

12-2014

## Interpretación comunitaria: El papel del intérprete médico. Expectativas de médicos e intérpretes.

Nathalie Seitz

*Southern Illinois University Carbondale*, [nathalie.seitz@hotmail.com](mailto:nathalie.seitz@hotmail.com)

Follow this and additional works at: [http://opensiuc.lib.siu.edu/gs\\_rp](http://opensiuc.lib.siu.edu/gs_rp)

---

### Recommended Citation

Seitz, Nathalie. "Interpretación comunitaria: El papel del intérprete médico. Expectativas de médicos e intérpretes.." (Dec 2014).

This Article is brought to you for free and open access by the Graduate School at OpenSIUC. It has been accepted for inclusion in Research Papers by an authorized administrator of OpenSIUC. For more information, please contact [opensiuc@lib.siu.edu](mailto:opensiuc@lib.siu.edu).

INTERPRETACIÓN COMUNITARIA: EL PAPEL DEL INTÉRPRETE MÉDICO.

EXPECTATIVAS DE MÉDICOS E INTÉRPRETES.

by

Nathalie Seitz

B.A., School of Applied Linguistics, 2012

A Research Paper

Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Master of Arts

Department of Languages, Cultures, and International Trade

in the Graduate School

Southern Illinois University Carbondale

December 2014

RESEARCH PAPER APPROVAL

INTERPRETACIÓN COMUNITARIA: EL PAPEL DEL INTÉRPRETE MÉDICO.  
EXPECTATIVAS DE MÉDICOS E INTÉRPRETES.

by

Nathalie Seitz

A Research Paper Submitted in Partial  
Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of  
Master of Arts  
in the field of Foreign Languages and Literatures

Approved by:

Lourdes Albuxech, Ph.D.

Graduate School

Southern Illinois University Carbondale

10/29/2014

## ÍNDICE

<u>SECCIÓN</u>	<u>PÁGINA</u>
ÍNDICE DE TABLAS .....	iii
ÍNDICE DE IMÁGENES .....	iv
SECCIONES	
1 – Introducción .....	1
2 – Interpretación comunitaria .....	3
2.1 ¿Qué es la interpretación comunitaria? .....	4
2.2 Diferencias entre la interpretación comunitaria y la interpretación de conferencias .....	6
2.3 Interpretar en el escenario médico .....	9
3 – Modelos acerca del papel del intérprete comunitario .....	10
3.1 <i>Direct y mediated approach</i> .....	11
3.2 Visibilidad.....	13
3.3 Modelo piramidal .....	15
3.3.1 <i>Conduit</i> .....	15
3.3.2 <i>Clarifier</i> .....	16
3.3.3 <i>Culture Broker</i> .....	16
3.3.4 <i>Advocate</i> .....	17
4 – Expectativas en relación al papel del intérprete médico .....	19
4.1 Resultados de estudios sobre la perspectiva de los médicos .....	21
4.1.1 Perspectiva de los médicos.....	26
4.2 Resultados de estudios sobre la perspectiva de los intérpretes médicos .....	27
4.2.1 Perspectiva de los intérpretes médicos .....	31
5 – Factores adicionales en la interpretación médica.....	37
5.1 Estrategias de adaptación .....	37
5.2 Posicionamiento del intérprete .....	39

6 Conclusiones.....	40
OBRAS CITADAS .....	46
VITA .....	51

## ÍNDICE DE TABLAS

<u>TABLA</u>	<u>PÁGINA</u>
Tabla 1 .....	9

## ÍNDICE DE IMÁGENES

<u>IMAGEN</u>	<u>PÁGINA</u>
Imagen 1 .....	15
Imagen 2 .....	39
Imagen 3 .....	43

## 1 Introducción

El creciente intercambio internacional y la movilidad que cruza fronteras entre países e idiomas ha contribuido a que se den más y más conversaciones con interlocutores que no comparten el mismo idioma. En los ámbitos médicos, sociales y educativos, los intérpretes comunitarios ayudan a las personas que no saben el idioma de la institución lo suficientemente bien para comunicarse en situaciones complejas o emocionalmente difíciles. A causa de la sociedad multicultural, la interpretación comunitaria ha superado la interpretación de conferencias y es hoy en día el tipo de interpretación más frecuente.

El papel del intérprete comunitario es complejo. Por un lado, tiene que establecer una base de confianza con y entre los participantes y, por otro lado, debe ser mediador lingüístico y cultural sin tomar partido a favor de nadie. Un comportamiento neutral del intérprete es, sin embargo, difícil porque el escenario específico de la interpretación comunitaria, contrario al de la interpretación de conferencias, se caracteriza por una cercanía espacial. Lo ideal es que los intérpretes posean, además de formación profesional, excelentes conocimientos de los idiomas y culturas involucrados, un conocimiento sólido del lenguaje de la medicina y, conocimientos sobre la institución. A pesar de la alta exigencia en cuanto a la precisión de la interpretación y las consecuencias graves de una interpretación errónea, se emplean frecuentemente, sobre todo en el ámbito médico, intérpretes no profesionales como, por ejemplo, personal bilingüe o parientes.

Existen varios trabajos que distinguen la interpretación comunitaria de otros tipos de interpretación. La gran importancia de la interpretación comunitaria en la investigación es destacada en las conferencias internacionales de Critical Link que se realizan cada tres años. Los trabajos más importantes de cada conferencia son publicados luego en unas actas. En la literatura se iluminan diferentes aspectos en relación al papel del intérprete médico: varios estudios investigan la autoevaluación de los intérpretes de sus funciones profesionales y las

exigencias por parte de los médicos.

En este trabajo de investigación quiero analizar justo esa imagen que los intérpretes tienen de su propio rol como también las expectativas de los médicos. Ya que las expectativas y exigencias de los interlocutores en una conversación entre médico y paciente divergen notablemente, se dibujará el papel del intérprete médico en relación a la perspectiva de los médicos y los intérpretes mismos. Como base se utilizarán varios estudios que se han hecho en relación al papel del intérprete para después extraer la perspectiva mayoritaria de cada grupo usando los conceptos del rol que se proponen en la literatura. Esa descripción o categorización según los conceptos elegidos (Hale, Angelelli y Niska) tiene el propósito de resaltar las similitudes y diferencias entre las dos perspectivas. En un último paso se hará una síntesis de las dos perspectivas para elaborar y proponer el perfil ideal de un intérprete médico.

Este trabajo aspira, en primer lugar, a dar una visión general de las expectativas existentes en relación al papel del intérprete comunitario en el escenario médico ya que la profesión del mismo está caracterizada por mucha irregularidad y subjetividad. No existen reglas consistentes en el ámbito que permitan exigencias generales en relación al papel del intérprete o que le sirvan como normas al intérprete para orientarse al cumplir su función. El perfil que se elaborará en este trabajo servirá como primera orientación a los intérpretes como también a las otras personas involucradas hasta que se establezcan reglas homogéneas. A causa de esa falta de organización y estandarización es muy frecuente que se emplee a intérpretes no profesionales para interpretar las conversaciones médicas a pesar de las consecuencias graves que una interpretación errónea lleva consigo. Por lo consiguiente, este trabajo servirá, en segundo lugar, para hacer hincapié en las expectativas divergentes que existen en relación al papel del intérprete y en la irregularidad existente en el campo de la interpretación comunitaria del escenario médico. Esto constituirá la base para demostrar la

gran necesidad de una estandarización, al menos a nivel nacional, y de establecer reglas en el ámbito médico de la interpretación comunitaria, aparte de los códigos éticos ya existentes. Este trabajo tiene la intención de demostrar que esta estandarización y reglamentación debe prescribir no solamente el cumplimiento del trabajo del intérprete médico sino también su formación profesional.

El presente trabajo comienza con una parte general que describe la interpretación comunitaria en el ámbito médico y resalta las diferencias entre esta y la interpretación de conferencias. En una segunda parte se presentan los diferentes conceptos existentes sobre los papeles del intérprete comunitario, para después usarlos en la tercera parte: los estudios sobre las expectativas de los médicos e intérpretes y el resumen que bosqueja la perspectiva mayoritaria de cada grupo en cuestión. También se presentan dos factores adicionales que influyen en una interpretación médica y que por lo tanto son esenciales al analizar el papel del intérprete: las estrategias de adaptación y el posicionamiento. En un último paso se hará la síntesis de las dos perspectivas elaboradas usando los conceptos y los factores adicionales para proponer un rol ideal.

## **2 Interpretación comunitaria**

Contrario a la interpretación de conferencias, la cual floreció durante la Primera Guerra Mundial, la interpretación comunitaria es un fenómeno de aparición mucho más reciente en el ámbito de la interpretación. Según Erich Prunč (266) y Franz Pöchhacker (*Dolmetschen* 18-23), la globalización intensa y los movimientos migratorios, como también una movilidad internacional más común en el siglo XX, resultaron en una sociedad multicultural. Así, nació la necesidad de interpretar en el ámbito de servicios públicos como instituciones médicas y sociales. Cecilia Wadensjö (48) explica que la interpretación comunitaria hoy en día ha llegado a ser el tipo de interpretación más practicado a nivel mundial: se originó como trabajo voluntario y se desarrolló hasta establecerse como

profesión. Sandra Beatriz Hale menciona que a pesar del uso universal, aún no existen normas profesionales ni uniformes en el ámbito de la interpretación comunitaria y también destaca la falta de requisitos oficialmente establecidos en cuanto a la formación de los intérpretes (26).

En los capítulos siguientes se definirá la interpretación comunitaria en base a literatura diversa. Debido a que la interpretación de conferencias goza de mayor reputación y es el tipo de interpretación que la mayoría de personas se imagina al escuchar “interpretación,” interesa aquí resaltar las diferencias más importantes que separan la interpretación comunitaria de la interpretación de conferencias. Además, se iluminarán las características de la interpretación en el escenario médico.

## **2.1 ¿Qué es la interpretación comunitaria?**

Después de revisar la literatura se nota que no hay acuerdo en cuanto a la definición ni la extensión del ámbito de la interpretación comunitaria. Ashley Marc Slapp resalta, además, que no hay consenso sobre los tipos de interpretación que el término de la interpretación comunitaria engloba. Explica que la interpretación comunitaria se usa a menudo como concepto general para la interpretación constitucional y la interpretación en escenarios médicos y sociales (13-4). Además, existen numerosas denominaciones o términos para la interpretación comunitaria: *Community Interpreting*, *Dialogue Interpreting* y *Liaison Interpreting* se usan según Cathérine Obermayer como sinónimos (59). Roda P. Roberts define la interpretación comunitaria como: “Type of interpreting done to assist those immigrants who are not native speakers of the language to gain full and equal access to statutory services (legal, health, education, local government, social services)” (cit. en Pöchhacker, *Dolmetschen* 37). De esta definición se puede concluir, según Pöchhacker (*Dolmetschen* 37), que Roberts ve la interpretación comunitaria como un servicio reglamentado por la ley y provisto a los migrantes por instituciones privadas y públicas.

El círculo de clientes está menos limitado en la definición que sugiere Slapp. Según él, la interpretación comunitaria puede definirse como el traspaso de conversaciones espontáneas entre personas y empleados profesionales de instituciones públicas en el ámbito médico y social en el país de acogida. Slapp especifica que los clientes abarcan a inmigrantes, trabajadores extranjeros, refugiados e incluso turistas (12). Con su definición abre el círculo de beneficiados por la interpretación comunitaria también a viajeros, ya sea por razones de negocios o simple turismo, que necesitan tratamiento médico o asistencia jurídica en un país donde no saben expresarse y hacerse entender con su propio idioma materno. Esta definición de Slapp parece ser más adecuada para la situación mundial de hoy en día que está marcada por la globalización y la movilidad internacional.

Según Slapp, la interpretación comunitaria no se trata simplemente de interpretar un idioma. Las tareas del intérprete comunitario van más allá: tiene que mediar, y si es necesario, explicar lenguaje profesional, diferencias culturales y problemas específicos (12). Ya que en una situación interpretada se encuentran culturas y sistemas de valores diferentes, los intérpretes comunitarios actúan, según Slapp, también como mediadores de cultura (20-1).

Wadensjö menciona algunas características que distinguen la interpretación comunitaria de otros tipos de interpretación. Según ella, la interpretación siempre se da en un encuentro directo o en una teleconferencia entre expertos y legos como servicio de una institución pública o estatal. Generalmente, se usa la interpretación consecutiva en forma bidireccional, o sea el intérprete se encarga de mediar los dos idiomas. Como la interpretación comunitaria ocurre en varios escenarios específicos (*settings*), se divide a menudo en diferentes subcategorías como interpretación médica, interpretación constitucional e interpretación educacional y social (49). Prunč añade que la preparación es difícil en el ámbito comunitario ya que normalmente no hay informaciones del caso en cuestión antes de llegar al escenario. A eso se suma la escasez de modelos de interacción

estandarizados (31-2). También cabe destacar una diferencia que se muestra en el proceso de comprensión: los intérpretes comunitarios tienen la oportunidad de hacer preguntas y solicitar más información del locutor si están confundidos.

## **2.2 Diferencias entre la interpretación comunitaria y la interpretación de conferencias**

Los dos tipos de interpretación, la comunitaria y la de conferencias, tienen el propósito de la mediación del idioma. Sin embargo, son fundamentalmente diferentes: los escenarios de empleo y el compendio de tareas son solamente dos de las varias diferencias.

Según Sylvia Kalina, las diferencias más relevantes entre los dos tipos se encuentran en el rol y el compendio de tareas del intérprete. Como he mencionado antes, la interpretación comunitaria ocurre entre expertos y legos, lo cual lleva a una situación jerárquica asimétrica entre los dos participantes. Kalina explica que esta desigualdad institucional es muchas veces la razón por la cual los intérpretes se sienten obligados a ir más allá de sus tareas verdaderas y su función real. En muchos casos, la distancia emocional entre intérprete y cliente no se puede mantener y el intérprete no consigue quedarse en su mero papel de mediador de información neutral. Esta forma típica de participación por parte del intérprete prácticamente no ocurre en la interpretación constitucional. Kalina explica, sin embargo, que la participación del intérprete también es una oportunidad para eliminar malentendidos y asimilar expectativas entre los participantes (166 y 172-73). Prunč es de la misma opinión y resalta que la intimidad de la interacción y la cercanía espacial le dan al intérprete numerosas oportunidades para influenciar la conversación tanto positiva como negativamente (32).

Kalina explica que el intérprete comunitario al formular el texto término también tiene que tener en cuenta las diferencias de conocimiento intercultural. Es importante convertir el texto original en una forma de discurso comprensible para el interlocutor. El intérprete comunitario, contrario al intérprete de conferencias, debe activar sus suposiciones acerca del

conocimiento del interlocutor mucho más (174-77). En una conferencia se reúnen generalmente personas del mismo ámbito profesional por lo cual se da una situación simétrica de conocimiento entre los interlocutores, contrario a la situación asimétrica jerárquica entre experto y lego en la interpretación comunitaria. Otro factor significativo de la interpretación comunitaria es, según Kalina, el papel que juega en esta la comunicación no verbal, que tiene que ver con los gestos y las expresiones faciales. Este lenguaje mímico le facilita la comprensión al intérprete. La comunicación no verbal puede, sin embargo, también ser usada intencionalmente por los interlocutores y en este caso el intérprete debe transmitirla y mediarla apropiadamente (174-77).

Hale destaca también que en el ámbito de la interpretación comunitaria, los interlocutores no serían capaces de comunicarse entre sí sin el intérprete. Debido a que hay escenarios especiales como pueden ser las salas de interrogación en la policía, los diferentes espacios jurídicos y las consultas médicas, la precisión juega un papel sumamente importante a la hora de interpretar. Como Hale explica, cualquier inexactitud puede tener consecuencias graves si no letales para la salud y la vida de los afectados. Por lo mencionado, el intérprete comunitario asume una mayor responsabilidad y su trabajo esconde peligros más serios que el del intérprete de conferencias (25-6 y 31-3).

También cabe mencionar las diferencias que se encuentran en cuanto a la reputación de los dos tipos de interpretación. Según Maryam Laura Moazedi, los intérpretes de conferencias son vistos como profesionales. Muchas veces tienen un efecto fascinante y mágico en profanos. Moazedi explica que los intérpretes de conferencias deben esta reputación por un lado a la gran importancia que tenían ya desde temprano en la ciencia de traducción y por otro lado a la presencia positiva en los medios de comunicación. Además, parece que el estatus de los clientes, a menudo personas importantes de la política y personalidades públicas, tiene un impacto directo en la reputación de sus intérpretes (69-74).

Los intérpretes comunitarios, sin embargo, representan frecuentemente minorías de un estatus social más bajo y, en consecuencia, como Moazedí explica, son percibidos más bien en el rol del buen samaritano. Muchas veces se les llama amateurs y no son tomados en serio. Entre las razones para estos problemas de estatus que Moazedí menciona, está la investigación en el campo de la ciencia de traducción. Apenas recientemente han empezado a tratar e investigar el fenómeno de la interpretación comunitaria. Y parece que el estatus de los clientes también en el caso de la interpretación comunitaria influye directamente el de los intérpretes. Según Moazedí, esta asociación es aún más evidente si los intérpretes mismos forman parte de una minoría (75-8). Prunč también comenta sobre casos en los cuales los intérpretes tenían que enfrentar actitudes y prejuicios racistas de los participantes de la conversación (35). Otras razones para el estatus inferior que Moazedí menciona son el gran número de intérpretes no formales que trabaja en el ámbito de la interpretación comunitaria como también el hecho que el idioma de los clientes y por lo tanto el idioma mediado es a menudo un idioma de minorías. Estas diferencias en cuanto a la reputación también repercuten en la remuneración de los intérpretes: aunque la demanda de intérpretes comunitarios es mucho mayor y su trabajo incluye una mayor responsabilidad, ganan hasta diez veces menos que sus colegas (73-8).

La tabla<sup>1</sup> que sigue resume algunas diferencias entre la interpretación de conferencias y la interpretación comunitaria según Hale (ver tabla 1) (32).

Tabla 1: Diferencias entre la interpretación de conferencias y la interpretación comunitaria		
	<b>Interpretación de conferencias</b>	<b>Interpretación comunitaria</b>
<b>Registro</b>	Generalmente formal, aunque registros informales son comunes en forma de modismos y bromas	Comprende desde registros muy formales hasta muy informales
<b>Dirección del idioma</b>	Sobre todo unidireccional	Bidireccional
<b>Proxémica</b>	Generalmente aislado en una cabina, lejos de los interlocutores	Cerca de los interlocutores, lo que permite más participación en la interacción
<b>Modo</b>	Generalmente simultáneo con la ayuda de equipo, consecutivo también se usa de vez en cuando	Pasajes breves consecutivos (diálogo), pasajes largos simultáneos (por susurro), traducción oral a libro abierto
<b>Consecuencia de interpretación imprecisa</b>	Mediana	Alta
<b>Nivel de precisión requerido</b>	Mediano	Alto
<b>Participantes</b>	Del mismo nivel profesional	Sobre todo de diferentes niveles profesionales
<b>Número de intérpretes</b>	Dos (trabajando en equipo)	Uno (trabajando solo)

### 2.3 Interpretar en el escenario médico

La interpretación en el escenario médico es una subcategoría de la interpretación comunitaria y ocurre según Marja Barkowski en diferentes ámbitos como por ejemplo en el hospital, al visitar un consultorio médico, en consultas en instituciones médico-sociales y en eventos relacionados con la salud (14).

Hale explica que se suele llamar a los intérpretes que trabajan en este ámbito muchas veces *medical interpreters* o *healthcare interpreters* (36). Según Raoua Allaoui, los intérpretes médicos son necesarios para superar barreras del idioma entre los interlocutores. Los diferentes niveles de educación y dominio del idioma de los participantes de la

<sup>1</sup> La traducción de la tabla es mía

conversación como también la asimetría en conocimientos médicos dificultan la interpretación (18-9). Slapp indica, además, que el intérprete comunitario tiene la tarea adicional de establecer la relación de confianza entre el empleado médico y el paciente que es necesaria para que se pueda dar una conversación (17-8).

A pesar de que un acto fallido en la interpretación médica puede tener consecuencias letales para los afectados, Barkowski destaca que no existe ningún reglamento inequívoco ni legal para la cualificación profesional ni la remuneración de intérpretes empleados en hospitales (30). Allaoui explica como, en muchos casos, los encargados recurren a intérpretes no capacitados como por ejemplo familiares que acompañan al paciente o personal bilingüe del hospital sin o con conocimiento médico. Allaoui aboga por emplear a intérpretes profesionales en el ámbito médico y menciona como argumento la cobertura legal de los médicos. Los médicos son responsables por ley de que los pacientes entiendan la conversación médica y tienen que responder si este criterio no se cumple a causa de una interpretación insatisfactoria. Por otro lado menciona un aspecto ético: el derecho del paciente de ser informado acerca de su estado de salud (18-9).

### **3 Modelos acerca del papel del intérprete comunitario**

Al buscar opiniones en cuanto al papel del intérprete comunitario, uno encuentra discusiones controvertidas. En el caso de la interpretación constitucional hay conformidad en la literatura. Según Hale, el reglamento legal requiere un intérprete que medie los enunciados fielmente y sin intervención parcial. En el escenario médico, sin embargo, donde la imparcialidad es menos evidente, difieren las opiniones acerca del rol ideal del intérprete (41).

Lihua Jiang explica que hoy en día se reconoce y acepta generalmente un rol activo del intérprete comunitario que aparte de solamente mediar la conversación también la maneja y coordina. Sin embargo, no hay conformidad sobre esa intervención adicional del intérprete

ni sobre las funciones adicionales que el intérprete asume al manejar y coordinar la conversación (44).

Dicotomías como visible en oposición a invisible, máquina en oposición a humano o involucrado en oposición a no involucrado aparecen a menudo en la discusión acerca del rol del intérprete comunitario. Según Hale, sin embargo, esas dicotomías no pueden explicar apropiadamente la complejidad del rol del intérprete. Es imposible que intérpretes actúen como máquinas ya que son humanos. Tampoco es posible que se mantengan invisibles y sin participar ya que forman una parte constituyente de la interacción tripartita (41).

### **3.1 *Direct y mediated approach***

Existen varios enfoques según los cuales los intérpretes pueden orientarse al momento de interpretar. Galina B. Bolden sugiere las dos categorías de *mediated interaction* y *directly interpreted interaction* para denominar los dos enfoques predominantes (391). Hale, refiriéndose a Bolden (“Toward Understanding”), habla de *direct y mediated approach* (41). En el *direct approach*, el intérprete actúa, en relación al espectro de máquina-humano, más hacia el lado de la máquina. El intérprete transmite cada enunciado y sirve en la conversación como una caja de transformación mientras “the doctor and the patient primarily address each other rather than the interpreter” (Bolden 391). Al otro lado, una conversación de médico-paciente también puede resultar en dos conversaciones entrelazadas, pero separadas según Bolden:

In this case, the interpreter acts as an independent participant in each interaction, mediating the conversation instead of directly translating what has been said. As a result, rather than communicating directly with each other, the doctor and the patient interact mainly with the interpreter (391).

Hale explica que el intérprete, al usar el *mediated approach*, no interpreta entre dos interlocutores, sino que media entre los dos decidiendo el intérprete mismo qué parte del

enunciado transmitir y qué parte omitir o añadir (42). Brad Davidson (“Questions”) denomina este rol portero (*gatekeeper*). En esta función, según Hale, el intérprete abrevia el enunciado original al omitir pasajes irrelevantes a su juicio o al resumir otros pasajes. El intérprete que elige el camino del *direct approach* deja esa decisión de qué resumir u omitir al locutor. Hale resalta que la metáfora de una máquina de traducción no corresponde al *direct approach*, sino que dejaría más bien las competencias complejas del intérprete comunitario escondidas. También explica que el *direct approach* no equivale a una traducción literal, la cual en muchas ocasiones no sería correcta. Igualmente en el caso del *direct approach* se trata más bien de una traducción conforme al sentido con la exigencia de provocar la misma reacción en el oyente como lo habría hecho el original (42-3).

Hale también explica que el intérprete al actuar según el *direct approach* no es invisible ni queda sin participar porque para una interpretación correcta tiene que estar involucrado en el complejo proceso de interpretación. La diferencia entre los dos enfoques se encuentra en el modo de la participación. Según Hale, el intérprete en el *mediated approach* participa de modo que él mismo decide qué parte del contenido de un enunciado transmitir. En el *direct approach*, el intérprete participa activamente al decidir cómo mejor interpretar el enunciado conforme al sentido (42-3).

Sobre las consecuencias de los dos enfoques hay poca información en la literatura. Pero según Hale, exactamente ese es el punto esencial si uno quiere satisfacer los intereses de los pacientes y cumplir los objetivos de los médicos. Hale resume la discusión sobre los dos enfoques y explica que los que están a favor del *direct approach* concuerdan en que la tarea del intérprete reside únicamente en traducir los enunciados de los interlocutores conforme al sentido para así facilitar una comunicación entre médico y paciente. La responsabilidad de una comunicación exitosa está por lo tanto en las manos del médico y el paciente. Hale aclara que al otro lado están las opiniones de los defensores del *mediated approach*: según la

opinión de ellos no es posible que una comunicación bilingüe transcurra como una comunicación monolingüe. Manifiestan que los intérpretes se convierten en pseudo-médicos porque mantienen una conversación con el paciente y otra con el médico durante toda la interpretación. Los que están a favor del *mediated approach* afirman, según Hale, que el médico ahorra tiempo valioso ya que el intérprete omite declaraciones irrelevantes del paciente. Los pacientes, al otro lado, reciben información importante si el médico se expresa brevemente y el intérprete decide añadir información (43).

Hale resalta que intérpretes o capacitados y voluntarios, frecuentes en el ámbito médico, interpretan a menudo según el *mediated approach* y así, no transmiten cada enunciado. Hale explica con varios ejemplos que tal intervención por parte del intérprete estorba la conversación entre médico y paciente: el médico y el paciente están excluidos del proceso de decisión ya que no escuchan lo que el otro dice sino solamente lo que el intérprete decide transmitir. Hale constata que según los defensores del *direct approach*, el conocimiento cultural y contextualizado se debe usar solamente para transmitir las declaraciones conforme al sentido y no para apoyar al paciente de idioma extranjero como *culture broker* (ver pág. 16). Es por eso que muchos abogan por neutralidad como una de las calidades necesarias de un intérprete médico. Si los intérpretes se identifican demasiado con uno de los interlocutores por falta de neutralidad, se convierten, según Hale, rápidamente en dirigentes de la conversación y transmiten su propia opinión en vez del enunciado original (44-6).

### **3.2 Visibilidad**

Otra aproximación al rol y las características de un intérprete es la que propone Claudia V. Angelelli (*Medical Interpreting*). Ella establece un espectro de visibilidad y asienta en él los diferentes intérpretes. Hale aclara que, según Angelelli, los intérpretes más visibles son los que ignoran la mayoría de las responsabilidades éticas corrientes (como por

ejemplo imparcialidad y precisión), mientras los menos visibles cumplen estrictamente con tales reglas y responsabilidades. Además, Hale resalta que el grado de visibilidad depende según Angelelli del contexto: los intérpretes de conferencias son los menos visibles, seguidos por los intérpretes constitucionales y los más visibles, los intérpretes en el escenario médico (48). Según Angelelli, en cualquier situación, los intérpretes son siempre co-participantes visibles que también influyen la conversación (“Role of the Interpreter” 150). Angelelli explica la visibilidad como sigue:

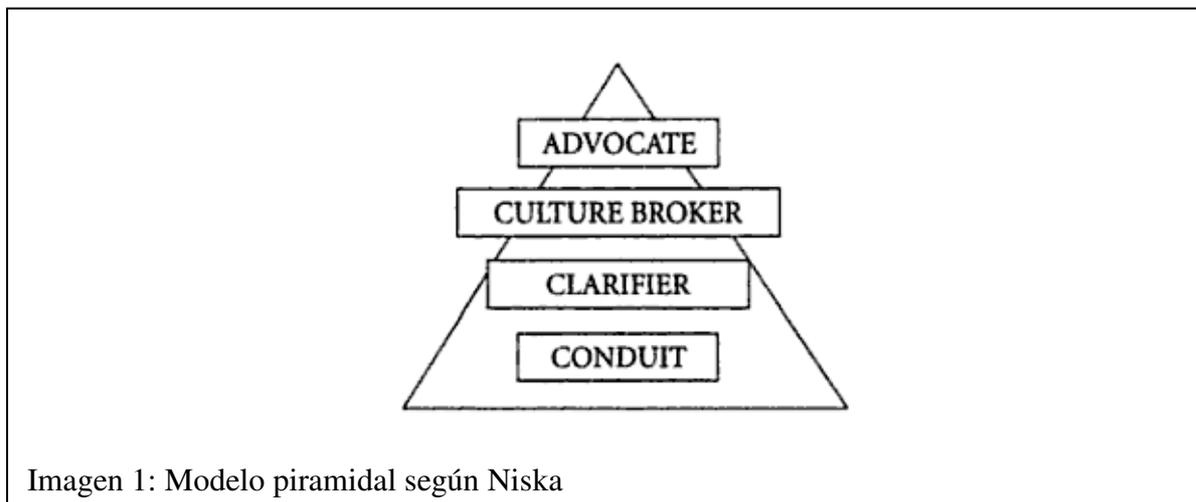
Visibility and participation are not just present in the linguistic co-construction of the conversation, they are also essential in:

- communicating cultural gaps as well as linguistic barriers
- communicating affect nuances as well as the content of the message
- establishing trust between all parties to the conversation
- facilitating mutual respect
- putting the parties at ease during the conversation
- creating more balance (or imbalance) during the conversation (by aligning with one of the parties)
- advocating for or establishing alliances with either party
- managing the requested and given information (*Medical Interpreting* 11)

En esta definición de la visibilidad, Angelelli mezcla características del *direct approach* y del *mediated approach* y demuestra por lo tanto que el intérprete no se hace visible solamente al usar el *mediated approach*. Para la interpretación conforme al sentido, o sea para el *direct approach*, se necesita por ejemplo llenar y superar lagunas culturales. Además, no se deben perder matices ni el estilo del enunciado. Al otro lado, el apoyar o aliarse con uno de los participantes pertenecen claramente al perfil de características del *mediated approach*.

### 3.3 Modelo piramidal

Según Helge Niska, en el proceso de interpretación se usan diferentes roles dependiendo de la situación. Esto se puede visualizar en el siguiente modelo piramidal (ver imagen 1) (138).



Niska aclara, como demuestra la imagen, que la mayoría de la actividad del intérprete se da en el nivel básico, el *conduit*. En algunas situaciones, según Niska, el intérprete tiene que ir más allá de este rol y adoptar otra función del modelo piramidal (138). El nivel más bajo del modelo es el más usado mientras el papel del *advocate* es el que menos entra en acción.

#### 3.3.1 Conduit

El papel del *conduit* consiste en la tarea básica de un intérprete, que es mediar todo lo que los participantes dicen (Barowski 44). En la literatura también se encuentran los términos *faithful echo* usado por R. Bruce W. Anderson (“Perspectives”) y *verbatim rendering* empleado por Jiang (*How Far*) para describir el mismo rol. Según Jiang, la función del *conduit* es el requisito exigido más aceptado del papel del intérprete comunitario: la interpretación debe ser fiel al estilo y al mensaje del original. Pöchhacker habla también de una reproducción precisa y fiel como norma ideal que se acepta ampliamente en el campo de la interpretación comunitaria. Es una interpretación que no permite omisiones, explicaciones,

correcciones, revisiones ni otras intervenciones por el estilo (56). Jiang ofrece un repaso general de la situación: existen muchos estudios acerca de la calidad de la interpretación comunitaria y gran parte de los resultados apuntan hacia la precisión como uno de los criterios más importantes en cuanto a la interpretación de alta calidad. Aclara que desde una perspectiva normativa, se le exige al intérprete producir de cada enunciado original una copia recodificada en otro idioma (45 y 47). Según Jiang, el rol del *conduit* está sujeto a la suposición de que “people can extract the same idea, thought or feeling by simply receiving the words” (45). Por lo tanto, el papel del *conduit* ve al intérprete ante todo como una máquina de traducción sin más para interlocutores que no comparten ningún idioma. Jiang explica también que la función del *conduit* se asocia frecuentemente con neutralidad, distancia y falta de participación (45 y 47). Según Jiang, el papel del *conduit* es “performed by a third party, whose presence is ideally viewed as invisible as possible” (45).

Cabe preguntar si la función del *conduit* solo satisface las exigencias de los interlocutores de una comunicación exitosa o si hace falta adoptar otra capa más del modelo piramidal, adicional a la del *conduit*.

### **3.3.2 Clarifier**

El siguiente nivel es el del *clarifier*. En este papel, el intérprete le aclara términos técnicos al paciente e interviene en caso de malentendidos para aclarar la situación (Barkowski 44). El apoyo por parte del intérprete se limita en este rol a aspectos lingüísticos y problemas que surgen de la constelación experto-lego inherente a una comunicación entre médico y paciente.

### **3.3.3 Culture Broker**

El *culture broker*, según Barkowski, media entre las dos culturas y ayuda con posibles lagunas en los conocimientos culturales. Aclara que los interlocutores deberían enterarse, con el apoyo del intérprete, no solamente de lo que se ha dicho, sino también de lo que se ha

querido decir más allá de las palabras individuales. En caso contrario, pueden surgir malentendidos además de falta de comprensión (44 y 54).

Roberts aboga a favor de un intérprete que adopte el rol del *culture broker*. Ella explica que el cliente en la interpretación comunitaria siempre proviene de una minoría de la cual la cultura, aún más que el idioma, es desconocida por el interlocutor (12). Roberts se refiere a Alberto Giovannini para resaltar la importancia de la cultura en la interpretación comunitaria y, así, justifica su exigencia de un intérprete que adopta el papel del *culture broker*:

We define interpreting as including the communication of conceptual and cultural factors that are relevant to the given interaction as part of the lingual transmission. ... This model of interpreting service was developed out of an awareness that communication is seriously impeded by insensitivity to the role of culture in the content and manner of communication, especially in formal interactions (12).

### 3.3.4 *Advocate*

El último nivel en el modelo de Niska es el papel más amplio y al mismo tiempo el más controvertido de todos, el papel del *advocate*. Según Barkowski, al adoptar esta función, el intérprete comunitario en el escenario médico es aliado y amigo del paciente. El intérprete aboga por el paciente, le ayuda con toda la burocracia y defiende sus derechos (44 y 55). Giovannini describe el rol del *advocate* como sigue:

Advocacy implies defending, pleading for or actively supporting the client. In other words, the community interpreter is seen as a guide and counsellor as well as a power broker working in favour of his/her “underprivileged” client. ... [He] advises [the] client about rights and options in the situation ... ,

ensures that the client has all relevant information and controls the interaction ... and challenges racially/culturally prejudiced statements or conclusions on the part of the service provider (cit. en Roberts, "Community Interpreting " 13).

Según Barkowski (55) y Slapp (25), el rol del *advocate* alberga un gran riesgo de conflicto. Es sobre todo el caso si el intérprete está contratado por el hospital pero apoya al paciente e intenta defender e imponer los intereses del paciente ante el hospital. Aparte del riesgo para el paciente y el intérprete, la función del *advocate* es según Angelelli et al. sumamente exigente y requiere tener larga experiencia, capacidad para juzgar y gran confianza en el intérprete por parte del paciente (173).

El modelo piramidal muestra la diversidad y complejidad del papel del intérprete y visualiza al mismo tiempo cuán indefinido y controvertido es el perfil del rol del intérprete comunitario en el escenario médico. No está claro si el intérprete debe integrar de manera consecuente los cuatro niveles en su papel, decidirse espontáneamente dependiendo del contexto y la situación o actuar por ejemplo solo como *conduit* y *clarifier*. La científica de traslación canadiense Roberts comenta acerca de la vaguedad y complejidad de la función del intérprete comunitario:

The role of the community interpreter today is ill-defined or, more commonly, too vast. He is often expected to be not only a mediator between two languages, but also a help-mate and guide, cultural broker and even advocate or conciliator. In other words, he wears many hats (20).

Estándares y conceptos teóricos como los que se han descrito en este capítulo, describen la situación de interpretación real solamente de manera parcial. Una descripción general y colectiva no puede cubrir situaciones particulares y problemas específicos como malentendidos que el intérprete comunitario enfrenta en una

situación ad hoc. Bill Moody también menciona el problema de un perfil de rol unívoco para el intérprete comunitario:

Model or metaphors for the interpreter's role can be helpful but they tend to be theoretical ideals which prescribe a certain role for the interpreter. Experienced community interpreters may, in fact, switch models in the middle of an assignment, depending on the circumstances and the expectations of the consumers (192-93).

#### **4 Expectativas en relación al papel del intérprete médico**

La conversación entre médico y paciente con un intérprete involucrado reúne tres interlocutores. Del hecho de que existen distintos intereses y necesidades en cada uno de los tres participantes resultan diferentes expectativas en relación al rol del intérprete, que varían notablemente dependiendo de la perspectiva. Varios estudios exploran las exigencias existentes en relación al rol del intérprete y sus tareas desde la perspectiva de los médicos. También hay datos empíricos de trabajos de investigación que describen la imagen de los intérpretes de sí mismos como también las exigencias que ellos tienen de sí mismos y en relación a la conversación. Gentile et al. dedican en su *Handbook* un capítulo entero al tema del rol del intérprete comunitario y Roberts señala expresamente la gran importancia de “providing a better understanding of the role(s) of the community interpreter” (20) si se trata de profesionalizar la interpretación comunitaria. Barkowski menciona neutralidad, poseer conocimientos fundamentales médicos y vocabulario técnico, conocimientos fundamentales de la institución y estabilidad emocional y psíquica entre otras como competencias importantes de un intérprete médico profesional (*Dolmetschen*).

Los estudios existentes exploran sobre todo países multilingües como Suiza y Australia pero también países de alta inmigración como Alemania y Austria. Parece

que el continente de Europa que acoge a tantas personas de diferentes idiomas en un espacio muy reducido se transforma muy frecuentemente en escenario de interpretación comunitaria. Por lo tanto, es comprensible que muchas de las investigaciones traten la situación de interpretación comunitaria de países europeos.

Los Estados Unidos ha sido un país de un monolingüismo preponderante por muchos años pero en el último siglo la inmigración, sobre todo hispana, ha aumentado considerablemente. La Oficina del Censo de Estados Unidos estima que en el año 2013 vivían casi 54 millones de personas de origen hispano o latino en los Estados Unidos lo que equivale a un 17% de toda la población del país (*Hispanic*).

Paralelamente al gran número de personas de habla hispana también ha crecido el número de situaciones en el escenario médico en las que se necesita a un intérprete ya que no se puede esperar que todos los médicos sean bilingües en inglés y español y menos aún que sus conocimientos bilingües abarquen el nivel profesional, técnico y cultural. Por lo mismo me parece sumamente sorprendente que no se encuentren estudios sobre las expectativas en relación al papel del intérprete en los Estados Unidos. Existe claramente una gran falta de investigación en este ámbito. Me limito aquí a señalar esta insuficiencia investigativa. Sin embargo, dado que el propósito del presente estudio es únicamente exponer qué se espera en general del intérprete comunitario en el escenario médico, no es indispensable apoyar mis ideas en estudios específicos a los Estados Unidos, como tampoco lo es el sustentarlas en trabajos que traten sobre la interpretación en relación a idiomas concretos. Lo que determina las expectativas hacia el papel del intérprete son factores extralingüísticos y por lo tanto se tomarán resultados de estudios de diferentes países ya que los idiomas y la situación específica no son determinantes.

Como he mencionado antes, se encuentran tres interlocutores en una situación

interpretada: el médico, el paciente y el intérprete comunitario. Aparte de querer conseguir una comunicación exitosa, los intereses y necesidades de los tres pueden variar considerablemente. Estos intereses y necesidades se traducen en expectativas que los tres participantes tienen hacia el intérprete. ¿Cuál es el intérprete ideal para los pacientes, para los médicos y para los intérpretes mismos? Cabe preguntar también, si es posible satisfacer todas las exigencias, y en caso afirmativo cuál sería el comportamiento o papel ideal. En caso negativo, habría que preguntarse cuál sería el comportamiento o papel a seguir para satisfacer la mayoría de las expectativas y conseguir un buen equilibrio. Para poder proponer un rol ideal o lo más cerca a ideal y posicionarlo de acuerdo a los conceptos descritos en el capítulo dedicado a los modelos sobre el papel se resumirán en las siguientes páginas estudios e investigaciones sobre el papel del intérprete médico desde las diferentes perspectivas.

El enfoque estará en las expectativas desde la perspectiva de los médicos y los intérpretes mismos porque no existen estudios comparables sobre la perspectiva de los pacientes. Varios autores como Anne-Marie Mesa (“Cultural Interpreter”) y Pamela Garrett et al. (“Non-English-Speaking Patients”) investigan la perspectiva de los pacientes, pero ponen el enfoque más en la satisfacción de los pacientes y sobre todo en diferencias entre intérpretes profesionales y no profesionales.

#### **4.1 Resultados de estudios sobre la perspectiva de los médicos**

Allaoui entrevistó a cinco médicos y cinco intérpretes comunitarios de la clínica universitaria de Hamburgo y los interrogó sobre tareas, competencias, colaboración y profesionalidad como también sobre la influencia de los componentes situacionales de la tríada. Se exploraron por lo tanto las expectativas de los médicos hacia los intérpretes como también el concepto que los intérpretes tienen de su propio rol (51-5 y 158) .

Las entrevistas con los médicos demuestran que las expectativas hacia los intérpretes varían notablemente. Esas divergencias se podían esperar desde un principio ya que no solo se reúnen tres interlocutores de tres diferentes ámbitos profesionales y sociales en una situación específica, sino individuos. Lo que parece deseable para cierto médico no necesariamente lo es para otro médico ya que mucho depende de una opinión subjetiva.

Las divergencias más obvias en el estudio de Allaoui se encuentran en el ámbito de tareas y responsabilidades de los intérpretes. Algunos médicos estiman que tareas más allá de mediar el idioma no caen bajo la responsabilidad del intérprete. Según ellos, el intérprete debe actuar de manera neutral: respetar límites y no identificarse con el paciente. Otros expertos, sin embargo, esperan que el intérprete asista y acompañe al paciente y dejan claro que ellos ven al intérprete como persona de contacto del paciente. Estos médicos también formulan la necesidad de establecer un nuevo perfil profesional para los intérpretes comunitarios en los hospitales (58-66). Allaoui destaca también la discrepancia de opiniones que existe en cuanto a la responsabilidad. Solo uno de los médicos cree que el personal del hospital es responsable de las tareas que se encargan al intérprete (79-80). La manera de interpretar tampoco provoca consenso: unos médicos esperan una interpretación literal y no consideran deseable que el intérprete explique o aclare cosas. Otros le dan más importancia a una comunicación sin dificultades y por lo tanto le admiten más autonomía y flexibilidad al intérprete en el proceso de mediar (67-70). En cuanto a las competencias adicionales de un intérprete hay más acuerdo. A excepción de un médico, todos están de acuerdo que la sensibilidad, o sea la empatía, es una competencia muy importante (71-2). Consenso general hay en cuanto a conocimientos fundamentales sobre la institución y conocimientos culturales: según los médicos, los

intérpretes deben dominar el vocabulario médico y si es necesario poder explicárselo a los pacientes. El estudio de Allaoui demuestra, sin embargo, que hay diferentes opiniones de cómo los intérpretes deberían adquirir esos conocimientos. Además se espera que los intérpretes tengan tacto en asuntos culturales para llenar lagunas en conocimientos culturales como también mediar conflictos originados en diferencias culturales (72-8).

En el estudio de Yvan Leanza que encuesta a ocho pediatras surgen dos perspectivas principales. La mayoría de los pediatras opina que el intérprete entorpece la comunicación entre médico y padres e hijos. Los pediatras se quejan de perder el control y de sentirse excluidos de la conversación. Lamentan también que el intérprete actúe solo en la dirección del médico hacia el paciente. La perspectiva menos representada es la de un intérprete como mediador entre culturas y persona de contacto del paciente fuera del escenario médico. Leanza concluye de sus resultados que los médicos no perciben al intérprete ni como mediador ni como defensor o interventor sino más bien como máquina de traducción neutral o como aliado neutral, que tiene la mera tarea de mediar la información (19-20).

Sevgi Uluköylü realizó un estudio en base a cuestionarios con siete médicos especialistas y psicoterapeutas y seis intérpretes comunitarios. El objetivo del estudio fue elaborar un perfil del rol y de las tareas del intérprete médico. Además, la investigación exploró las expectativas y exigencias de los médicos en relación a los intérpretes (182-86).

El estudio de Uluköylü demuestra claramente que los médicos ven en los intérpretes una gran ayuda para el personal médico. Estiman al intérprete como un traductor que posibilita la comunicación desde un rol neutral. Los médicos concuerdan en que el intérprete no debe tomar ninguna posición crítica y hacen

hincapié en que los intérpretes están obligados al secreto profesional. En cuanto a la reproducción del mensaje, los médicos están de acuerdo que se debe aspirar a una interpretación literal, pero reconocen que esto no siempre es posible y por lo tanto los intérpretes deben concentrarse en lo esencial. Todos concuerdan, además, en que el intérprete no debe en absoluto omitir ni añadir información. Si no es posible eso, los médicos esperan que el intérprete consulte al personal de enfermería antes de actuar. Si el paciente no entiende cierta información, los médicos del estudio de Uluköylü exigen claramente que el intérprete se lo comunique al médico para que él mismo pueda explicar el asunto de otra forma. Bajo ningún concepto debe el intérprete mismo tratar de dar una definición. La interpretación literal es sin duda una de las tareas del intérprete según los médicos encuestados. Además, concuerdan en gran parte sobre las siguientes tareas adicionales: explicarle al personal médico elementos culturales que ignoran y el significado de estos como también advertir malentendidos. Informar, advertir o aconsejar al paciente de manera independiente también puede formar parte de las tareas del intérprete si el médico lo pide (205-13).

En el marco de una investigación más grande, Pöchhacker exploró las perspectivas de los médicos en cuanto al perfil de tareas de un intérprete médico y también la imagen que los intérpretes tienen de sí mismos. Los encuestados fueron 629 médicos especialistas y 32 intérpretes médicos (entre ellos 16 intérpretes de lengua de señas). Los médicos e intérpretes fueron preguntados si consideran ciertos comportamientos específicos parte de las tareas y responsabilidades de un intérprete comunitario (“Community Interpreter’s Task” 49).

De acuerdo al estudio, el 90% del personal médico considera la discreción y el secreto profesional como las características más importantes que se deben exigir a los intérpretes, seguidas por un comportamiento absolutamente neutral (67%) y

bilingüismo perfecto (48%). Menos importante son la pertenencia a la misma cultura que los pacientes (44%) y una formación en interpretación (39%). El estudio muestra una diferencia significativa en cuanto a los géneros: los médicos especialistas femeninos tienden a exigir más de los intérpretes que sus colegas masculinos (“Community Interpreter’s Task” 248-50). En cuanto al perfil de tareas, el 90% de los médicos considera señalar malentendidos y rellenar formularios con los pacientes parte de la responsabilidad del intérprete. Los médicos encuestados por Pöchhacker también aprueban la simplificación de la forma de expresión del especialista, la explicación de términos técnicos para los pacientes como también el resumen de enunciados complicados de los pacientes. No quieren, sin embargo, que el intérprete omita enunciados secundarios para ahorrar tiempo (“Community Interpreter’s Task” 251-53).

Hale llevó a cabo una investigación en la cual interrogó a 20 médicos y también en este estudio divergen las opiniones y perspectivas en cuanto a las expectativas en relación a los intérpretes. El 60% espera del intérprete una interpretación literal dejando la responsabilidad de la claridad al médico y su paciente (154). Esta perspectiva queda manifiesta con la siguiente respuesta de una médica a la pregunta de cómo le describe el rol del intérprete al paciente: “The interpreter will repeat exactly what I say and exactly what you say. Please talk to the interpreter as if you were talking to me. The interpreter will keep all the information confidential, and will not disclose it to anybody except myself” (155). El 40% de los médicos, sin embargo, espera que el intérprete simplifique y explique sus enunciados y los términos técnicos si es necesario (154-56).

#### 4.1.1 Perspectiva de los médicos

Como resulta de los diferentes estudios y como se ha podido esperar, las opiniones de los médicos acerca del papel del intérprete médico divergen considerablemente. Además, Allaoui explica que las expectativas en relación al rendimiento de interpretación son subjetivas y varían notablemente según el campo de trabajo y la cultura de los participantes (144). Por lo tanto, no es posible describir las expectativas de los médicos en lo tocante al papel del intérprete de manera inequívoca. Un perfil general y universal del papel del intérprete y sus tareas sería un modelo poco realista debido a la subjetividad inherente a los individuos, así se trate de médicos, intérpretes, pacientes u otros profesionales. En base a los estudios, sin embargo, se deja dibujar la opinión mayoritaria o la tendencia principal en las diferentes cuestiones y eso se pretende hacer en este trabajo de investigación.

Las investigaciones arriba resumidas demuestran que la mayoría de los médicos rechazan una aportación activa por parte del intérprete y por consiguiente favorecen el *direct approach*. Además, la mayoría aboga por una forma de interpretar neutral y por lo tanto invisible. Al mismo tiempo, sin embargo, los médicos esperan de los intérpretes que señalen diferencias culturales y que medien entre las culturas, lo cual implica una mayor visibilidad por parte de los intérpretes. Los médicos prefieren que los intérpretes conozcan el vocabulario técnico y que se lo expliquen a los pacientes si es necesario. Asimismo, los médicos expresan el deseo de una reproducción de los enunciados precisa y fiel y se pronuncian en particular contra la omisión y la adición de información. Los intérpretes no deben tomar decisiones ni interpretar o asumir por su propia cuenta. Con respecto a los diferentes conceptos existentes del rol del intérprete, cabe mencionar que los intérpretes deberían adoptar diferentes papeles según la perspectiva de los médicos. La reproducción de

enunciados precisa y fiel requiere la función del *conduit*. La función como mediador entre culturas se adopta al actuar como *culture broker*. Además, los intérpretes deben asumir el papel del *clarifier* al explicar vocabulario técnico. El papel absolutamente indeseado desde la perspectiva de los médicos es el del *advocate*.

#### **4.2 Resultados de estudios sobre la perspectiva de los intérpretes médicos**

Según Adolfo Gentile et al. es difícil describir las exigencias en relación al comportamiento del intérprete comunitario ya que su ámbito de trabajo abarca diferentes situaciones y contextos y a menudo tiene que interpretar ad hoc y sin gran preparación previa (37). Pöchhacker explica, por lo tanto, que la tarea del intérprete comunitario se encuentra en algún punto entre el intérprete como intérprete de idiomas, o sea como *conduit*, y el intérprete como *culture broker* o *advocate* (“The Community Interpreters’ Task” 50). Tales términos como *culture broker* o *helpmate* raramente describen de una manera explícita cómo el intérprete tiene que cumplir con su tarea. Un hecho, que también Anderson observa: “In general, the interpreter’s role is characterized by some degree of inadequacy of role prescription, role overload, and role conflict resulting from his pivotal position in the interaction network” (212).

Para darle al perfil de tareas del intérprete médico como lo es concebido del intérprete mismo una forma más concreta, se presentan en las siguientes páginas diferentes estudios que analizan la perspectiva del intérprete sobre su propio rol.

La investigación de Pöchhacker<sup>2</sup> estudia entre otras cosas la imagen que los intérpretes tienen de sí mismos. Los resultados que siguen incluyen meramente a los intérpretes de lengua hablada ya que este trabajo no abarca la interpretación de lengua de señas. La encuesta demuestra que para los intérpretes, las tareas más importantes son tareas activas en las cuales ellos actúan independientemente, dirigen la

---

<sup>2</sup> Para detalles sobre el estudio ver pág. 24

conversación y median cultura. En efecto, 100% de los intérpretes encuestados consideran parte de su papel aclarar enunciados vagos de los pacientes al preguntarle directamente al paciente en vez de dejar esta función dirigente de interrogar y solicitar información al médico. Señalar malentendidos en la conversación (94%) y explicar contenido cultural (81%) también son competencias importantes. El 94% de los intérpretes se ve claramente responsable de resumir los mensajes cuando los pacientes pronuncian enunciados largos y complicados, mientras solo el 44% acepta una intervención grave como la de omitir enunciados secundarios para ahorrar tiempo. Tareas que favorecen la conversación y se orientan al destinatario como simplificar la jerga del médico para el paciente y explicar términos técnicos constituyen parte de su papel para tres cuartos de los intérpretes. Solamente el 63% considera parte de su responsabilidad ayudar a los pacientes a rellenar formularios (Pöchhacker, “Community Interpreter’s Task” 245 y 256-57).

Uluköylü<sup>3</sup> analiza la actitud de intérpretes comunitarios en el escenario médico. Los intérpretes encuestados explican que no se consideran solamente como intérprete, sino al mismo tiempo como persona de confianza, acompañante, elemento aclaratorio y apoyo emocional (205). Según Uluköylü, todos los encuestados explican la cultura ajena, aclaran jerga médica, rellenan formularios con los pacientes y señalan malentendidos dentro de su papel como intérpretes (212).

Las entrevistas hechas por Uluköylü también indican que los intérpretes se consideran todos claramente responsables de dar una interpretación comprensible y fiel. En eso no aspiran a proporcionar una interpretación literal sino conforme al sentido. También están de acuerdo en que al interpretar no se debe omitir información. Algunos de los encuestados explican además, que ellos están atentos y,

---

<sup>3</sup> Para detalles sobre el estudio ver pág. 23

dependiendo de la situación, ellos mismos por iniciativa propia le hacen una pregunta al médico por el paciente ya que, según los intérpretes encuestados, los pacientes, muy a menudo, no saben cómo preguntar. Una intérprete explica, asimismo, que ella no media enunciados del paciente que el médico tomaría como ofensa (206-09).

En caso de falta de comprensión, los intérpretes mismos actúan: si el paciente no ha entendido la información del médico, los intérpretes intentan directamente aclararlo por propia cuenta. Sin embargo, no informan al médico de la falta de comprensión por parte del paciente con lo cual privan al médico de la posibilidad de expresarse de una manera más simple (209).

Terry Chesher et al. encuestaron en 1998 a 92 intérpretes comunitarios de 15 países diferentes sobre la percepción de su propio rol (273). Los intérpretes consideran las siguientes características personales esenciales para la interpretación comunitaria: conciencia ética (39%), competencias interpersonales (35%) y empatía (15%). Solo el 9% de los encuestados mencionó honestidad. Competencias particulares para la interpretación comunitaria son competencia en interpretación (25%), comprensión intercultural (20%) y competencia lingüística (20%) (284).

En relación a la precisión, el 40% de los intérpretes encuestados por Chesher et al. indica que no omite ni añade información. Al mismo tiempo, el 54% de los intérpretes explica que omite enunciados no apropiados o que añade algo en caso de mala comunicación. Además, 97% señalan que ellos rechazan cualquier petición del paciente de actuar como intercesor o *advocate* (286).

Allaoui<sup>4</sup> realizó cinco entrevistas para investigar sobre el concepto que los intérpretes tienen sobre su propia función. Todas las personas encuestadas son activos para los pacientes y el personal del hospital, pero la mayoría trabaja más para los

---

<sup>4</sup> Para detalles sobre el estudio ver pág. 21

pacientes. Aparte del papel comunicativo del intérprete, se describen sobre todo como acompañante y asesor del paciente y mediador de culturas que resuelve conflictos entre pacientes y el personal médico (86-7). Todos consideran la sensibilidad, la buena disposición y el ser buen oyente competencias importantes ya que los intérpretes son humanos y no máquinas (108-09 y 114).

Acercas de la responsabilidad como característica definidora del intérprete, sin embargo, no hay consenso. Las explicaciones de los intérpretes demuestran que se encargan de tareas que van más allá de su actividad de intérprete. Aspectos como qué tanto se alejan de su rol original y si se trata de apoyo o consejo social o financiero, varían con cada intérprete y situación. Así es que uno de los intérpretes se encarga, a veces, de tareas sanitarias como empujar la silla de ruedas mientras otro rechaza tales tareas porque en su opinión es una labor que compete a la enfermera (92 y 97).

Uno de los intérpretes en el estudio de Allaoui explica que él también se preocupa por una buena base de comunicación entre paciente y personal sanitario. Si un paciente, por ejemplo, no sigue las instrucciones del médico, él, primero, tiene que volver a establecer la base de comunicación entre los dos. Solo después de este paso preliminar se puede dedicar a su función verdadera e interpretar entre los dos. Esa función de mediador incluye, según el intérprete, también advertirle al médico si el paciente no entiende la información y pedirle al médico que vuelva a explicar el asunto (95-6). Según otro intérprete, sin embargo, no es apropiado entrometerse en decisiones médicas ya que los intérpretes no son médicos especialistas. Por lo mismo, este intérprete señala que no minimiza ningún diagnóstico para que el paciente no se ponga triste (98).

En cuanto a la manera de interpretar, todos los intérpretes encuestados concuerdan en que hay que interpretar conforme al sentido y transmitir lo más posible,

incluyendo emoción, tono y comunicación no verbal. También están de acuerdo en que es necesario tener conocimientos culturales para aclarar contenidos y razones culturales (104). Además, concuerdan en que un intérprete comunitario en el hospital no necesita tener conocimientos médicos específicos (120). No hay consenso en cuanto a la explicación de términos técnicos. Uno de los intérpretes opina que no es su tarea explicar los términos: el paciente puede preguntar por el significado y entonces el médico se lo explica. Según otro intérprete, sin embargo, es la tarea del intérprete adaptarse al nivel lingüístico del paciente ya que sin hacer eso el paciente no entiende (107). Los resultados del estudio también demuestran que los intérpretes tienen dos efectos distintos en la conversación: dos de los encuestados asumen un papel de intérprete activo y por lo tanto intervienen en la conversación (preguntan al emisor si no entienden el enunciado, añaden explicaciones, transmiten los pensamientos de una manera organizada, etc.). Otros dos intérpretes también intervienen, pero apenas después de la situación a interpretar: le explican al médico por ejemplo asuntos culturales después de la conversación (112).

En el estudio de Allaoui, los intérpretes están de acuerdo en que el intérprete debe orientar su función según la necesidad del paciente, las expectativas del personal médico y las exigencias de una situación específica en cierto hospital (103). Al hacer eso, el intérprete mismo decide qué tareas asumir (por ejemplo, si empujar la silla de ruedas o no). El ámbito de responsabilidades cambia con cada nuevo encargo ya que las condiciones y el contexto también cambian con cada nueva situación.

#### **4.2.1 Perspectiva de los intérpretes médicos**

Los estudios resumidos en las páginas anteriores demuestran que la consideración que los intérpretes tienen de cuáles deben ser sus funciones o responsabilidades no es unívoca en absoluto. Hay, sin embargo, ámbitos que están

marcados por consenso en su mayor parte: todos consideran explicar contenidos y razones culturales y señalar malentendidos parte de su responsabilidad. Además, la omisión de enunciados supuestamente secundarios no es justificable para la mayoría de los encuestados. Muchos intérpretes, sin embargo, no transmiten comentarios no apropiados u ofensivos. También concuerdan en que lo necesario es una interpretación conforme al sentido. Unos añaden que eso incluye también transmitir emoción, tono y comunicación no verbal. La mayoría de los intérpretes simplifica la forma de expresión del médico y explica términos técnicos. Sólo una parte pequeña rechaza esto indicando que es la responsabilidad del médico comunicarse con el paciente en una manera comprensible. En el caso de falta de comprensión por parte del paciente divergen las opiniones: algunos explican por propia cuenta sin avisar al médico mientras otros piden al médico que se explique de nuevo. La mayoría de los intérpretes mezclan el concepto del *direct approach* con el *mediated approach*. Todas las investigaciones señalan claramente que los intérpretes, aparte de su rol verdadero como mediador, también se ven en el papel de persona de confianza, consejero o acompañante del paciente. Es así que los intérpretes encuestados en un estudio de Leanza mencionan el *Welcomer* o *Family Support* como uno de sus papeles más importantes para darles confianza, seguridad y apoyo a los pacientes. Así, es comprensible que los intérpretes mencionen empatía, competencia interpersonal y buena disposición como competencias importantes.

Todos los estudios demuestran que los intérpretes se encargan casi siempre de tareas que no están incluidas en su actividad real de interpretación. Los intérpretes actúan individualmente y dependiendo de la situación específica. Los resultados señalan, en general, que los intérpretes se ven en el papel del *conduit*, *clarifier* y *culture broker*. Algunos también adoptan el papel del *advocate*, pero esta función no

se debe considerar como papel generalmente aceptado desde la perspectiva del intérprete comunitario.

Los estudios sobre la perspectiva de los médicos y los intérpretes en relación al papel del intérprete y sus tareas abren un abanico amplio de diversas opiniones y actitudes. Conuerdo con muchas de las opiniones generales, pero tengo que destacar que abogo por un papel del intérprete médico mucho más restringido a su función original como mediador lingüístico. Al usar la palabra reducido no me refiero a una función menos importante, puesto que el papel del intérprete médico alberga una gran responsabilidad y requiere habilidades muy sofisticadas en numerosos ámbitos. Pero justo por ese hecho de tener que dominar dos idiomas en toda su complejidad, incluyendo el nivel lingüístico, pero también el pragmático que se muestra por ejemplo en contextos culturales; y por el hecho de tener que cambiar y mediar entre esos dos idiomas constantemente con la más alta concentración posible y muchas veces en condiciones poco apropiadas (con un espacio reducido en el consultorio, clientes que no saben lo que requiere una interpretación y poca o ninguna información previa al caso para poder prepararse) me manifiesto a favor de un papel simple y limitado a la función original del intérprete comunitario en vez de sobrecargarlo con tareas adicionales que, a mi juicio, son claramente parte de la responsabilidad del personal médico y del paciente como participantes principales de la conversación. Por lo tanto, estoy a favor de un rol del intérprete comunitario que combine el concepto del *conduit* y del *culture broker* con una extensión parcial al *clarifier*. Es decir, la actividad principal del intérprete debería estar, en mi opinión, en descifrar el enunciado original y entenderlo para después transmitirlo adecuadamente, o sea conforme al sentido, al receptor. En este proceso es sumamente esencial tener en cuenta el nivel lingüístico y pragmático en los dos pasos para lograr el objetivo

principal de la interpretación: provocar en el receptor el mismo efecto que el enunciado original habría provocado en un parlante del mismo idioma que el emisor.

Por eso me parece importante que el intérprete medie todo lo dicho sin omitir ni comentarios secundarios ni ofensivos como lo harían algunos de los intérpretes encuestados. Si se trata de un enunciado que no es ofensivo en el idioma original pero sí lo sería en el idioma término por diferentes costumbres culturales, entonces esta adaptación la hace el intérprete automáticamente en su función real de aspirar a provocar el mismo efecto. Si el enunciado original, sin embargo, realmente es un insulto o un comentario ofensivo, entonces creo que el intérprete debe transmitirlo como tal. No es tarea del intérprete establecer una base de confianza ni evitar que los participantes se molesten u ofendan ni juzgar moral o éticamente si lo que se dice es 'políticamente' correcto o no. Según mi opinión, el intérprete posibilita la comunicación porque media los enunciados a otro idioma y a otros conceptos culturales. Pero no es su responsabilidad mejorar o dirigir una conversación que es mala porque los interlocutores no respetan las reglas de su propio idioma y cultura. Asimismo, el intérprete no debe resumir, añadir ni reestructurar enunciados: el receptor debe escuchar todo lo que su interlocutor diga tal como sería el caso en una conversación monolingüe. Por lo mismo, los intérpretes no deben aclarar términos técnicos ya que eso compete al médico como también es la tarea del paciente hacerle saber al médico que no entiende cierto asunto. Para poder interpretar apropiadamente, sin embargo, me parece sumamente importante, contrario a lo que señalan los intérpretes en el estudio de Allaoui, que el intérprete tenga conocimientos médicos y domine todo el vocabulario técnico. No se trata de ser un médico y saber diagnosticar y conocer los procesos detallados, pero el vocabulario específico es esencial en cualquier tipo de interpretación. Los intérpretes de conferencias tienen muchas veces

la ventaja de saber el tema de la conferencia con anticipación y pueden, por lo tanto, prepararse. En la interpretación comunitaria, sin embargo, en la mayoría de los casos eso no es posible ya que a menudo no existe información previa acerca del caso a interpretar por lo cual es esencial tener conocimientos sólidos.

Mi actitud en relación al papel del intérprete no llega al extremo de afirmar que el intérprete deba callarse del todo para no aportar nada a la comunicación. Si el intérprete observa un malentendido y ve que los interlocutores no están al tanto del mismo, en ese momento debe intervenir el intérprete en el rol parcial del *clarifier* pero siempre en un papel neutral que meramente señale el malentendido sin intervenir más por propia iniciativa tal como lo explica Jane Kontrimas:

Interpreters cannot and should not be responsible for everything that everyone does, or doesn't do. But, if they happen to notice something starting to go wrong, it is reasonable to bring it to the attention of someone who can correct it before it becomes a problem, rather than sit back and watch a disaster unfold (4).

La función del *culture broker* me parece necesario en cuanto a explicaciones culturales porque la cultura es parte intrínseca del idioma y lo define. Con eso, el intérprete debería adoptar el *mediated approach* en una manera muy restringida que solamente abarque, aparte de las funciones del *direct approach*, la indicación de malentendidos y explicaciones culturales. El papel del *advocate* que algunos de los intérpretes encuestados asumen al apoyar al paciente o serle persona de confianza, o lo que algunos médicos esperan cuando quieren que el intérprete se encargue de rellenar formularios con los pacientes, esa función no es aceptable dentro del papel del intérprete médico según mi convicción. La empatía y sensibilidad mencionadas por los intérpretes encuestados son sin duda competencias necesarias para un intérprete.

Se deberían manifestar, sin embargo, en la función de poder identificar y entender contextos culturales, interpretar gestos y expresiones faciales y transmitir tan solo esos. En definitiva, se debe evitar adoptar una posición de persona de confianza, de consejero o de acompañante para el paciente. Por lo consiguiente, empujar sillas de rueda o ayudar en más que solo la comprensión lingüística al rellenar formularios son, en mi opinión, claramente tareas del personal médico.

En mi opinión, el intérprete debe mantenerse invisible sin participar ni intervenir activamente en la conversación. Su función reside en posibilitar una conversación entre dos personas que no comparten el mismo idioma y en construir una conversación que parezca monolingüe. Por lo tanto, no tiene que resumir ni añadir ni hacer otros ajustes directivos ya que eso es meramente responsabilidad de los interlocutores reales: el paciente y el médico. Tal y como lo expresó la médica del estudio de Hale (ver pág. 25), el intérprete debe ceñirse a repetir con exactitud lo que el médico o el paciente diga incorporando ajustes pragmáticos para mantener el mismo efecto del enunciado original, pero nada más. La tarea del intérprete es posibilitar la comunicación, pero siempre sin tomar ninguna posición crítica ni actuar como participante constitutivo en cuanto a manejar la conversación y decidir su contenido.

Si quieren un intérprete que también se encargue de aconsejar, entonces hay que establecer un nuevo perfil profesional que combine la profesión de un intérprete con la de un asesor. Pero en mi opinión, eso sería un error porque las dos profesiones son complejas en su naturaleza y esperar que la norma general sea que una persona pueda reunir todas las competencias de las dos profesiones a un nivel profesional, que es sin duda la condición previa en un entorno donde muchos errores pueden conllevar consecuencias graves, no es realista.

## **5 Factores adicionales en la interpretación médica**

En este capítulo se presentan dos factores adicionales que influyen de manera significativa en la interpretación médica: el comportamiento directivo y el posicionamiento del intérprete. Por lo tanto, es esencial describirlos en esta parte para poder tomarlos en cuenta al proponer el perfil ideal del intérprete médico.

### **5.1 Estrategias de adaptación**

En la conversación médica, el intérprete tiene, según Wadensjö, una función doble: la interpretación bidireccional y la coordinación de la conversación (105). En este punto no concuerdo con Wadensjö, ya que estoy a favor de una intervención menos notable por parte del intérprete en cuanto a la dirección de la conversación para mantener el estilo lo más parecido posible a una conversación monolingüe donde la coordinación está en las manos del médico y el paciente. Concuerdo, sin embargo, con Wadensjö que el intérprete está en la posición única de entender todo y por lo tanto adquiere cierto control sobre el desarrollo de la conversación y la puede manipular. Wadensjö aclara que el intérprete puede dirigir la interacción de los interlocutores e influenciar el contenido de la conversación (105). Me parece importante que el intérprete no ejerza ese poder para manipular la conversación según lo que estime conveniente porque obviamente no tiene los conocimientos médicos necesarios para manejar una conversación médica: se debe limitar a posibilitar una conversación en tal modo que se parezca a una situación monolingüe.

Por este poder que el intérprete recibe al ser el único que entiende los dos idiomas es importante describir las diferentes opciones que el intérprete tiene en el momento de interpretar un enunciado para analizar mejor su papel.

Jiang explica que el intérprete filtra el enunciado original y se lo transmite al receptor considerando el idioma término, los factores situacionales y, también, el

objetivo del discurso. Durante este proceso de filtración por el intérprete, el enunciado original pasa por diferentes niveles que influyen el contenido y también la función del enunciado término (114). Jiang describe este proceso así: “Discourse Interpreting Filters screen a message M according to a number of factors during the process it undergoes from its original state (source message M) to its interpreted message (target message M’) by the discourse interpreter” (114). Según Jiang (114) y Wadensjö (106) existen varios procesos de transmisión que se dejan clasificar por la cercanía o distancia entre el enunciado original y el enunciado término. Jiang usa la clasificación siguiente:

- *invariant target message (close o verbatim)*
- *partially invariant target message*, divididos en dos categorías: *category I (restructured)* y *category II (asking for clarification)*
- *variant target message (mediation)*
- *zero target message* (114).

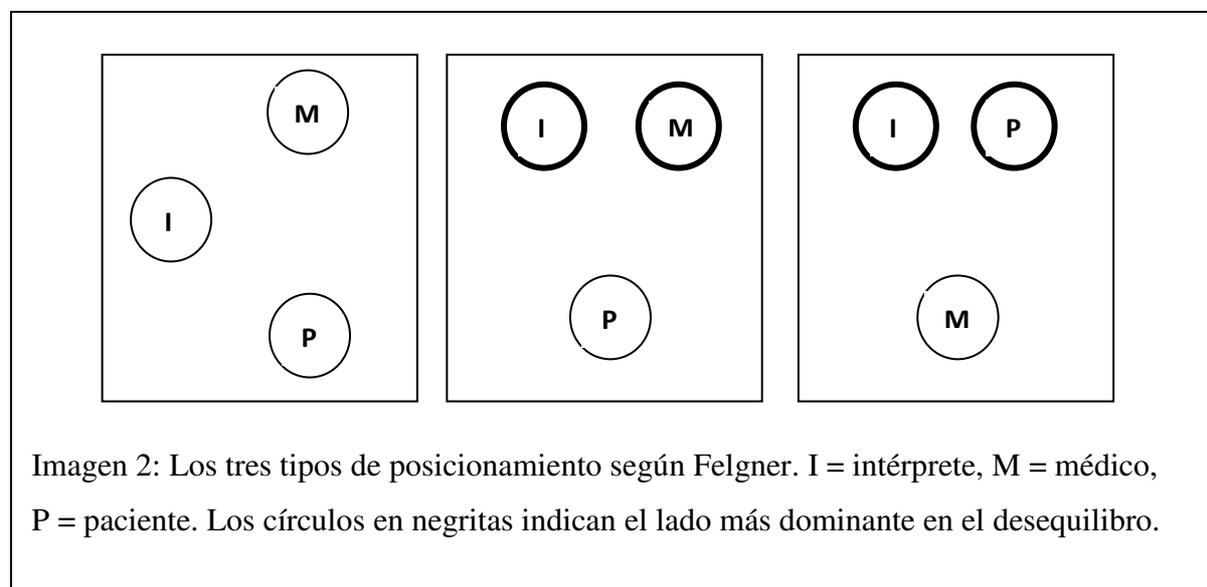
*Invariant target messages*, que Wadensjö denomina también *close renditions*, son interpretaciones lo más fieles posibles al original que transmiten la información explícita del enunciado original (*Interpretation*). *Partially invariant target messages category I* son, según Jiang, adaptaciones del enunciado al nivel léxico, sintáctico o estilístico que son necesarias al interpretar entre dos idiomas y culturas diferentes. Al hacer esos ajustes, el intérprete reduce, amplía, parafrasea o resume los enunciados para llenar lagunas de conocimientos o para mantener la coherencia o el objetivo del discurso. *Partially invariant target messages category II* son preguntas del intérprete al emisor del enunciado si el intérprete o el receptor no comprenden el mensaje. Jiang usa el término de *variant target messages* para toda actividad del intérprete usada para coordinar la conversación y garantizar el objetivo del discurso. *Zero target message* es la omisión completa de enunciados (114-18).

## 5.2 Posicionamiento del intérprete

El intérprete tiene que estar consciente del gran impacto de su posición espacial durante la conversación. Según Lars Felgner, el posicionamiento no solamente refleja la relación entre los interlocutores, sino que también es condición previa para mandar y recibir comunicación no verbal. En el caso ideal, la distribución de los asientos apoya la comunicación activa entre médico y paciente (58).

En el escenario médico, el intérprete se ve confrontado con varias limitaciones que se dan por el entorno espacial. Felgner menciona aparatos médicos, que estorban y llevan a una distancia espacial mayor entre los interlocutores, el mantener la protección de la intimidad personal durante un examen íntimo o la presencia de personas adicionales como parientes y el nivel de ruido que aumenta a consecuencia de eso (59-60).

Según Felgner existen tres posicionamientos típicos en una conversación normal entre médico y paciente y cada uno tiene sus ventajas y desventajas. Los tres tipos se visualizan en la imagen 2.



La distribución en triángulo o semicírculo con el intérprete en el medio entre médico y paciente crea una situación relativamente equilibrada con el intérprete como mediador neutral y posibilita contacto visual entre todos los participantes. El riesgo que alberga este

posicionamiento es, según especula Felgner, que los enunciados se dirijan directamente al intérprete de modo que se impida una comunicación entre médico y paciente. En el tipo de posicionamiento con el intérprete al lado del especialista, el médico tiene la oportunidad de observar mejor las señales no verbales del paciente y al mismo tiempo favorece el contacto visual y la comunicación directa entre médico y paciente. Esta distribución, sin embargo, puede llevar a que el intérprete sea percibido como parte de la institución médica lo que fortalece la asimetría y puede tener un efecto intimidante en el paciente. La comunicación directa también se activa al posicionarse el intérprete al lado del paciente. En esta posición, el paciente puede sentir apoyo moral de parte del intérprete con lo cual es posible que el paciente se abra más. La desventaja de esta distribución es, según Felgner, que el paciente vea al intérprete como aliado por la cercanía espacial y cultural y así es posible que el paciente le pida consejo al intérprete lo que puede, en el peor de los casos, romper la conexión entre médico y paciente (61-2).

Felgner explica que el intérprete solamente necesita mantenerse en la sombra si se trata de consultas sobre temas de pudor o tabúes. Por lo demás, Felgner (65) como también Barkowski (89) opinan que el triángulo es la opción más adecuada ya que establece contacto visual entre los tres participantes y el intérprete puede así actuar mejor en su función de equilibrar la situación.

## **6 Conclusiones**

El análisis de diferentes estudios demuestra que no es posible elaborar ningún papel ideal unívoco que satisfaga las expectativas de los médicos al mismo tiempo que las expectativas de los intérpretes. Eso no es sorprendente ya que el análisis de las investigaciones ha mostrado que no hay ni consenso entre los grupos en sí. A pesar de las opiniones divergentes, es posible, sin embargo, diseñar el perfil cuasi ideal de un intérprete comunitario que cumple la mayoría de las expectativas de los médicos e intérpretes: después

de haber resumido la opinión generalmente compartida entre los médicos y entre los intérpretes se manifiestan muchas similitudes. El haber usado los modelos existentes sobre los roles fue de gran ayuda para categorizar las expectativas y así resaltar las similitudes entre las dos perspectivas.

El perfil cuasi ideal que propongo para un intérprete médico es el siguiente:

- Adoptar el papel descrito por el concepto del *conduit*, *clarifier* y *culture broker* y no asumir el del *advocate*.
- Usar el *mediated approach* en una forma muy leve, sin mucha intervención: la aportación activa y el ser visible se deben limitar a aclarar jerga médica y contextos culturales.
- Usar *partially invariant target messages* de la primera categoría: simplificar el vocabulario técnico y mediar cultura.
- Usar *partially invariant target messages* de la segunda categoría: señalar malentendidos.
- Evitar *zero target messages*: la omisión de enunciados, sean o no secundarios, no es aceptable.
- Interpretar conforme al sentido.

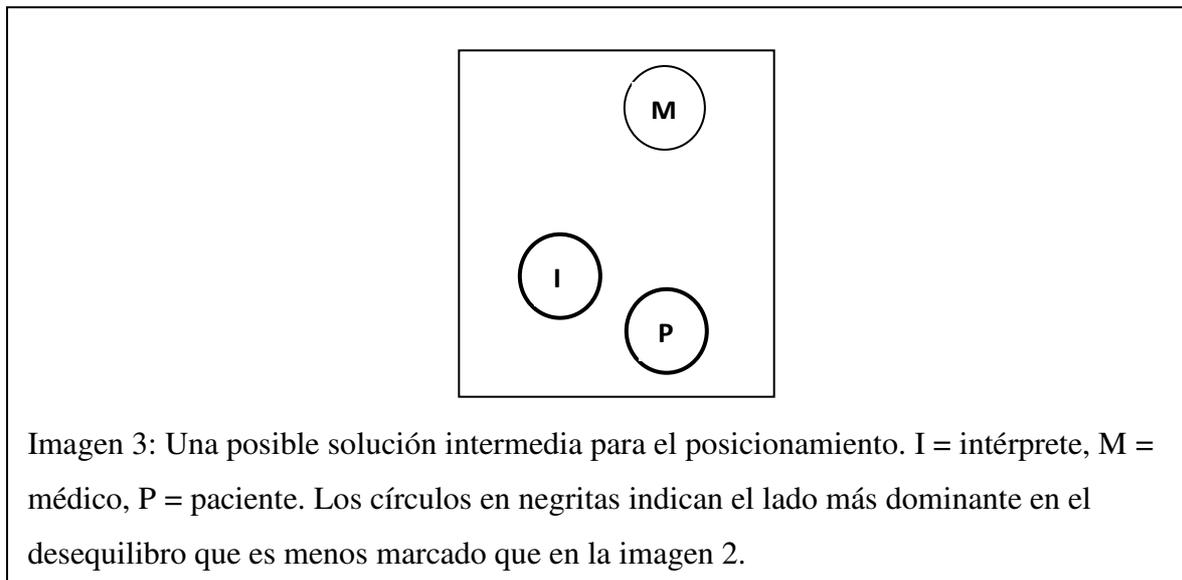
Los dos puntos en los cuales las expectativas divergen más son el uso de *variant target messages* y un papel del intérprete como persona de confianza. Omitir insultos y añadir explicaciones por propia cuenta como lo practican muchos intérpretes encuestados no es aceptado por los médicos ya que no quieren que el intérprete tome decisiones propias ni asuma o interprete por su propia cuenta. En el perfil no incluyo el papel de la persona de confianza o acompañante que es claramente muy esencial para los intérpretes porque no existe ningún punto de referencia para las perspectivas de los médicos. Los estudios existentes no informan lo suficiente sobre este aspecto y por consiguiente hace falta realizar

más investigaciones que interroguen a los médicos sobre su actitud en cuanto a tal rol. La exigencia de los médicos de que los intérpretes ayuden a los pacientes a rellenar formularios podría señalar en la dirección de un rol como acompañante. Pero tal como lo explican los intérpretes me parece ir más allá de la función que los médicos se imaginan con rellenar formularios. Al realmente ser acompañante, lo que puede comenzar con la ayuda con los formularios y de ahí desarrollarse más, la relación entre paciente e intérprete se vuelve más íntima y confidencial. El paso de este rol al papel del *advocate* parece pequeño. La relación que surge al ser acompañante ya no permitiría una función neutral como lo prefieren los médicos y por lo tanto me parecería equivocado incluir el papel de la persona de confianza en el perfil cuasi ideal.

Ya que los estudios no investigan explícitamente la actitud de los médicos en relación a un papel según el *advocate*, he decidido excluir este rol del perfil cuasi ideal apoyándome también en la opinión de los autores de *Estándares para Intérpretes Médicos en California* que explican que “la función de interventor en pro de la salud y bienestar del paciente debe permanecer como una función opcional para cada intérprete médico, debido al alto nivel de destreza que se requiere y al posible riesgo para ambos, paciente e intérprete” (33).

El papel de acompañante del paciente que la mayoría de los intérpretes incluye en su perfil de responsabilidades, también lleva consigo un punto opuesto en cuanto al posicionamiento. La distribución ideal para los intérpretes sería que el intérprete esté sentado al lado del paciente. Sin embargo, el posicionamiento ideal para los médicos, que prefieren un rol neutral del intérprete, sería el del triángulo con el intérprete en el medio. Por esa divergencia que resulta en los estudios, no incluyo el posicionamiento en el perfil cuasi ideal. Yo, por mi parte, recomendaría el posicionamiento equilibrado del triángulo como Felgner lo prefiere ya que estoy en contra de una función del intérprete como persona de confianza. Pero el perfil cuasi ideal debe respetar las perspectivas de los médicos y los intérpretes al mismo

tiempo y por lo tanto, un compromiso entre el triángulo y el posicionamiento con el intérprete y el paciente sentados juntos podría ser usado (ver imagen 3).



También hace falta destacar las limitaciones que se dan al usar modelos o categorías fijos como los que se han usado en este trabajo. La categorización del *direct* y *mediated approach* y la visibilidad no pueden describir adecuadamente el rol tan complejo de un intérprete. El concepto de Niska es el más informativo en cuanto al papel y por lo tanto se han usado sobre todo las categorías del modelo piramidal para describir la función del intérprete. Sin embargo, el enfoque de Niska es también una categorización a grandes rasgos: no describe las tareas del intérprete ni la manera de interpretar de manera lo suficientemente detallada lo que construye categorías que comprenden un perfil demasiado amplio del intérprete comunitario. Es, sin embargo, justo a este nivel que se encuentran las diferencias entre las perspectivas de los médicos y los intérpretes. Para hacer un análisis más informativo es necesario complementar el modelo existente con categorías más precisas o añadir subcategorías a las categorías ya existentes. La perspectiva de los intérpretes que se ha puesto de relieve en este trabajo demuestra que el modelo de Niska carece claramente de una categoría que se ocupe de la base de confianza entre paciente e intérprete.

Esta función de un intérprete como orientador del paciente abarca todo un nuevo

campo profesional. Ser asesor es en sí una profesión aparte de la de un intérprete y comprende competencias distintas. Los estudios demuestran que el intérprete médico ejecuta dos profesiones al mismo tiempo. Dependiendo de la perspectiva de los médicos en cuanto a este punto, debería establecerse entonces un nuevo perfil profesional para el ámbito médico que ya no sería la mera profesión del intérprete en función original de mediar entre dos idiomas sino una simbiosis entre la profesión de un intérprete y la de un asesor. Esta simbiosis solamente debe darse si los médicos aceptan esa intervención del intérprete y si tal función es compatible y razonable con la carga ya compleja que presenta la función del intérprete. No hay que olvidar que errores o imprecisiones en la interpretación en el ámbito médico pueden llevar consecuencias fatales consigo.

El asunto de ese nuevo perfil demuestra de forma ejemplar la necesidad de estándares y normas para la profesión del intérprete médico. Los conceptos existentes sobre el papel del intérprete comunitario son demasiado amplios y dejan mucha libertad al intérprete. A esto se suman las opiniones y expectativas controvertidas de las diferentes personas involucradas en una situación interpretada. Por consiguiente, es sumamente importante poder establecer un estándar para la profesión del intérprete médico: un código ético no es suficiente. Hace falta establecer normas y reglas legales que el intérprete tiene que cumplir. Solo así se puede formar una base para una formación profesional estandarizada y así garantizar una interpretación impecable tan necesaria en un ámbito donde una interpretación errónea puede provocar consecuencias letales. La formación profesional debe, además, ser requisito para ser empleado y así evitar el empleo riesgoso de no profesionales.

Tales normas legales a nivel nacional no existen hasta el momento. Hay, por ejemplo, un reporte elaborado por la California Healthcare Interpreting Association que provee estándares para los intérpretes médicos en California: principios éticos, protocolos y lineamientos (*California Standards*). El contenido es un primer paso en la dirección correcta

e incluye mucha información importante. Es, sin embargo, meramente una guía que ellos facilitan a los intérpretes que no tiene ni importancia legal ni nacional. Por esa falta de reglamentación legal y nacional me parece sumamente importante hacer más investigaciones sobre el papel y el comportamiento del intérprete médico para obtener los datos necesarios y así establecer un estándar y las reglas necesarias para garantizar ese estándar: los médicos y pacientes sabrán qué esperar del intérprete y los intérpretes conocerán exactamente sus límites y sabrán cómo ejecutar su profesión. Para establecer un estándar razonable también hay que interrogar a los pacientes, un campo hasta ahora poco explorado. Conocer las expectativas y necesidades de los pacientes es útil y podría dar información significativa sobre el papel del intérprete médico. Además, el significado del género, combinaciones de idiomas y una comparación entre intérpretes profesionales y no profesionales serían temas interesantes para investigaciones futuras.

## OBRAS CITADAS

- Allaoui, Raoua. *Dolmetschen im Krankenhaus: Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier Verlag, 2005. Impreso.
- Anderson, R. Bruce W. "Perspectives on the Role of Interpreter." *The Interpreting Studies Reader*. Eds. Franz Pöchhacker y Miriam Shlesinger. London / New York: Routledge, 2002. 208-17. Impreso.
- Angelelli, Claudia V. *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. Impreso.
- . "The Role of the Interpreter in the Healthcare Setting: A Plea for a Dialogue Between Research and Practice." *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Eds. Carmen Valero-Garcés y Anne Martin. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2008. 147-63. Impreso.
- Angelelli, Claudia, Niels Agger-Gupta, Carola E. Green y Linda Okahara. "The California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical principles, protocols and guidance on roles and intervention." *The Critical Link 4: Professionalisation of Interpreting in the Community: Selected Papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Eds. Cecilia Wadensjö, Brigitta E. Dimitrova y Anna-Lena Nilsson. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2007. 167-77. Impreso.
- Barkowski, Marja. *Dolmetschen im medizinischen Bereich: Diplomarbeit*. Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ), 2007. Impreso.
- Bolden, Galina B. "Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking." *Discourse Studies* 2.4 (2000): 387-419. Impreso.
- California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles and Intervention*. California Healthcare Interpreters

- Association, 2002. *California Healthcare Interpreters Association*. Web. 23 de septiembre de 2014.
- Chesher, Terry, Helen Slatyer, Vadim Doubine, Lia Jaric y Rosy Lazarri. "Community-Based Interpreting: The Interpreters' Perspective." *The Critical Link 3: Interpreters in the Community: Selected Papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Montréal, Québec, Canada 22-26 May 2001*. Eds. Louise Brunette, Georges Bastin, Isabelle Hemlin y Heather Clarke. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2003. 273-92. Impreso.
- Davidson, Brad. "Questions in Cross-Linguistic Medical Encounters: The Role of the Hospital Interpreter." *Anthropological Quarterly* 74.4 (2001): 170-78. Impreso.
- Felgner, Lars. "Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen." *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. Eds. Dörte Andres y Sonja Pöllabauer. München: Martin Meidenbauer, 2009. 45-70. Impreso.
- Garrett, Pamela W., Hugh Grant Dickson, Lis Young, Anna Klinken Whelan y Roberto Forero. "What Do Non-English-Speaking Patients Value in Acute Care? Cultural Competency from the Patient's Perspective: A Qualitative Study." *Ethnicity & Health* 13.5 (2008): 479-96. Impreso.
- Gentile, Adolfo, Uldis Ozolins y Mary Vasilakakos. *Liaison Interpreting: A Handbook*. Victoria: Melbourne University Press, 1996. Impreso.
- Hale, Sandra Beatriz. *Community Interpreting: Research and Practice in Applied Study Linguistics*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007. Impreso.
- Hispanic or Latino Origin*, 2013. *US Census Bureau*. Web. 15 de octubre de 2014.
- Jiang, Lihua. *How Far Can a Community Interpreter Go?: Discourse Interpreting Filters*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, 2011. Impreso.

- Kalina, Sylvia. "Das Modell der gemittelten Kommunikation in interkulturell geprägten Settings." *Dimensionen der Zweitsprachenforschung / Dimensions of Second Language Research: Festschrift für Kurt Kohn*. Eds. Michaela Albl-Mikasa, Sabine Braun y Sylvia Kalina. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag GmbH & Co. KG, 2009. 159-81. Impreso.
- Kontrimas, Jane. "The trouble with the term "advocacy"". *Massachusetts Medical Interpreters Association Newsletter* 3 (Fall 2000): 1-4. Impreso.
- Leanza, Yvan. "Roles of Community Interpreters in Pediatrics as Seen by Interpreters, Physicians and Researchers." *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction*. Eds. Franz Pöchhacker y Miriam Shlesinger. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2007. 11-34. Impreso.
- Mesa, Anne-Marie. "The Cultural Interpreter: An Appreciated Professional. Results of a Study on Interpreting Services: Client, Health Care Worker and Interpreter Points of View." *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver BC, Canada, 19-23 May 1998*. Eds. Roda P. Roberts, Silvana E. Carr, Diana Abraham y Aideen Dufour. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2000. 67-79. Impreso.
- Moazedi, Maryam Laura. "Von Samurai und Samaritern: Status, Image und Persönlichkeit unterschiedlicher Dolmetschtypen." *Kommunaldolmetschen / Community Interpreting: Probleme – Perspektiven – Potenziale*. Eds. Nadja Grbić, Sonja Pöllabauer. Berlin: Frank & Timme GmbH, 2008. 65-90. Impreso.
- Moody, Bill. "Literal vs. Liberal: What Is a Faithful Interpretation?" *The Sign Language Translator and Interpreter* 1.2 (2007): 179-220. Impreso.

- Niska, Helge. "Community Interpreter Training: Past, Present, Future." *Interpreting in the 21st Century: Challenges and Opportunities: Selected Papers from the 1st Forlì Conference on Interpreting Studies, 9-11 November 2000*. Eds. Giuliana Garzone y Maurizio Viezzi. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2002. 133-44. Impreso.
- Obermayer, Cathérine. "Von Alphetieren und schwarzen Schafen: Typologisierungsversuche im Dolmetschbereich." *Kommunaldolmetschen / Community Interpreting: Probleme – Perspektiven - Potenziale*. Eds. Nadja Grbić y Sonja Pöllabauer. Berlin: Frank & Timme GmbH, 2008. 31-63. Impreso.
- Pöchhacker, Franz. "The Community Interpreter's Task: Self-Perception and Provider Views." *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver BC, Canada, 19-23 May 1998*. Eds. Roda P. Roberts, Silvana E. Carr, Diana Abraham y Aideen Dufour. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 2000. 49-65. Impreso.
- . *Dolmetschen: konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH, 2000. Impreso.
- Prunč, Erich. "Konferenz- und Kommunaldolmetschen." *Am Schnittpunkt von Philologie und Translationswissenschaft: Festschrift zu Ehren von Martin Forstner*. Eds. Erich Prunč y Hannelore Lee-Jahnke. Bern: Peter Lang AG, 2010. 259-80. Impreso.
- Roberts, Roda P.. "Community Interpreting Today and Tomorrow." *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995*. Eds. Silvana E. Carr, Roda P. Roberts, Aideen Dufour y Dini Steyn. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 1997. 7-25. Impreso.

Slapp, Ashley Marc. *Community Interpreting in Deutschland: Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*. München: M-Press, 2004. Impreso.

Uluköylü, Sevgi. „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich.“ *Kommunaldolmetschen / Community Interpreting: Probleme – Perspektiven – Potenziale*. Eds. Nadja Grbić y Sonja Pöllabauer. Berlin: Frank & Timme GmbH, 2008. 173-220. Impreso.

Wadensjö, Cecilia. *Interpreting as Interaction*. New York: Addison Wesley Longman Inc., 1998. Impreso.

## VITA

Graduate School  
Southern Illinois University

Nathalie Seitz

nathalie.seitz@hotmail.com

School of Applied Linguistics  
Bachelor of Arts in Translation with Specialisation in Multilingual Communication UAS  
Zurich, October 2012

Research Paper Title:

Interpretación comunitaria: El papel del intérprete médico.

Expectativas de médicos e intérpretes.

Major Professor: Lourdes Albuixech, Ph.D.