forma gradual sistémica, favoreciendo al estudiante la capacidad no solo de dominar la realidad, sino también de predicar sobre ella a partir del conocimiento previo que posee de las diferentes estructuras lingüísticas que reintegran el sistema hasta lograr la creación de un todo coherente de intención comunicativa.
2. **Competencia sociolingüística:** La actividad lingüística es eminentemente social y este carácter es el que establece un uso restrictivo al proceso de la comunicación, en dependencia de las situaciones comunicativas en que se desenvuelve.
3. **Competencia discursiva:** Dentro de los niveles constructivos del texto aparecen los sintagmas, con una función básicamente denominativa: la oración.
4. **Competencia estratégica:** Se relaciona con la capacidad que desarrolla el estudiante de elaborar la estrategia de comunicación para iniciar, continuar y finalizar el proceso comunicativo. El educando es capaz de cumplir una función comunicativa dada y desarrollar así, la capacidad de comprender, analizar y recrear el texto a favor del desarrollo de la competencia comunicativa.

Resulta necesario en el análisis y estudio de la competencia comunicativa incluir las definiciones que enmarcan la competencia comunicativa en la habilidad de usar el sistema de la lengua de forma apropiada en cualquier circunstancia. Así como la consideración de la competencia en términos de expresión, interpretación y negociación del significado que incluye interacción de dos o más personas pertenecientes a la misma o diferente comunidad del habla o entre una persona y un texto escrito u oral (Savignon, S.²⁹, 1983).

Con relación a la competencia comunicativa en la enseñanza del idioma inglés en las los profesionales de la salud ya se ha definido la misma por el autor de esta revisión como el

²⁸ Hymes, C. *Competence and performance in linguistic theory.* / C. Hymes. R. Huxley & E. Ingram (eds.), 1971, 78 p

²⁹ Savignon, S. 1983. *Communicative competence: Theory and Classroom Practice Reading, Mass: Addison. Wesley.*

desempeño comunicativo de los estudiantes al integrar las cuatro habilidades del lenguaje: escuchar, hablar, leer y escribir.

La competencia comunicativa en la enseñanza del idioma inglés en las Ciencias Biomédicas

En las Ciencias Biomédicas, la competencia comunicativa toma como punto de partida el Enfoque Comunicativo, dirigido al desarrollo de conocimientos, habilidades y hábitos que permiten la emisión, recepción y negociación efectiva y apropiada de los mensajes contenidos en los actos de comunicación, mediante el lenguaje verbal y no verbal, con personas de habla inglesa. En los programas de estudio se suele considerar la primacía natural del uso oral del lenguaje sobre sus formas escritas.

El alcance de la competencia comunicativa en la enseñanza del inglés en las Ciencias Biomédicas se divide por niveles: **el nivel elemental**, representa limitadas posibilidades de recepción y emisión de mensajes tanto por el carácter básico del conocimiento del sistema lingüístico, como por el insuficiente desarrollo de habilidades para su uso apropiado y fluido. En este nivel la competencia comunicativa de los estudiantes se sitúa en la fase de primer encuentro con un sistema lingüístico desconocido y con una comunidad y cultura de normas y costumbres diferentes a los propios. El alumno está obligado a comparar y confrontar sus propias experiencias y convicciones con esas nuevas. La traducción desde la lengua materna y hacia ella, es un recurso natural en todo esfuerzo consciente de apropiación de otro idioma lo que puede aprovecharse cuando sea útil para señalar diferencias, equivalencias estructurales o semánticas, reconociendo que limita la fluidez en el procesamiento de los mensajes y que constituye una habilidad adicional más compleja, como un fin en sí misma.

En esta etapa inicial apresurar y presionar el aprendizaje para lograr niveles de expresión imposibles de alcanzar en este nivel redundará en frustraciones y pérdida de la motivación, o en el mejor de los casos, en la memorización y reproducción formal de expresiones que, aunque puedan dar la impresión de comunicación efectiva, solo son útiles para fijar patrones y vocabulario del idioma extranjero.

En esta primera parte la competencia comunicativa se traduce en:

- Comprender el inglés hablado a velocidad moderada auxiliándose de su conocimiento previo, del contexto y de la información visual, y requiriendo de frecuentes

repeticiones y aclaraciones que sean posibles en situaciones en que se manifiesten las funciones y formas estudiadas.

- Comunicarse oralmente en inglés empleando expresiones básicas y recursos conversacionales en las funciones comunicativas estudiadas, con suficiente corrección, aunque pueden ocurrir frecuentes interrupciones y el empleo de formas no apropiadas para la situación o los interlocutores.
- Apropiarse de la mayor parte de la información escrita a la que accedan en inglés de forma global, detallada o inferida, según se requiera, con incipientes estrategias para compensar las limitaciones lexicales y gramaticales propias de este nivel, en las funciones comunicativas y en sus formas estudiadas.
- Expresarse por escrito en inglés de forma suficientemente coherente e inteligible, siguiendo un proceso de aproximaciones sucesivas a una corrección y extensión-todavía limitadas-según los géneros que contengan las funciones comunicativas estudiadas.
- Diferenciar con un nivel de aproximación elementalmente inteligible los fonemas del idioma inglés que se utilizan poco, o no, en idioma Español.

Con relación **al segundo nivel o nivel pre-intermedio** de competencia comunicativa, se expone que el mismo representa limitadas posibilidades para expresar necesidades prácticas y comunicativas de la vida cotidiana. Se manifiestan errores lingüísticos que interfieren frecuentemente la comunicación y que requieren rectificarse. En sentido general constituye la continuación del contacto con un sistema lingüístico ajeno y con una comunidad y cultura de normas y culturas diferentes a las propias. El uso de la traducción debe ser más limitado en este nivel que en el elemental.

En esta segunda parte la competencia comunicativa se traduce en:

- La comprensión del idioma inglés hablado por nativos y no nativos sobre la base de las regularidades lingüísticas generales del sistema de la lengua (según le corresponde en esta etapa del nivel pre intermedio).
- La comunicación oral en inglés de manera inteligible, mediante aproximaciones sucesivas a la corrección en el uso de este idioma; de acuerdo con el grado de conocimientos, hábitos y habilidades adquiridos en esta etapa del nivel pre intermedio y a partir de funciones comunicativas generales (utilizando los diferentes grados de formalidad).

- La apropiación de forma general de información impresa en inglés auténtica o no, relacionada con temas diversos que se avengan a los intereses, necesidades y experiencias de los estudiantes, en esta etapa del nivel pre intermedio.
- La expresión escrita en inglés de forma inteligible y coherente, a un nivel de corrección limitado y según estrategias comunicativas, hábitos y habilidades adquiridos en esta etapa del nivel pre intermedio.
- La diferenciación con un nivel de aproximación elementalmente inteligible de los fonemas del idioma inglés que se utilizan poco, o no, en idioma Español.

El **tercer nivel, o nivel intermedio** de competencia comunicativa en la lengua inglesa (uso adecuado de la lengua inglesa en situaciones comunicativas de la vida cotidiana y según limitaciones lógicas). Debe lograr la transmisión del mensaje, aunque existan algunos problemas de comunicación. Este nivel constituye el último eslabón del Ciclo de Inglés General. Al culminarlo los estudiantes deben ser capaces de utilizar el idioma de manera inteligible, en situaciones conocidas, con posible existencia de errores que no afecten la comunicación.

En esta tercera etapa, la competencia comunicativa se traduce en:

- La comprensión del inglés hablado según las regularidades lingüísticas generales del sistema de la lengua inglesa para el nivel intermedio.
- La comunicación oral en inglés, de manera inteligible y mediante aproximaciones sucesivas a la corrección en el uso de este idioma; de acuerdo con el grado de conocimientos, hábitos y habilidades adquiridos en el nivel intermedio, y a partir de funciones comunicativas de la vida cotidiana y social.
- La apropiación global de información impresa en inglés, auténtico o no relacionada con temas diversos que se avienen a los intereses, necesidades y experiencias de los estudiantes, acorde con el nivel intermedio.
- La expresión inteligible en inglés de forma escrita sobre temas de extensión limitada, de acuerdo con los conocimientos, hábitos y habilidades adquiridos en el nivel intermedio.

En el **último nivel, o nivel post-intermedio** de la competencia comunicativa el alumno debe utilizar de forma eficiente la lengua extranjera en situaciones comunicativas de su esfera profesional y social e incurrir en pocos errores lingüísticos. La comunicación de los

estudiantes debe ser aceptable en cuanto a su efectividad y consistencia. Se producen en este nivel por parte de los estudiantes, pocas dificultades y vacilaciones; el alumno es capaz de restablecer la comunicación si esta se interrumpe. En este nivel se comienza el Ciclo de Inglés con fines específicos, por lo que se inicia el desarrollo de hábitos y habilidades lingüístico-comunicativas propias de las situaciones de la esfera médica.

La competencia comunicativa en este último nivel se traduce en los mismos aspectos relacionados en los tres niveles anteriores; pero a un nivel pos intermedio, aplicado a las particularidades lingüísticas de los estudiantes como médicos generales integrales.

2.3.2 EL DÉFICIT DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA EN IDIOMA INGLÉS (Y OTROS).

Los sanitarios españoles siempre han visto al inglés como su “asignatura pendiente” pero la mayoría no han encontrado un canal idóneo para “aprobarla”. **Es evidente el déficit de la competencia comunicativa en idioma inglés en estos profesionales.**

A pesar de que el enfoque comunicativo, concepción moderna, que se utiliza en las Ciencias Médicas para la enseñanza de lenguas extranjeras; tiene como principio lograr la competencia comunicativa en los futuros profesionales sanitarios a través de la comprensión, análisis y construcción de textos de forma coherente, no siempre se logra este objetivo primordial.

Primeramente se hace necesario comentar que en la propia enseñanza de la lengua extranjera ha imperado el formalismo, así como el divorcio entre el análisis reflexivo y el empleo práctico de la misma. Hasta hace poco tiempo, se ha hecho patente la insuficiente planificación y orientación hacia objetivos determinados, la tendencia a la repetición y a la ejercitación de las habilidades comunicativas, desvinculadas de la práctica social.

El desarrollo de las habilidades comunicativas, a pesar de ser en esencia un proceso activo, no ha escapado al formalismo. Esto ocurre sobre todo cuando se ha querido desarrollar dichas habilidades en situaciones desligadas de las necesidades práctico comunicativas, del estudiante, sin analizar que las actividades comunicativas que son el centro del esqueleto u organización conceptual de la enseñanza comunicativa del lenguaje, involucran el aprendizaje en comunicación auténtica y que además esto puede tener lugar en un contexto de interacción entre dos personas en una de las infinitas situaciones de la vida diaria; pero que también puede ser organizada para aprender fines, propósitos en el contexto de la clase.

Actualmente la enseñanza debe aspirar a cambios cualitativos en las estructuras y sistemas de conocimientos, que irradien también cambios cuantitativos en el proceso.

Específicamente la enseñanza de lenguas debe instaurar definitivamente el análisis de la competencia comunicativa, de los futuros egresados, vista como el desempeño comunicativo de los estudiantes al integrar las cuatro habilidades del lenguaje: hablar, escuchar, leer y escribir.

No faltan en España opciones para el aprendizaje de *inglés general*, pero que a muchos médicos les resultan poco costo-efectivas en tiempo y esfuerzo, ya que no se centran en el tipo de lenguaje que más les interesa. Existen ya algunas propuestas docentes de *inglés médico* que suponen un gran avance, pero con frecuencia tienen limitaciones ya que son impartidas por profesores no médicos o con escasa experiencia de trabajo en países angloparlantes. Esto hace que la enseñanza no sea todo lo completa y práctica que se desearía. Lo ideal para este tipo de cursos es que el grupo docente cuente no sólo con médicos nativos británicos sino también con médicos españoles con años de experiencia en el uso del inglés; *médicos bilingües* que trabajen o hayan trabajado en países de habla inglesa y por lo tanto han pasado por el proceso de aprender inglés profesional de manera autodidacta. Esto les hace capaces de concentrar la enseñanza en contenidos de máximo interés para los alumnos, es decir, “aquello que a ellos mismos les hubiera gustado saber” antes de comenzar ese difícil camino.

Se persigue que el profesional sanitario:

- Aumente su motivación para aprender inglés médico como parte de su desarrollo y carrera profesional.
- Aprenda las expresiones en inglés más relevantes utilizadas en medicina.
- Evite errores y confusiones frecuentes en inglés médico.
- Mejore su capacidad de lectura en inglés de textos médicos.
- Mejore su capacidad de escritura de textos científicos en inglés.
- Se sienta capaz de desenvolverse en eventos profesionales internacionales comunicándose en inglés.
- Conozca las expresiones en inglés más usadas en la práctica clínica, tanto por el sanitario como por el paciente.
- Adquiera hábitos de aprendizaje eficiente y continuado de inglés médico.

- El material que se propone es multimedia, bien material escrito, CD-ROM o en línea que contara con secciones tales como se muestra:

Language	Clinical Areas	Non-clinical Areas
1. Grammar	1. Cardiovascular System	1. Healthcare Systems
2. Pronunciation	2. Respiratory System	2. Primary Medical Care
3. Miscellanea	3. ENT & Eyes	3. The Consultation
4. Healthcare Language	4. Gastrointestinal System	4. Diagnosis and Patient Management
5. Scientific Literature	5. Genito-urinary System	5. Family & Social Issues
6. Clinical Cases	6. Women's Health, Conception, Pregnancy and Childbirth	6. Public Health, Prevention and Health Promotion
7. From English into Spanish	7. Child Health	7. Practice Management
8. Spanish International Doctors' experiences	8. Mental Health	8. Hospital Management
9. Forum	9. Musculoskeletal System and Trauma	9. Epidemiology & Research
10. Chats	10. Skin and Soft Tissues	10. Quality Improvement
11. Games	11. Nervous System, Metabolism, Blood	11. Education and Professional Development
12. News & Recommendations	12. Old Age, Palliative Care, General Medicine & Surgery	12. Ethics and Law

- Ejercicios y preguntas de **evaluación para contestar online de forma** que puedan ser supervisados por los profesores.
- *Podcast* o archivo de **audio y videos** con los contenidos en inglés grabados por profesionales sanitarios británicos nativos, para aprendizaje de la pronunciación correcta.

Pero ¿cómo aprovechar las ventajas que podría aportar el ordenador y la conexión a Internet al aprendizaje de un segundo idioma?

3. ELAO Y LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS

ELAO y el desarrollo de la lectura y el vocabulario en la L2: El uso y la efectividad de ELAO es un asunto bastante amplio que se necesita más investigación. Como es un tema nuevo, se han hecho pocas investigaciones sobre su efectividad en cuanto a la adquisición de la segunda lengua o lengua extranjera. Pero, los pocos estudios que se han hecho proveen un poco de información sobre el tema. Recientemente, se han hecho algunos estudios del uso de los libros de trabajo en línea versus en papel y su efectividad sobre la adquisición del vocabulario, la efectividad de los gloses y anotaciones de textos en línea versus tradicionales en la adquisición del vocabulario, y comprensión de lectura.

Para empezar, el estudio hecho por Lafford et. al., ³⁰(2007), intenta diseñar diez principios de diseño de recursos tecnológicos para la adquisición del vocabulario. Los principios de diseño están basados en las investigaciones previas sobre la enseñanza del español como segundo idioma. Muchas veces, los programas de software de ELAO se enfocan mucho en la gramática y no tanto en el léxico. Para mejorar los programas de software de ELAO, Lafford, et. Al., (2007) examina los hallazgos de otras investigaciones (que tengan que ver con la adquisición de un segundo idioma) para entonces crear programas de software que estén basados más en el léxico.

Cada principio se puede aplicar a la tecnología pero también puede ser problemático. Por ejemplo, el primer principio presentado es la introducción del nuevo léxico con situaciones que son social y culturalmente auténticas. El uso de vídeos que tengan escenas de hablantes nativos en situaciones normales (la visita al médico de familia, en el pediatra etc.) es una buena forma de usar la tecnología para aplicar este principio. Pero, desafortunadamente, hay muy pocos programas de software que tengan esa cualidad. Es posible que no haya tantos programas auténticos por la falta de dinero y tiempo. Según Lafford et. Al., (2007). Aunque cada principio sea aplicable a la tecnología en clase, hay varias barreras problemáticas en la creación de software. Parece que hay una brecha entre el conocimiento y los hallazgos de los investigadores de ASL y los técnicos que diseñan los programas. Muchas veces los editores de libros académicos simplifican los programas porque cuesta demasiado implementar rasgos como por ejemplo retroalimentación humana. Para proveer retroalimentación avanzada, el editor tendría que trabajar con profesores para desarrollar un programa complicado que implementa las ideas principales de ASL. También tendrían que pagarles bastante dinero para llevar a cabo una tarea tan involucrada. Para desarrollar programas educativos para el aprendizaje de un segundo idioma, los profesores necesitan trabajar con los diseñadores del software y los editores para implementar los principios de aprendizaje en los programas. De esa manera, los programas serán más avanzados, auténticos, y ayudarán al estudiante a adquirir el léxico.

Aunque no hay tantos programas de software para el aprendizaje de un idioma extranjero, algunos investigadores han estudiado la efectividad de los que hay, y han comparado los

³⁰ Lafford, B., Lafford, P., Sykes, J. (2007). Entre dicho y hecho ...: An Assessment of the Application of Research from Second Language Acquisition and Related Fields to the Creation of Spanish CALL Materials for Lexical Acquisition. *CALICO Journal*, 24 (3).

resultados de aprendizaje en línea al aprendizaje tradicional. Por ejemplo, Zapata & Sagarra, (2007)³¹ hicieron un estudio para evaluar la efectividad de un libro de trabajo en línea en comparación a un libro tradicional (de papel) para evaluar la adquisición de vocabulario español. El estudio concluye que el libro de trabajo en línea fue mucho más benéfico para el aprendizaje de los estudiantes, y eso se debe a varios factores. Los libros de trabajo en línea son más eficaces a largo plazo porque los aprendices pueden hacer las tareas y aprender a su propio ritmo. También, los estudiantes tienen la oportunidad de practicar más y recibir inmediata retroalimentación los cuales “ayudan a hacer más fuerte las conexiones del léxico mental de la L2,” (Zapata, G., & Sagarra, N., 2007). Los libros de trabajo en línea son convenientes para los estudiantes adultos y graduados, quienes no tienen mucho tiempo para calificar debido a sus propios compromisos académicos.

Obviamente, el libro de trabajo en línea fue una herramienta exitosa para la adquisición de vocabulario para los estudiantes principiantes, pero los estudios que se tratan de la efectividad de herramientas en línea no terminan con ese estudio. Hay una técnica que se usa para ayudar a los estudiantes a leer un texto escrito que se llama “glossing³².” La técnica “glossing” (anotaciones) es una técnica que se ha usado por mucho tiempo en libros de texto, y su propósito es enseñar vocabulario nuevo al alumno y ayudarlo a entender el texto mejor. Hoy en día, varios profesores y editores ponen glosas en sus textos en línea para ayudar a sus estudiantes. Esta técnica es especialmente útil en las clases de idiomas extranjeros. ¿Hay una diferencia entre las glosas en línea y los de papel? ¿Son mejores las glosas en línea que los de papel? Estas preguntas fueron contestadas por el estudio que hizo Bowles (2004). Este estudio se enfocó en los efectos de las glosas computarizadas versus las glosas tradicionales en el aprendizaje del vocabulario del idioma meta. El número de palabras glosadas fue veintiuno, y el grupo de control no recibió los gloses. Las glosas aparecieron al apretar una palabra subrayada en la pantalla (y aparecieron en el L1). Los resultados de notar el vocabulario meta, la comprensión del texto, y la adquisición del vocabulario meta, fueron evaluados por los investigadores. Desafortunadamente, no hubo ninguna diferencia significativa entre los resultados del grupo que usó computadora y el que no usó computadora. En el mundo tecnológico no se limita al uso de glosas/anotaciones de texto, también se puede implementar anotaciones de multimedia, o sea videos, caricaturas, fotos, y audio. ¿Las anotaciones de

³¹ Zapata, G., & Sagarra, N. (2007). CALL on hold: The delayed benefits of an online workbook on L2 vocabulary learning. *Computer Assisted Language Learning*, 20 (2), 153 – 171.

³² *Una glosa es una nota escrita en los márgenes o entre las líneas de las páginas de un libro, en la cual se explica el significado del texto en su idioma original, a veces en otro idioma.*

multimedia son diferentes a los de texto en cuanto al efecto que tienen en el aprendizaje? Algunos investigadores han intentado contestar esta pregunta. Abraham³³, L., (2007), hizo un estudio para descubrir y comparar los efectos que tienen las anotaciones visuales y verbales en el aprendizaje del vocabulario y comprensión de lectura. Los estudiantes quienes tenían acceso a las anotaciones salieron significativamente mejor en las tareas dadas que los que no tenían acceso a las anotaciones. En cuanto a la comprensión de lectura, no hubo evidencia de que los estudiantes que usaron las anotaciones beneficiaron con las anotaciones visuales.

Los efectos de las diferentes multimedia en la comprensión de lectura es un tema poco investigado, y es algo que necesita más atención. Según Frankenberg-García³⁴ (2005), “Cuando uno lee un idioma extranjero, las concordancias paralelas de L2-L1 pueden ayudar a los aprendices a entender las palabras extranjeras y los significados de gramática que no sean familiares.” Las anotaciones que provee el maestro para un texto deben servir para ayudar al aprendiz a entender mejor. Pero, para empezar, Ariew et. al.,³⁵(2008) menciona tres estudios que se hicieron para aprender del comportamiento del lector cuando lee un texto que tenga anotaciones. En cada estudio los investigadores usaron una plantilla para acumular información sobre la frecuencia del uso de las anotaciones. El primer estudio trató de aprendices del francés de nivel intermedio. Los estudiantes leyeron un texto con anotaciones, las cuales aparecieron primero en francés y luego en inglés si el estudiante quería. Hubo tres grupos, un grupo que usó las anotaciones en francés, uno que las usó en inglés, y el otro grupo no las usó. Luego, los estudiantes tomaron un examen de selección simple. Resulta que los estudiantes que salieron mejor fueron los que usaron las anotaciones en inglés. Entonces, hubo una correlación positiva entre la nota de comprensión de lectura y el uso de anotaciones en el idioma nativo de los estudiantes. Las anotaciones de ese texto no eran de multimedia, solamente texto.

Otro estudio de involucró a un grupo de estudiantes universitarios de primer año en el departamento de la Educación de Lenguas Extranjeras. El estudio examinó los efectos de los diferentes tipos de multimedia en el aprendizaje de vocabulario incidental y la comprensión

³³ Abraham, L. (2007). Second language reading comprehension and vocabulary learning with multimedia. *Hispania*, 90 (1), 98-108.

³⁴ Frankenberg-García, A. (2005). Pedagogical uses of monolingual and parallel concordances. *ELT Journal*, 59 (3), 189-198.

³⁵ Ariew, R., Ercetin, G., & Cooledge, S. (2008). Second language reading in hypertext environments. En F. Zhang & B. Barber (Eds.), *Handbook of research on computer-enhanced language acquisition and learning* (pp. 48-63). New York: Information Science Reference.

de lectura. Los estudiantes leyeron el texto con anotaciones, tomaron apuntes y luego tomaron un examen de comprensión de lectura y de vocabulario. Los grupos que recibieron las anotaciones con definiciones y también videos y definiciones con fotos, salieron con una nota más alta en los dos exámenes (de vocabulario y comprensión). Los hallazgos indican que la combinación de texto con visuales (sin importar el tipo de visual usada) es más efectiva en ayudar a aprender el vocabulario que las definiciones de palabras solas, (Ariew, R., et. al. 2008).

Los estudios que se han hecho sobre la efectividad de las anotaciones han mostrado resultados positivos para el aprendizaje del vocabulario pero no para la comprensión de lectura.

Sobre todo, cuando evaluamos la efectividad de ELAO en cuanto a la adquisición del vocabulario y la comprensión de lectura, tenemos que tomar en cuenta las teorías de aprendizaje que incorpora y su efectividad, la adquisición del vocabulario del idioma meta, comparar su efectividad con las formas tradicionales, y examinar los efectos que tienen las anotaciones en la comprensión de lectura. Todavía hay mucho para investigar debido a que la mayoría de los resultados de los estudios hechos no han sido congruentes.

En cuanto a la ELAO y el desarrollo de la escritura y la competencia gramatical cabe decir que recientes investigaciones señalan un resultado positivo en la enseñanza de la gramática y la escritura mediante el uso del ordenador en contraste con los métodos tradicionales de enseñanza. Estos resultados, junto con el avance tecnológico; nos permiten ver con optimismo el desarrollo de novedosos programas donde se integren diferentes metodologías e instrumentos para crear materiales llamativos que despierten el interés y cautiven la atención del estudiante. Sin embargo, este mismo avance de la tecnología se convierte en reto para los educadores y diseñadores de programas ya que les requiere investigación y entrenamientos continuos.

Estudios realizados por varios investigadores sugieren la eficacia que proporciona ELAO como medio para adquirir la gramática.

Éste medio proporciona una excelente oportunidad para la creación de insumo significativo en donde se incorporen una gran variedad de elementos de multimedia como sonidos, gráficas,

voces, animación, etc. (Collentine³⁶, 1998). Su argumento se basa en la teoría de adquisición del conocimiento mediante procesos mentales. Para que el insumo comprensible sea procesado y almacenado en la memoria de largo se requiere que inicialmente se activen los mecanismos sensoriales (i.e., visual, auditivo) mediante un estímulo nuevo, original que sea lo suficientemente significativo que logre captar la atención del estudiante y detectar las nuevas estructuras gramaticales de forma más directa, pasando de la memoria de corto plazo a la memoria de largo plazo y al almacenamiento en la misma. Collentine se muestra también muy entusiasmado acerca de la utilización de la teoría basada en la experiencia, para diseñar materiales y programas que sirvan para la enseñanza de la gramática.

Los resultados positivos en el aprendizaje de la gramática a través de la comunicación sincronizada mediada por el ordenador (por ejemplo con un Chat interactivo) son cuestionables, y algunos investigadores han indicado que posiblemente el aprendizaje de la gramática se ve afectado mediante ésta práctica (Fiori³⁷, 2005). Sin embargo, Fiori condujo un estudio comparativo en el que se dividieron los participantes en tres grupos separados (instrucción de la forma y el significado con Chat, instrucción de la forma y el significado sin Chat y significado sólo con Chat). Al grupo de la forma y el significado con Chat se le dieron instrucciones precisas de la conducta y reglas que debería observar durante la investigación; para medir el posible papel que cumple la buena conducta y las reglas en el resultado positivo del aprendizaje. Al término del estudio las estadísticas mostraron que en un alto porcentaje, el grupo de forma y significado con Chat, obtuvo gran madurez sintáctica, mejor uso de ser y estar, así como también de por y para. Increíblemente, tuvieron un mejor comportamiento, cumplieron con las tareas asignadas y utilizaron menos la L1.

Otro estudio comparativo del aprendizaje de la gramática con mediación del ordenador sugiere que los estudiantes que utilizan un libro de trabajo en línea, al final de un periodo de ocho meses presentan un mejor conocimiento de la gramática que aquellos que hicieron sus tareas en un cuaderno tradicional (Segarra y Zapata³⁸, 2008). Aunque, la diferencia entre los dos grupos se notó en el segundo semestre no en el primero.

³⁶ Collentine, J. (1998). Cognitive principles and CALL grammar instruction: A mind-centered, input approach. *CALICO Journal*, 15 (1-3).

³⁷ Fiori, M. (2005). The development of grammatical competence through synchronous computer-mediated communication. *CALICO Journal*, 22(3).

³⁸ Segarra, N., & Zapata, G. (2008). Computer-assisted instruction and L2 grammar accuracy. *Hispania*, 91(1), 93-109.

Los estudiantes que utilizan el ordenador para el estudio y práctica gramatical tienen menos errores diacríticos en comparación con quienes no la utilizan (Hwu³⁹, 2004).

Como observamos en todos los anteriores estudios, el uso de la computadora para la instrucción y aprendizaje de la gramática es crucial. Es conocido ampliamente por todos, que la gramática es quizá una de las destrezas del lenguaje que menos se disfruta aprendiendo y una de las más necesarias (Barr⁴⁰, 2008). Por esta misma razón queda la esperanza que mediante la innovación tecnológica en un futuro cercano quede atrás este concepto.

Para muchos profesores de composición en (L1 o L2), el tiempo que se consume corrigiendo el primer borrador y el papel final de los textos de los alumnos es bastante. (Rubio⁴¹, 2004) propone y crea un método mediado por la computadora con instrucciones para escribir, además de un curso de manejo de software (Blackboard o WebCT) y Word, para promover la eficiencia en el proceso de la escritura y para incrementar la probabilidad que el estudiante al tener este instrumento facilitador produzca y disfrute mejor su tarea. En Word, el profesor debe de utilizar el “reviewing toolbar (el cual provee una caja para comentarios”, entradas de autotexto (para indicar errores comunes), y “comments tool” (en el cual incluso se pueden hacer comentarios orales). También suministra y promueve la retroalimentación.

El “blogging” como instrumento mediado por el ordenador está siendo utilizado en el aula para estimular la escritura y creatividad entre los estudiantes. Se pretende que el estudiante logre una expresión más personal en un ambiente más comfortable. Se mira con optimismo la futura incorporación en la escritura académica para los estudiantes. Aunque, por otra parte se discute que al dejar el estudiante en esa zona “comfortable” se esté promoviendo la falta de organización, la poca madurez en la sintaxis y el vocabulario, como también pobreza en el deletreo de palabras y la puntuación. Con la colaboración de los compañeros de estudio (con quienes comparte el blogg) y la guía del profesor, el estudiante puede hacer progresos en los sucesivos bloggs persiguiendo una meta general que es llegar a la escritura académica.

³⁹ Hwu, F. (2004). On the applicability of the Input-enhancement hypothesis and input processing theory in multimedia CALL: The case of Spanish preterite and imperfect instruction in an input application. *CALICO Journal*, 21(2).

⁴⁰ Barr, D. (2008). Computer-enhanced grammar teaching. En F. Zhang & B. Barber (Eds.), *Handbook of research on computer-enhanced language acquisition*

⁴¹ Rubio, F. (2004). On-line feedback in foreign language writing. En L. Lomicka & J. Cooke-Plagwitz (Eds.) *Teaching with technology* (pp. 9-18). Boston, MA: Thomson-Heinle.

Profesores y estudiantes comparten la idea que mediante la colaboración se pueden explorar las pequeñas publicaciones fomentando de esa manera la escritura cuidadosa, pues el autor tendrá además de su profesor otros posibles lectores (Murray, L., & Hourigan⁴², 2008).

La perspectiva de todos estos estudios nos hace pensar en lo positivo que resulta la implementación y uso de la computadora como instrumento de enseñanza de la gramática y la escritura de un segundo idioma. Sin embargo, debemos tener en cuenta que es un instrumento con el que contamos, que nos exige continuas investigaciones y entrenamientos a profesores y diseñadores de programas. También, hay evidencia del entusiasmo que despierta entre los estudiantes el uso de materiales novedosos y auténticos, así como el obtener respuestas inmediatas en los ejercicios, actividades y pruebas realizadas mediante la computadora, todos estos factores influyen en el cambio de actitud del estudiante con respecto al aprendizaje de la gramática y la escritura a través de éste medio.

Sobre la enseñanza de la pronunciación mediada por el ordenador (en inglés CAPT)

habría que decir que todavía presenta algunas dificultades. Primero, los sistemas CAPT no corresponden a lo que la teoría sugiere acerca de los principios más efectivos en la enseñanza. Muchos de los programas en este campo no tienen una base teórica. Segundo, las aplicaciones CAPT no proveen a los usuarios un diagnóstico automático y correcto de errores, ni una retroalimentación adecuada y correcta. Esta dificultad existe debido a la gran variedad de errores que cometen los aprendices. Muchas veces los errores son características propias de cada individuo y esta variación resulta difícil de medir. Otro problema es que los profesores simplemente no tienen el entrenamiento en la enseñanza de la pronunciación o en el uso de la tecnología.

Para la adquisición de cualquier habilidad lingüística, el insumo significativo es sumamente necesario. En el caso de la pronunciación, hay que proveer varios modelos de pronunciación e instrucción en la articulación de los sonidos (Levis⁴³, 2007). Este insumo debe ser relacionado al contenido de la clase. Es ideal que incluya modelos que sean mujeres, hombres y de

⁴²Murray, L., & Hourigan, T. (2005). Using micropublishing to facilitate writing in the foreign language. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 149-179). San Marcos, TX: CALICO.

⁴³ Levis, J. (2007). Computer technology in teaching and researching pronunciation. *Annual Review of Applied Linguistics*, 27, 184-202.

diferentes variaciones dialectales del idioma. Luego, los aprendices requieren práctica orientada en la regla y materiales reales. Los programas necesitan ofrecer unos entrenamientos en los puntos de articulación. Materiales o grabaciones reales serían las que sirvieran como modelos de nativo hablantes. La retroalimentación es un recurso que ayuda en el procesamiento del insumo. Ésta debe ser inmediata y útil. Además, ha de pertenecer a los aspectos fonológicos que tienen más efecto en la inteligibilidad del mensaje. Antes la norma era querer sonar igual a un nativo hablante pero ahora la meta es que el mensaje sea comprensible (Levis, 2007). Es importante que las aplicaciones en el ordenador tomen en cuenta los objetivos pedagógicos. Otra consideración de sentido común es seguir un diseño de ejercicios que sigan de los más simples a los más complejos. Los sistemas diseñados para la enseñanza de la pronunciación pueden conectarla con otras destrezas o habilidades comunicativas. Por ejemplo, podrían incluir una lectura en voz alta o una tarea que promueve la comunicación. Todos los componentes de una lengua son conectados entonces la pronunciación no tiene que ser aislada. Una técnica muy útil es hacer comparaciones con la primera lengua. Los programas deben destacar a los estudiantes cómo su sistema de sonidos difiere del sistema de la lengua meta. Para este fin, hay que saber cuáles son los sonidos problemáticos para el grupo de estudiantes en cuestión. Por ejemplo, no hay diferencia entre la r y la l para los hablantes de japonés pero no es el caso para los hablantes de francés (Levis, 2007). El último principio a seguir en el diseño de materiales y aplicaciones CAPT es ofrecer un diagnóstico que incluya elementos de percepción en los cuales se discrimine entre los sonidos problemáticos, y elementos de producción.

A pesar de las dificultades, hay muchísimas ventajas del uso del ordenador en la enseñanza de la pronunciación. Primero, CAPT mejora la precisión en la pronunciación porque es consistente y deja la práctica extensa. También puede ayudar en la transferencia de lo aprendido a otros contextos. Tercero, mejora a la pronunciación a largo plazo. Otra ventaja excepcional es que provee retroalimentación visual.

Esta información visual falta en el aula. Otro principio de mayor importancia, la instrucción individualizada, puede lograr fácilmente en el ordenador porque hay más interacción, al contrario de la instrucción de un maestro dirigida a veinticinco estudiantes a la vez. La posibilidad de ofrecer tiempo de instrucción adicional es muy benéfica. La pronunciación requiere trabajo y nunca hay tiempo suficiente para cubrir todo en la clase tradicional. Otra ventaja innegable es que la instrucción con CAPT es consistente en las explicaciones y las

articulaciones. Como seres humanos fallamos y la inconsistencia sólo confunde más a los novatos. Tampoco el instructor no puede proveer la variedad de modelos de voces que ofrecen las aplicaciones CAPT. Por el ordenador, los estudiantes pueden escuchar las voces de diferentes dialectos.

En un estudio de Lord⁴⁴ (2008), los estudiantes trabajaron en grupos. Había interacción entre el usuario y el ordenador y colaboración entre los miembros del grupo. Según Lord, este aspecto social del aprendizaje provoca la motivación y el interés de los estudiantes. Los mensajes de voz, probados por Kiss⁴⁵ (2004), es una idea ingeniosa. Se puede usar su propio contestador automático para administrar exámenes de la producción oral. Con este formato menos rígido, los estudiantes pueden grabar a cualquier hora y estar más relajados. Otra ventaja de los mensajes de voz es que la posibilidad de medir la habilidad regularmente sin perder tiempo en la clase. Si no quiere utilizar su propio contestador, hay varias herramientas en línea donde los estudiantes pueden grabarse para que el profesor les escuche. Además, se puede llevar a cabo entrevistas virtual en línea. Este recurso tecnológico es muy útil para los estudiantes que desean comunicarse en la segunda lengua. Pueden estar relajados en este ambiente y mejorar la fluidez, pero no es algo que trabaja la precisión o la articulación. También, las conferencias audiográficas facilitan la comunicación en línea. En su estudio, Rosell-Aguilar⁴⁶ (2005) encontró varios problemas tales como la falta de participación de los miembros, la pérdida de conexiones y otros problemas tecnológicos, la falta de lenguaje corporal (expresiones y movimientos) y cómo incorporar todo el material. Sin embargo, los estudiantes pudieron hacer presentaciones, juegos de roles, debates y narraron historias a través de las conferencias audiográficas. Para la habilidad pragmática, hay la opción de crear un ambiente virtual para varios usuarios. Con el uso de árboles o mapas basados en el habla de nativo hablantes, los usuarios pueden utilizar pistas para completar una producción en contexto. Interactúan con los personajes en el ordenador dentro de una situación de la vida real y pueden comunicar con otros miembros. Todos estos recursos promueven las habilidades orales porque son divertidos y los estudiantes tienen más tiempo practicar sin mucha presión.

⁴⁴ Lord, G. (2008). Podcasting communities and second language pronunciation. *Foreign Language Annals*, 41, 364-379.

⁴⁵ Kiss, M. (2004). Idea: Using voice-mail to test and extend oral practice. *Hispania*, 87(1), 141-142.

⁴⁶ Rosell-Aguilar, F. (2005). Task design for audiographic conferencing: Promoting beginner oral interaction in distance language learning. *Computer-assisted Language Learning*, 18(5), 417-442.

La ELAO y el desarrollo de la comprensión oral: Históricamente las actividades de la comprensión oral en el aula del segundo idioma se aplicaban en forma de casetes donde los estudiantes tenían que escuchar y procesar un texto sin acceso a traducciones, visuales ni otras formas del insumo. Por ejemplo, no tuvieron la habilidad de repetir ciertas palabras ni obtener sinónimos o escuchar el uso de las palabras en otros contextos. Con la oleada de la tecnología disponible a los instructores del segundo idioma, tenemos que pensar en cómo podemos aplicar la ELAO a las destrezas específicas que necesitamos enseñar. ¿Cuáles son las ventajas el utilizar la ELAO que no existían con los métodos tradicionales en el aula? ¿Cómo promueve la adquisición la aplicación de la ELAO? A través de un resumen de varias investigaciones usando la para enseñar y practicar la comprensión oral y la competencia cultural, artículos y discusiones en clase, podemos entender cuán utiliza es la ELAO en la enseñanza del segundo idioma.

Según Jones (2006)⁴⁷, el uso de la ELAO para enseñar la comprensión oral es más de simplemente utilizar los procesos de recibir, procesar y asignar el significado. ELAO involucra el uso del conocimiento previo y los procesos cognoscitivos y lingüísticos. Además, ELAO provee acceso a información basada en el texto y visuales. En este sentido, los estudiantes pueden controlar el ritmo de la actividad en línea y pueden recibir más insumo en la forma de visuales, y acceso al texto. Con la ELAO, los estudiantes pueden obtener o diseñar el conocimiento previo con pre-actividades como los organizadores avanzados. Después, mientras que los estudiantes escuchan el texto, pueden utilizar “hiper-enlaces” que traducen palabras claves en la forma escrita o con ilustraciones. El resultado es más control sobre su propio aprendizaje. Por actividades pueden incluir el juego de roles para sintetizar la información aprendido. Jones también habla del “*dual coding theory*”, que dice que el aprendizaje es más efectivo cuando información verbal conlleva con información visual a la vez (Jones, 2006). Las ventajas al utilizar ELAO en la comprensión oral incluyen la habilidad de aumentar el aprendizaje del vocabulario con las anotaciones. Al trabajar en parejas promueve la negociación de significado durante la terminación de la actividad. La ELAO también asiste en las distinciones entre estudiantes. Por ejemplo, las anotaciones, con el texto o las ilustraciones, reduce la carga cognitiva requerida para cumplir la actividad oral. El uso de la ELAO puede aumentar la actitud del estudiante hacia la actividad y, por eso, aumentar la

⁴⁷ Jones, L. C. (2006). Listening comprehension in multimedia environments. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 99-125). San Marcos, TX: CALICO.

comprensión del insumo y bajar el filtro afectivo. La retroalimentación que provee la ELAO puede aumentar la exactitud de la comprensión también.

Hay varias maneras en que el uso de la ELAO refleja la aplicación de las teorías de aprendizaje. La habilidad de mantener más control, por la parte del estudiante, sobre su propio aprendizaje muestra la aplicación de las teorías del cognitivismo y constructivismo. Bajo cognitivismo, según Luke⁴⁸ (2006), los estudiantes participan en el proceso del insumo. Se define el aprendizaje como la reorganización de campos cognitivos. Es decir que los estudiantes son activos en el proceso del aprendizaje. En este sentido, la ELAO provee a los aprendices varias maneras en las cuales pueden tener interacciones con el insumo y procesar la información. Este control sobre el ritmo es un ejemplo donde los estudiantes pueden ser miembros activos en su propio aprendizaje. La teoría de constructivismo es basada en la necesidad de la participación activa por parte del estudiante. Además, la teoría reconoce que el aprendizaje es inherentemente social. Es decir que la interacción entre los estudiantes es necesaria en el proceso del aprendizaje. Esta teoría se centra en el estudiante. Bajo esta teoría, el ordenador es la herramienta que provee a los estudiantes la oportunidad de construir su propio conocimiento. El uso de hiper-texto y los organizadores avanzados son ejemplos de la aplicación de esta teoría en la enseñanza de la comprensión oral con la ELAO. Finalmente, la teoría interactivista se representa en el uso de la ELAO puesto que los estudiantes interactúan con la tecnología para hacer el insumo más comprensible. Según Jones (2006), esta teoría combina el valor del insumo comprensible con la interacción y la producción esforzada. La tecnología promueve, por parte de los estudiantes, el control sobre el ritmo del aprendizaje, el procesamiento del insumo, la información oral y visual, para construir su propio significado.

Para emplear ELAO en el desarrollo de la comprensión oral hay que seguir ciertas etapas. Primero, hay que planear la implementación de la ELAO en actividades de la comprensión oral cuidadosamente como todos las demás. Hay que subrayar las metas y objetivos de la actividad y tener pre-actividades, tareas mientras escuchan el texto y pos-actividades. Las pre-actividades pueden incluir los organizadores avanzados para activar el conocimiento previo. Con el conocimiento previo, los estudiantes pueden extraer más información del insumo

⁴⁸ Luke, C. (2006). *Situating CALL in the broader methodological context of foreign language teaching and learning: promises and possibilities*. En L. Ducate and N. Arnold, (Eds.), *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching* (pp. 21-41). San Marcos, TX: CALICO.

durante la actividad. Un ejemplo de los organizadores avanzados es un esbozo que les provee un esquema a los estudiantes sobre lo que van a aprender. Este esbozo puede incluir la presentación de un problema, el proceso de resolver el problema y las conclusiones. Los estudiantes rellenan el esbozo con la información de una discusión. Otros ejemplos de los organizadores avanzados son cuestionarios para activar el conocimiento previo, enseñar de palabras claves o el uso de las fotos para promover el pensamiento en el tema del texto. La ELAO provee la habilidad de presentar el texto de manera multimodal con híper-enlaces y visuales. La próxima etapa involucra actividades para completar mientras escuchan el texto. Una actividad donde los estudiantes tienen que rellenar los espacios según el texto es un ejemplo de esta etapa. Quizás los estudiantes tengan que ordenar unas fotos basadas en el texto o enfocarse en los puntos claves con preguntas que dirigirían la atención durante la actividad. Finalmente, los estudiantes necesitan cumplir un pos-actividad para asegurar la comprensión. Una discusión, un juego de roles, presentaciones y debates son ejemplos de estos pos-actividades.

Hay varias investigaciones con la aplicación de **ELAO en las actividades de la comprensión oral**. Un artículo por Jones⁴⁹ (2003) midió los efectos de las anotaciones de multimedia, verbal y visual, en la habilidad de construir el significado y adquirir el vocabulario en las actividades de la comprensión oral usando ELAO. También, midió las actitudes estudiantiles hacia la actividad y las anotaciones. Los resultados nos demuestran que el tratamiento sin anotaciones requirió que los estudiantes reconocieron el vocabulario y solo pudieron repetir ciertas palabras. Esta actividad reflejó un bajo nivel de la comprensión, mucha frustración estudiantil y menos motivación para completar la actividad. El tratamiento con anotaciones verbales los ayudaron con la comprensión y promovió su propio estilo del procesamiento. Por ejemplo, después de recibir la traducción de una palabra, los estudiantes pudieron evaluar la palabra, ponerla en otros contextos o re-escuchar el texto y reprocesar el insumo. Sin embargo, las traducciones requirieron un bajo nivel del procesamiento y, por eso, un bajo nivel de retención del vocabulario resultó. El tratamiento con las anotaciones visuales solicitaron un nivel del procesamiento más profundo del insumo dado que los estudiantes tuvieron que hacer las conexiones entre la foto y el significado de la palabra. Trascendió en un nivel más alto de la retención que el grupo con solo las anotaciones verbales. El último

⁴⁹ Jones, L. C. (2003). Supporting listening comprehension and vocabulary acquisition with multimedia annotations: The students' voice. *CALICO Journal*, 21, 41-65.

tratamiento que involucró las anotaciones verbales y visuales contribuyó a un nivel alto de la comprensión del texto y la adquisición del vocabulario. Jones nos explica que los estudiantes tuvieron dos representaciones mentales, una con las fotos y la otra con las traducciones. Había una reacción positiva estudiantil porque podían escoger el tipo de anotación basada en su propio estilo de aprendizaje y procesamiento. Representó una actividad más interactiva, con la negociación del significado que simuló una conversación en la vida real. Robin⁵⁰ (2007), habla de las ventajas y desventajas al usar la tecnología para diseñar la destreza de la comprensión oral. Aunque la ELAO no tiene capaz de evaluar el insumo del aprendizaje, ni proveer la retroalimentación ni una alta cantidad de interacción, según Robin, hay muchas ventajas. Por ejemplo, la ELAO sí promueve un estudiante independiente y le provee recursos de audio y video más auténticos que antes. Además, aunque estos recursos pueden ser tan rápidos en cuanto al ritmo del habla, la ELAO les provee la habilidad de repetir palabras o frases claves del texto o escucharlas más despacio. También, la tecnología puede incluir hiper-enlaces a las anotaciones visuales, subtítulos, programas de traducción e interacciones con los nativos hablantes.

4. ELAO Y LA ADQUISICIÓN DE LA COMPETENCIA CULTURAL

Se entiende la adquisición de competencia cultural como la enseñanza de la cultura como la comprensión de la relación entre las prácticas y las perspectivas y los productos y las perspectivas de la cultura meta. Los productos incluyen la comida, la música y los bailes de la cultura por ejemplo aunque en el caso que nos atañe, en el marco de la asistencia sanitaria, habría que ir mucho más lejos. La adecuada comunicación entre el personal sanitario y el usuario es una de las claves para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. Las habilidades técnicas son inútiles si no hay una buena comunicación. Sin embargo, no se suele hacer especial hincapié en la importancia de la comunicación en la formación de los profesionales. Esto lleva a que los profesionales sanitarios la fundamenten más en experiencias personales que en un conocimiento formalizado.

Esta manera de funcionar puede resultar más o menos eficaz con pacientes pertenecientes a la misma cultura, aunque no son pocas las quejas referidas a los problemas de comunicación

⁵⁰ Robin, R. (2007). *Commentary: Learner-based listening and technological authenticity. Language Learning & Technology, 11(1), 109-115.*

incluso entre pacientes autóctonos. Ahora bien, si el paciente y el profesional sanitario provienen de contextos culturales diferentes, la posible aparición de problemas en la comunicación y en la relación asistencial se multiplica.

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

La cultura puede ser entendida como un filtro interpretativo que le da sentido a nuestro mundo. Cuestiones básicas relacionadas con el significado de la vida, con la manera de relacionarse con los demás, con la forma de comportarse, con las expectativas vitales, etc., están muy influidas por los valores culturales. Estas diferencias pueden afectar a la comunicación si los participantes en la misma no son conscientes de ellas y esperan que el otro actúe de una manera consistente con la suya, como suele suceder cuando no hay grandes diferencias culturales. Pero cuando el paciente no comparte ni los valores culturales del personal sanitario ni los valores de la medicina occidental, pueden presentarse importantes problemas en la relación asistencial y la comunicación. Si, por ejemplo, el paciente considera que sus problemas médicos son fruto de la voluntad de Dios, por lo que su solución está fuera de su control, mientras que el profesional sanitario tiene otra interpretación, sin conciencia de que estas diferencias son culturales tanto en el uno como en el otro, la comunicación se va a resentir porque no estarán hablando de lo mismo. Además, es posible que el profesional sanitario piense que el paciente es incapaz, de alguna manera, de entender adecuadamente lo que le sucede (por su manera de entender el problema), mientras que el paciente no se va a sentir respetado ni entendido por el profesional sanitario.

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

diferentes. De eso puede resultar que ambas partes piensen que el otro no les entiende ni respeta

Los estilos de la comunicación tienen que ver con *cómo* una persona se expresa. El tono de voz, la expresividad, o la manera de desarrollar una conversación están muy influidos por la cultura. En algunas culturas, por ejemplo, se hace una pequeña charla introductoria que sirve para establecer un primer contacto social, antes de entrar en el objetivo o tarea de la comunicación. En otras culturas, por el contrario, se trata el tema en cuestión sin preámbulos ni formalidades. Se estima que hasta el 70% de la comunicación es no verbal, o mejor dicho, extra verbal. El tono de voz, la mirada, el lenguaje corporal, etc., comunican mucho, y normalmente su interpretación es automática y se realiza sin grandes problemas, precisamente porque son compartidas; aunque no siempre es así. Si la evitación del contacto ocular, por ejemplo, es una muestra de respeto en una cultura y de vergüenza en otra, las posibilidades de una comunicación ineficaz serán evidentemente altas.

Cabe destacar que, normalmente, interpretamos el lenguaje extra verbal automáticamente, sin ser conscientes de ello. Incluso cuando nos damos cuenta de este proceso creemos estar más o menos seguros de lo que significan los diferentes elementos. Así, en la cultura occidental, si la persona habla en voz alta, significa que está excitada o irritada, si se acerca al otro mucho, significa que pretende intimidar, si afirma o niega algo sin mirar al otro a los ojos, está mintiendo, etc. Parece obvio pero, sin embargo, sabemos que no siempre es así, y que muchas veces la comunicación fracasa porque los mismos elementos son interpretados de manera muy diferente. Cada participante piensa, o está convencido, de que tiene razón, así que no hay posibilidad para la comunicación porque las claves utilizadas para descifrar dicha comunicación son esencialmente diferentes. Si a esto se añaden las posibles diferencias en la expresión y decodificación de las emociones, tenemos una base más que suficiente para una comunicación ineficaz. El contexto, los contenidos, la manera, y los códigos son diferentes. Si el profesional sanitario no está capacitado para manejarse en la comunicación intercultural la probabilidad de que la asistencia sea eficaz es bajísima.

La meta principal es que los estudiantes entiendan que la cultura tiene un impacto en todos los lugares de la vida. Así que, al aprender un segundo idioma inherentemente involucra el aprendizaje de la cultura. Además, es importante que los estudiantes comprendan su propia cultura y son capaces de sacar conclusiones sobre las semejanzas y diferencias entre las dos.

Al final se trata de que, aprendiendo los rasgos culturales de los pacientes, sea más fácil la relación asistencial. El objetivo es conectar, vincular, sin necesidad de que llegue a existir un conflicto, sino simplemente favorecer la comunicación entre dos partes.

Las ventajas al emplear la ELAO en la enseñanza de la cultura son muchas. Primero, la ELAO provee acceso a los materiales auténticos (Dubreil⁵¹, 2006). Además provee un discurso oral con visuales y motiva a los estudiantes con este estímulo. La ELAO provee la oportunidad de mover desde un ambiente centrado en el instructor hacia un ambiente centrado en el estudiante en cuanto a la cultura. Esto es importante dado la necesidad de interactuar con la cultura para aprenderla bajo la nueva definición (Dubreil, 2006). Otra razón para explotar ELAO en la enseñanza de la cultura es que permite acceso instantáneo a imágenes y nativo hablantes. Mientras que no es tan factible viajar a otros países para interactuar con los nativos hablantes, ELAO les permite los aprendices acceso a los nativos hablantes y su cultura sin salir de su propia ciudad. Esta habilidad refleja la teoría socio-lingüística. Además, la ELAO transmite la cultura contemporánea y auténtica en una manera viva y comunicativa (Dubreil, 2006). Con esta tecnología, los estudiantes tienen acceso a claves contextualizadas como el escenario y visuales, las variaciones lingüísticas como los acentos y los registros, y las claves lingüísticas como los gestos (Dubreil, 2006). Esta tecnología promueve el aprendizaje fundada en la investigación. Por ejemplo, los estudiantes pueden investigar respuestas a sus propias preguntas culturales. Después, pueden presentar sus conclusiones en común.

Las teorías reflejadas en el uso de la ELAO para la construcción del conocimiento cultural son las de constructivismo y sociocultural. El constructivismo se basa en la necesidad de la participación activa del estudiante (Luke, 2006). Al mismo tiempo, la teoría reconoce que el aprendizaje es inherentemente social. Es decir que la interacción entre los estudiantes es necesaria en el proceso del aprendizaje. Esta teoría es centrada en el estudiante. Por lo tanto, el ordenador es la herramienta que les provee a los estudiantes la oportunidad de construir su propio conocimiento. La obra de Dubreil (2006), se trata del constructivismo de Vygotsky⁵². Según esta teoría, el aprendizaje y el desarrollo de la competencia cultural ocurren a través de una mezcla de las influencias culturales incluyendo artefactos culturales y el lenguaje. La otra

⁵¹ Dubreil, S. (2006). Gaining perspective on culture through CALL. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 237-268). San Marcos, TX: CALICO.

⁵² <http://www.educar.org/articulos/Vygotsky.asp>

teoría, sociocultural, implica que el aprendizaje ocurre a través de interacciones sociales en lugar del trabajo individual (Levy & Stockwell⁵³, 2006). La tecnología, entonces, es una herramienta cognitiva que puede ayudar a los estudiantes procesar y adquirir el insumo a través de las actividades sociales. Por ejemplo, los recursos de la ELAO pueden simular una interacción auténtica en la vida real.

Los vídeos, como episodios, programas de televisión, anuncios, o las noticias, son una herramienta en la cual se puede aplicar ELAO al aprendizaje de la cultura. Con los vídeos, se puede presentar información cultural que es auténtica y cuadra con el contenido del curso. Del mismo modo, los videos promueven los estudiantes a construir y expresar su propio significado en el proceso del aprendizaje (Dubreil, 2006). Es decir que los estudiantes están activos en no solo la construcción del significado sino en las comparaciones entre su propia cultura y la de la cultura meta (Dubreil 2006). Internet, con su habilidad de combinar el texto, el habla, las imágenes, los vídeos y el sonido, es también un recurso eficaz en el aprendizaje de la cultura. Además, se puede aplicar Internet en el aula o fuera, a modo de presentación. Finalmente, el mundo virtual es otro modo de transmitir información cultural utilizando la tecnología. En este contexto, se puede construir un ambiente culturalmente auténtico en lo cual el estudiante puede aprender el lenguaje y la cultura a la vez.

También hay varios estudios que se tratan del aprendizaje de la cultura. El trabajo de Binkley⁵⁴ (2004), por ejemplo, trata sobre la eficacia de los vídeos cortos de nativo hablantes hablando de varios temas que reflejan el contenido del currículo. La investigación incluye la medición de los efectos de gestos, expresiones del rostro y del cuerpo en la comprensión auditiva. Binkley dice que hay más ventajas en los textos con vídeo que los textos con audio porque los estudiantes también pueden sacar el significado del mensaje por las expresiones no-verbales. Para facilitar el desarrollo del conocimiento, los profesores diseñaron materiales suplementarios, por ejemplo las preguntas de comprensión, los glosarios y preguntas pos-actividad, para asistir en la comprensión. Algunos problemas con este proyecto fueron

⁵³ Levy, M., & Stockwell, G. (2006). *CALL dimensions: Options and issues in computer-assisted language learning*. Capítulo 5: Theory. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

⁵⁴ Binkley, Susan Carpenter. "Using Digital Video of Native Speakers to Enhance Listening Comprehension and Cultural Competence." *The Heinle Professional Series in Language Instruction: Teaching with Technology*. Eds. Lara Lomicka, Jessamine Cooke-Plagwitz. Boston: Heinle Publishing, 2004.

relacionados con la calidad de los vídeos grabados por novatos, la falta de variedad de gestos frente a la cámara, y que, a veces, los actores no actuaron de forma natural. No obstante, en la mayoría de los videos, los estudiantes pudieron utilizar el insumo de los gestos en el desarrollo del conocimiento y algunos videos fueron apropiados para niveles más avanzados.

En el estudio de Zeiss & Isabelli-Gracia⁵⁵, se mide la eficacia del ordenador como medio de comunicación para motivar a los estudiantes estudiar en el extranjero y aprender otras culturas. En este estudio, los estudiantes universitarios de los Estados Unidos interactuaron con los estudiantes universitarios en México. Basada en los resultados, los estudiantes disfrutaron el aprendizaje de la cultura y estuvieron más motivados para aprender sobre los países y las culturas extranjeras.

5. CONCLUSIONES

Dados los cambios sociales de los últimos años y el aumento de la población inmigrante tan variopinta, se ha hecho evidente que en instituciones como los servicios de salud, el tema de la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud es se ha convertido en una prioridad por motivos de salud pública, justicia social, y los derechos de los usuarios de ser atendidos en su idioma (de una forma u otra) y respetando su características culturales.

Se ha hecho evidente que el personal sanitario carece del conocimiento de idiomas y aspectos culturales de sus pacientes y esto puede ser arriesgado para los pacientes y hace difícil el trabajo a los profesionales de la salud. Por lo tanto es necesario que existan servicios lingüístico-culturales que faciliten el trabajo de los profesionales de la salud y que los grupos de personas inmigrantes pueden tener mejor acceso al mantenimiento de su salud. Se propone que se publique material multilingüe de información y educación sanitaria; que el personal sanitario adquiera conocimiento lingüístico (al menos) de inglés, no sólo con vistas a la atención de pacientes anglohablantes, sino porque el inglés es el idioma de la mayoría de la publicaciones científicas y como lengua franca y que el personal sanitario pueda adquirir conocimiento sobre las culturas de los inmigrantes que más abundan en sus localidades.

⁵⁵ Zeiss, E., & Isabelli-Garca, C. (2005). The role of asynchronous computer-mediated communication on enhancing cultural awareness. *Computer-assisted Language Learning*, 18(3), 151-169. <http://www.actfl.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3392>

Habría que decir que el material multilingüe de información y educación destinado a la población inmigrante, sea impreso como multimedia puede ser muy útil, por varias razones ya explicadas, pero no sustituyen la comunicación personal entre pacientes y sanitarios. Este material es sólo una pequeña parte de la gran tarea de la integración de las minorías. Y esta pequeña tarea es ya complicada y requiere intervención multidisciplinar, y compartir esfuerzos nacionales e internacionales.

Hay que destacar el papel de los mediadores culturales, ya que estos profesionales podrían aportar mucha información para producir material educativo para población inmigrante considerando sus aspectos culturales pero también sería importante su colaboración para producir material destinado al personal sanitario que esté adquiriendo conocimiento sobre las culturas de la población extranjera que se encuentran en los centros de salud. También habría que destacar el traductor médico-sanitario e institucional.

Habría que destacar que la educación a distancia/en línea o semipresencial sería muy conveniente para el personal sanitario dada la naturaleza de sus empleos.

En cuanto al idioma inglés. Es evidente que en el personal sanitario español existe un déficit en el conocimiento de este idioma. Conocer inglés proporcionaría a los profesionales de la salud habilidades y destrezas en el manejo del idioma inglés que les permitirían desenvolverse con una mayor eficacia en la comunicación con otros colegas de la salud (en un ambiente internacional), tendrían mayor acceso a información sanitaria relevante, sobre todo en publicaciones impresas, en Internet, congresos, etc. y pacientes extranjeros angloparlantes en contextos de su carrera y de su vida ordinaria. Cada vez van apareciendo más cursos especializados y recursos para el aprendizaje del inglés sanitario. No cabe duda que los cursos en línea/distancia pueden ser de gran ayuda para los sanitarios que estén en activo y quieran aprender o perfeccionar este idioma.

La perspectiva de los estudios concernientes a la ELAO y el desarrollo de la escritura y la competencia gramatical hacen pensar en lo positivo que resulta la implementación y uso del ordenador como instrumento de enseñanza de la gramática y la escritura de un segundo idioma. Sin embargo, debemos tener en cuenta que es un instrumento con el que contamos, que nos exige continuas investigaciones y entrenamientos a profesores y diseñadores de programas. También, hay evidencia del entusiasmo que despierta entre los estudiantes el uso

de materiales novedosos y auténticos, así como el obtener respuestas inmediatas en los ejercicios, actividades y pruebas realizadas mediante la computadora, todos estos factores influyen en el cambio de actitud del estudiante con respecto al aprendizaje de la gramática y la escritura a través de éste medio.

Cuando evaluamos la efectividad de ELAO en cuanto a la adquisición del vocabulario y la comprensión de lectura, tenemos que tomar en cuenta las teorías de aprendizaje que incorpora y su efectividad, la adquisición del vocabulario del idioma meta, comparar su efectividad con las formas tradicionales, y examinar los efectos que tienen las anotaciones en la comprensión de lectura. Todavía hay mucho para investigar debido a que la mayoría de los resultados de los estudios hechos no han sido congruentes.

Al usar la tecnología para actividades de la comprensión oral y la competencia cultural nos provee la oportunidad de simular, más que antes, las situaciones auténticas. Con ELAO, podemos minimizar el tamaño del mundo y maximizar el acceso a los recursos auténticos y los nativos hablantes. La tecnología abre la puerta para diseñar actividades que se acercan a las situaciones en la vida real. Por eso, podemos, como instructores, desarrollar actividades más eficaces al preparar los estudiantes para interacciones en las situaciones auténticas.

El profesor envuelto en la ELAO tiene que ser capaz de entrenar los aspectos en línea porque no se supone que los estudiantes conozcan las partes en línea de antemano. El profesor tiene que observar, colaborar, facilitar y guiar. Esto quiere decir que el profesor tiene que tomar un papel activo en el aprendizaje. —Se construye el contenido, se promueve el uso de estrategias metacognitivas y la negociación social de significado. Al pensar en estos puntos es importante reconocer que hay unas cosas que hay que considerar como la disponibilidad de recursos y hayan componentes tecnológicos disponibles. Las herramientas necesarias para llevar a cabo una clase dónde se use el ordenador son bastante diferentes a las clases presenciales. Hay que proveer actividades sincrónicas si las actividades de multimedia solamente proveen lo asincrónico. Para lograr esto a veces hay que planear de antemano encuentros en línea. También hay que considerar la variedad y complejidad de las actividades para que los estudiantes no pierdan interés.

Hay que considerar los siguientes elementos:

1. Proveer oportunidades para colaboración

2. Proveer el contenido que quiere que aprendan (el temario, lecciones etc.) en todos tipos de multimedia
3. Proveer apoyo para los estudiantes
4. Entender todos los tipos de tecnología que piensa utilizar
5. Proveer retroalimentación y oportunidades para auto evaluación.

También es necesario que:

1. La institución que imparte los cursos debe tener todos los recursos necesarios para llevar a cabo una clase de este tipo.
2. Cuáles herramientas de multimedia va a utilizar el profesor
3. Qué tipo de actividades en línea quiere hacer
4. En las discusiones en línea va a invitar a un invitado (experto)
5. Las actividades van a cumplir la complejidad del aprendizaje

- Los beneficios del uso del internet en clases son la mayor motivación de los estudiantes, más colaboración entre los alumnos, el control de la clase es más equilibrado.

- Las desventajas de clases en línea es la pérdida de interacción entre alumno/profesor. Las clases en línea requieren mucha ayuda técnica (los estudiantes y los profesores).

- Si se trata de cursos semipresenciales a menudo se ven más beneficios ya que los alumnos usan los ordenadores para aprender el contenido del curso, se comunican con el instructor sincrónicamente y asincrónicamente, y participan desde diferentes lugares.

Por último, destacar que aún queda mucho que investigar y avanzar en este campo que es relativamente nuevo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CIBERGRAFÍA

Abraham, L. (2007). Second language reading comprehension and vocabulary learning with multimedia. *Hispania*, 90 (1), 98-108.

Alameda, A., García, A. (2004) "La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común". Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. VIII Jornadas Científicas de la Fundación Index: Cuidados de Enfermería en una sociedad multicultural. Zaragoza, 6, 7 y 8 de Junio de 2003. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo 2004
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/Ponencia3.pdf \

Ariew, R., Ercetin, G., & Cooledge, S. (2008). Second language reading in hypertext environments. En F. Zhang & B. Barber (Eds.), *Handbook of research on computer-enhanced language acquisition and learning* (pp. 48-63). New York: Information Science Reference

Barr, D. (2008). Computer-enhanced grammar teaching. En F. Zhang & B. Barber (Eds.), *Handbook of research on computer-enhanced language acquisition*

Binkley, Susan Carpenter (2004). "Using Digital Video of Native Speakers to Enhance Listening Comprehension and Cultural Competence." *The Heinle Professional Series in Language Instruction: Teaching with Technology*. Eds. Lara Lomicka, Jessamine Cooke-Plagwitz. Boston: Heinle Publishing, 2004.

Canale, M. y M. Swain.(1980) Theoretical Bases of Communicative Approches to Second Language Teaching and Testing. *Applied Linguistics* 1/1:1-47, 1980. En Hornberger, N. Trámites and transportes. The Acquisition of Second Language Communicative Competence for One Speech Event in Puno. Perú: Oxford University Press, 1989. In *Applied Linguistics*, Vol. 10, Number 2.

Carbelo Baquero, B; Valero Garcés, C; Barroso Pérez, E; Lázaro, R (2007). "Interculturalidad y comunicación, un derecho en el cuidado de la salud". *Rev Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/039.php>

Collentine, J. (1998). Cognitive principles and CALL grammar instruction: A mind-centered, input approach. *CALICO Journal*, 15 (1-3).

Dubreil, S. (2006). Gaining perspective on culture through CALL. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 237-268). San Marcos, TX: CALICO.

Fiori, M. (2005). The development of grammatical competence through synchronous computer-mediated communication. *CALICO Journal*, 22(3).

Frankenberg-Garcia, A. (2005). Pedagogical uses of monolingual and parallel concordances. *ELT Journal*, 59 (3), 189-198.

Fuertes C. y Martín Laso M.A. (2006) "El inmigrante en la consulta de atención primaria". *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006 Vol. 29, Suplemento 1
<http://www.universaldocctor.com/gestor/imagenes/equTxt1.pdf>

Gallego Diéguez, J (2005) "Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración". Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
<http://www.fisterra.com/salud/auxiliar/MaterialesEducacionParalaSalud.pdf>

García Campayo J, González Broto C , Buil B, García Luengo M, Caballero Martínez L, Collazo F. (2006) "Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión". *Actas españolas de psiquiatría.* 2006 NOV;34(6)

http://www.stmeditores.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2006/06/111060603710376.pdf

Givaudan, M., Pick, S., De Venguer, M. T. T. and Ulises X. (2002) "Bridging the Communication Gap: Provider to Patient Written Communication Across Language and Cultural Barriers". *Hablamos Juntos*, funded by The Robert Wood Johnson Foundation.
http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/IMIFAP.Paper1.pdf

Hermosilla-Gago, T y Briones,E. (2004) Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla

Hwu, F. (2004). On the applicability of the Input-enhancement hypothesis and input processing theory in multimedia CALL: The case of Spanish preterite and imperfect instruction in an input application. *CALICO Journal*, 21(2).

Hymes, C. Competence and performance in linguistic theory. / C. Hymes. R. Huxley & E. Ingram (eds.), 1971, 78 p

Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón municipal 2006.

Jacobson, Holly E. (2001a) "La comunicación con pacientes hispanohablantes en Estados Unidos". *Panace@ Vol. 2, N.º 3. Marzo, 2001*

Jacobson, Holly E. (2001b) "Lo que crees que has dicho no es lo que creen que has dicho. Los efectos de los actos de habla en la comunicación transcultural". *Panace@ Vol. 2, n.o 6. Diciembre, 2001*

Jansà, J M. y García de Olalla, P.(2004) "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Agència de Salut Pública de Barcelona". Barcelona. España. *Gac Sanit 2004;18(Supl 1):207-13*

Jones, L. C. (2003). Supporting listening comprehension and vocabulary acquisition with multimedia annotations: The students' voice. *CALICO Journal*, 21, 41-65.

Jones, L. C. (2006). Listening comprehension in multimedia environments. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 99-125). San Marcos, TX: CALICO.

Kiss, M. (2004). Idea: Using voice-mail to test and extend oral practice. *Hispania*, 87(1), 141-142.

Lafford, B., Lafford, P., Sykes, J. (2007). Entre dicho y hecho ...: An Assessment of the Application of Research from Second Language Acquisition and Related Fields to the Creation of Spanish CALL Materials for Lexical Acquisition. *CALICO Journal*, 24 (3).

Leno González, D. (2006) "Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural". *Gazeta de Antropología*. Nº 22, 2006. Texto 22-32
http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html

Levis, J. (2007). Computer technology in teaching and researching pronunciation. *Annual Review of Applied Linguistics*, 27, 184-202.

Lord, G. (2008). Podcasting communities and second language pronunciation. *Foreign Language Annals*, 41, 364-379.

Luke, C. (2006). Situating CALL in the broader methodological context of foreign language teaching and learning: promises and possibilities. En L. Ducate and N. Arnold, (Eds.), *Calling*

on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching (pp. 21-41). San Marcos, TX: CALICO

Levy, M., & Stockwell, G. (2006). *CALL dimensions: Options and issues in computer-assisted language learning*. Capítulo 5: Theory. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Mayor Serrano, B.(2003 a) "Divulgación médica: una asignatura pendiente." *Panace@*. Vol. IV, n.o 11, marzo del 2003

Mayor Serrano, B. (2003 b) Elementos metacomunicativos en el artículo de divulgación médica (inglés-español) e implicaciones didácticas para la formación de traductores. *IBÉRICA 6 [2003]: 89-107* <http://www.aelfe.org/documents/text6-Mayor.pdf>

Mayor Serrano, B. (2005 a) "Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto «folleto de salud» e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos". *Panace@*. Vol. VI, n.o 20. Junio, 2005

Mayor Serrano, B.(2005 b) "Recomendaciones para la elaboración de folletos de salud". *Panace@*. Vol. VIII, n.o 25. Primer semestre, 2007

Moreno Preciado, Manuel (2004) "La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras". *Index Enferm. [online]. nov. 2005, vol.14, no.50 [citado 31 Agosto 2006], p.25-29*. Disponible en la World Wide Web: . ISSN 1132-1296. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000200005&script=sci_arttext

Murray, L., & Hourigan, T. (2005). Using micropublishing to facilitate writing in the foreign language. En L. Ducate and N. Arnold, (eds.). *Calling on CALL: From theory and research to new directions in foreign language teaching*, (pp. 149-179). San Marcos, TX: CALICO.

O'Donnell, M. Entwistle, V. (2003) *Producing information about health and health care interventions: a practical guide*. University of Aberdeen.

Rivera Castiñeira, Berta (2006). "Inmigración y Atención Sanitaria en España: Prioridades en Función de Nuevas Necesidades". Seminario de Madrid. SESAM. Madrid, 2006

Robin, R. (2007). Commentary: Learner-based listening and technological authenticity. *Language Learning & Technology*, 11(1), 109-115.

Rodríguez Fernández A A, Mediavilla Tris G, Iturralde Iriso J, Lekuona Irigoyen A, Giménez Basallote S (2009) "Paciente inmigrante: un problema de comunicación". *El médico interactivo*. Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009. <http://www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm>

Rosell-Aguilar, F. (2005). Task design for audiographic conferencing: Promoting beginner oral interaction in distance language learning. *Computer-assisted Language Learning*, 18(5), 417-442.

Rubio, F. (2004). On-line feedback in foreign language writing. En L. Lomicka & J. Cooke-Plagwitz (Eds.) *Teaching with technology* (pp. 9-18). Boston, MA: Thomson-Heinle.

Sales Salvador, D. (2005) "Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España". Grupo CRIT Departamento de Traducción y Comunicación Universidad Jaume I de Castellón. *Translation Journal Volume 9, No. 1 January 2005* <http://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm>

Savignon, S. 1983. *Communicative competence: Theory and Classroom Practice Reading, Mass: Addison. Wesley.*

Segarra, N., & Zapata, G. (2008). Computer-assisted instruction and L2 grammar accuracy. *Hispania*, 91(1), 93-109.

Tarrés Chamorro S. (2001) El Cuidado del Otro. Diversidad Cultural y Enfermería Transcultural. *Gazeta de Antropología*. Vol. 17. 2001. Pag. 1-9

Valero Garcés, C y Lázaro Gutiérrez, R (2006) “El cambio social español y las lenguas para fines específicos. Retos que plantea la elaboración de guías multilingües”. *Panace@*. Vol. VII, n.o 24. Diciembre, 2006 http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n24_resena-v.garces-et al.pdf

Zapata, G., & Sagarra, N. (2007). CALL on hold: The delayed benefits of an online workbook on L2 vocabulary learning. *Computer Assisted Language Learning*, 20 (2), 153 – 171.

Zeiss, E., & Isabelli-Garca, C. (2005). The role of asynchronous computer-mediated communication on enhancing cultural awareness. *Computer-assisted Language Learning*, 18(3), 151-169. <http://www.actfl.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3392>

http://www.diba.cat/diversitat/fitxers/23_Marc_Legal_CA_ES.pdf

<http://www.educar.org/articulos/Vygotsky.asp>

<http://nnlm.gov/outreach/consumer/multi.html>