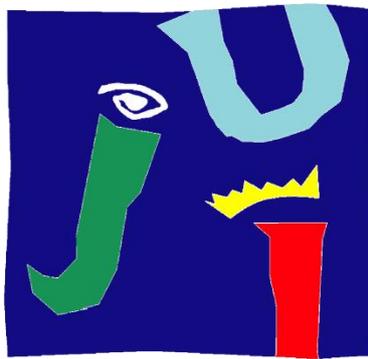


MÁSTER OFICIAL DE TRADUCCIÓN MÉDICO-SANITARIA

UNIVERSITAT JAUME I

**LA FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN EN
INTERPRETACIÓN MÉDICO-SANITARIA EN
CONTEXTOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**



**UNIVERSITAT
JAUME · I**

AUTORA: TÁSSIA RAFAELA MONTANHEIRO RODRIGUES

DIRECTORA: DRA. DORA SALES SALVADOR

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

ITINERARIO INVESTIGADOR

NOVIEMBRE DE 2016

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Definición y justificación del objeto de estudio	2
1.2. Objetivo	3
1.3. Hipótesis	3
1.4. Estructura del trabajo	4
2. BREVE ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
2.1. La violencia de género	5
2.1.1 Definición	5
2.1.2 Tipos de violencia	6
2.1.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud de las víctimas	8
2.1.4 Derechos de las pacientes	9
2.2. Atención sanitaria	10
2.2.1 Protocolo de abordaje para los/as profesionales sanitarios	10
2.2.2 Criterios de sospecha durante el abordaje	12
2.2.3 Principios éticos para el personal sanitario	13
2.2.4 Conflictos éticos en contextos de violencia de género	14
2.3. La interpretación en los servicios públicos	15
2.3.1 La interpretación sanitaria	16
2.3.2 La interpretación sanitaria en contextos de violencia de género	17
2.3.3 Consecuencias de trabajar con intérpretes no profesionales	18
2.3.4 Código deontológico	20
2.3.5 Protocolo de actuación para intérpretes sanitarios en casos de violencia de género	20
3. FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN	22
3.1. Grupos y proyectos en España	24
3.2. Grupos y proyectos en otros países	25
3.3. Proyecto SOS-VICS	26
4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	28
5. RESULTADOS DEL ESTUDIO	30
5.1. Presentación de los resultados de las preguntas cerradas	30
5.1.1 Preguntas generales	30

5.1.2 Interpretación en el ámbito sanitario	33
5.1.3 Formación y especialización	35
5.2. Presentación de los resultados de las preguntas abiertas	38
5.2.1 Preguntas generales	39
5.2.2 Interpretación en el ámbito sanitario	39
5.2.3 Formación y especialización.....	40
5.3. Posibles mejoras en formación y especialización de intérpretes.....	41
6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	43
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50
ANEXO I: ENCUESTA	50
ANEXO II: MODELO DE PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia de los distintos tipos de violencia (Macroencuesta 2015)	7
Figura 2: Página web SOS-VICS de recursos para intérpretes	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: pregunta 1 (elaboración propia)	30
Gráfico 2: pregunta 2 (elaboración propia)	31
Gráfico 3: pregunta 3 (elaboración propia)	31
Gráfico 4: pregunta 4 (elaboración propia)	32
Gráfico 5: pregunta 5 (elaboración propia)	32
Gráfico 6: pregunta 6 (elaboración propia)	33
Gráfico 7: pregunta 8 (elaboración propia)	33
Gráfico 8: pregunta 9 (elaboración propia)	34
Gráfico 9: pregunta 12 (elaboración propia)	34
Gráfico 10: pregunta 14 (elaboración propia)	35
Gráfico 11: pregunta 15 (elaboración propia)	35
Gráfico 12: pregunta 16 (elaboración propia)	36
Gráfico 13: pregunta 17 (elaboración propia)	36
Gráfico 14: pregunta 18 (elaboración propia)	37
Gráfico 15: pregunta 20 (elaboración propia)	37
Gráfico 16: pregunta 21 (elaboración propia)	38
Gráfico 17: pregunta 22 (elaboración propia)	38

RESUMEN

En los últimos años, el gobierno español ha puesto en marcha muchas medidas para prevenir la violencia de género. Sin embargo, las mujeres extranjeras víctimas de malos tratos en España difícilmente tienen acceso a estas medidas y, cuando lo tienen, suelen ser asistidas por intérpretes no profesionales, amigos, familiares y, a veces, incluso por el propio agresor. Asimismo, se trata de una situación delicada, que requiere una preparación específica por parte de los/as profesionales que intervienen. Teniendo esto en cuenta, en este estudio se investigará si la formación en interpretación que se oferta hoy en día en España es suficiente o no. Se abordará también la necesidad de especialización en el ámbito médico-sanitario y en contextos de violencia de género, proponiendo posibles mejoras en el campo de la formación y especialización.

Palabras clave: violencia de género, interpretación sanitaria, formación y especialización de intérpretes.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y justificación del objeto de estudio

La motivación para realizar esta investigación surgió a raíz de la preocupación por la situación de las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en España y de los y las intérpretes¹ que las asisten en el ámbito médico. La violencia de género es una situación muy grave y un problema de salud pública. Aunque hoy en día hay muchas iniciativas que combaten la violencia de género, poco se hace para mejorar la situación de los/as intérpretes que dan voz a las mujeres extranjeras que denuncian aquí.

Según el *Boletín Estadístico Anual*, en 2015 se han producido 60 víctimas mortales por violencia de género en España, de las cuales 22 eran extranjeras. Según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015* la prevalencia de la violencia de género es mayor entre las mujeres extranjeras, quienes también denuncian más que las españolas (33,2 % frente al 27,6 %).

Como se puede ver, las víctimas extranjeras representan un porcentaje importante. A menudo, estas mujeres no saben comunicarse en español, por lo que estarán en desventaja durante todo el proceso por el que tienen que pasar si no cuentan con un/a intérprete que transmita lo que tienen que decir.

Cabe mencionar que, en muchas ocasiones, las víctimas no cuentan con un/a intérprete cualificado y, muchas veces, son amigos y familiares quienes interpretan para ellas. Dado que no son profesionales, la comunicación puede verse gravemente dañada.

A raíz de esta situación, se optado por llevar a cabo una investigación sobre la necesidad de formación y especialización de quienes interpretan para las víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario.

Se ha seleccionado el ámbito médico-sanitario porque la atención primaria es fundamental en situaciones de violencia de género. En algunas ocasiones, la víctima acude al hospital antes que a comisaría debido a las lesiones producidas por la agresión. Los/as intérpretes que actúen en estas situaciones deben estar doblemente preparados: por un lado, necesitan contar con los conocimientos necesarios sobre el ámbito sanitario

¹ Aunque se habría preferido el uso del género según lo habitual en español, teniendo en cuenta la naturaleza de este estudio, se emplearán formas del lenguaje inclusivo.

y, por otro, tienen que estar preparados psicológica y emocionalmente dado que se trata de una situación muy delicada.

Por todo lo anteriormente expuesto, en la presente investigación se analizará la formación y especialización que reciben quienes interpretan en estos casos para determinar si es suficiente y qué se puede mejorar. Para eso, se hará primero un breve repaso de la situación de la violencia de género en España, el papel de la asistencia médico-sanitaria y, por último, la situación actual de la interpretación sanitaria en contextos de violencia de género en nuestro país.

Se hará especial énfasis en la formación y especialización de los y las intérpretes que asisten a las víctimas en el ámbito médico. Para eso, se detallarán programas y proyectos creados con el fin de aportar mejoras en la formación de quienes interpretan, en especial SOS-VICS, un proyecto piloto creado por varias universidades españolas y destinado a los/as intérpretes que asisten a las víctimas de violencia de género.

Como medio para alcanzar los datos necesarios, se realizará una encuesta destinada a intérpretes profesionales que actúan en el ámbito sanitario. Los resultados serán analizados en este trabajo y, a partir de ellos, se propondrán unas posibles mejoras.

1.2. Objetivo

El principal objetivo de esta investigación es definir las necesidades de formación y especialización en interpretación sanitaria en contextos de violencia de género. Para eso, se analizará la experiencia y opinión de algunos/as intérpretes profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

1.3. Hipótesis

Los/as intérpretes que asisten a las víctimas en el ámbito sanitario tienen que enfrentarse a muchos desafíos, como la complejidad del proceso de atención sanitaria y el estado psicológico y emocional de las víctimas. En muchos casos, no cuentan con la preparación y el apoyo necesario, lo que dificulta aún más su trabajo.

Tras analizar esta situación, se ha formulado una hipótesis que parte de la idea de que es necesario que el/la intérprete que trabaja con víctimas de malos tratos en el ámbito sanitario posea una formación específica. A partir de esta hipótesis, se ha planteado

como objetivo determinar cuáles son las necesidades de formación y especialización de quienes interpretan y aportar una solución.

1.4. Estructura del trabajo

En primer lugar, se presentará una introducción teórica sobre conceptos como la violencia de género, la asistencia médico-sanitaria que reciben las víctimas y la interpretación sanitaria. Luego, se abordará la formación y especialización de los y las intérpretes. También se analizará la labor de los programas y proyectos que se llevaron a cabo a fin de mejorar la formación, en especial del proyecto piloto SOS-VICS, dedicado a mejorar la formación de los/as intérpretes en contextos de violencia de género.

Luego, se pasará a analizar la metodología empleada para la investigación y se presentarán los resultados obtenidos a través de la encuesta, seguidos de las posibles soluciones que se podrían poner en marcha para mejorar la situación analizada.

Por último, se presentarán las conclusiones y se hablará de las líneas de investigación que son de interés para futuros estudios.

2. BREVE ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1. La violencia de género

2.1.1 Definición

La violencia de género es un grave problema a nivel mundial. Son muchas las mujeres que están sometidas a una situación de total indefensión debido al maltrato que sufren por parte de sus parejas o ex parejas. Además de constituir una violación de los derechos humanos de las mujeres, este tipo de agresión es también un problema de salud pública. Por eso, muchos organismos e instituciones pusieron en marcha programas que pretenden erradicar este tipo de violencia.

A nivel internacional, las Naciones Unidas aprobaron la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, que tuvo lugar en 1993 en Viena. En el Artículo I de la declaración, se estipula que:

Por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993: Artículo I).

La Comisión Europea defienden en su página web que «gender-based violence is a brutal form of discrimination and a violation of the victim's fundamental rights. It is both a cause and a consequence of inequalities between women and men» (Comisión Europea, 2016), por lo que cofinancia varias campañas y proyectos para sensibilizar sobre este problema, entre las que destaca *Women Against Violence Europe (WAVE)*.

A nivel europeo, destaca la encuesta a escala realizada por la FRA (*European Union Agency for Fundamental Rights*) en 2010, a petición del Parlamento Europeo. El propósito de la encuesta es presentar a la Unión Europea y a sus Estados miembros datos exhaustivos sobre la violencia de género en la UE. La encuesta iba dirigida a mujeres de entre 18 y 74 años y se ha llevado a cabo en forma de entrevistas directas a 42.000 víctimas de los 28 Estados miembros.

A nivel nacional, es la Ley orgánica 1/2004 la que regula la violencia de género. En ella, se establece que la violencia contra la mujer consiste en «todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad» (LO 1/2004: 1.3).

Además, cada cuatro años, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género realiza un estudio estadístico conocido como *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer* (última edición en 2015). También destaca el *Boletín Estadístico Anual*, en el que se analizan los datos estadísticos sobre violencia de género obtenidos cada año.

Según el último *Boletín Estadístico Anual*, en 2015 se han producido 60 muertes a causa de violencia de género en España. De esas 60 víctimas, 22 procedían de otros países. Muchas de ellas no entienden ni saben comunicarse en español. Para que se les garantice el cumplimiento de todos sus derechos, es necesario contar con el servicio de intérpretes profesionales durante todo el proceso, para que así puedan entender y ser entendidas.

2.1.2 Tipos de violencia

Una mujer víctima de violencia de género puede sufrir a su vez distintos tipos de violencia. Todas ellas tienen un gran impacto en la salud de la víctima. En este apartado analizaremos los principales tipos de violencia que las víctimas sufren.

Violencia física

Se define como «cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012: 19). Entre las formas más comunes de violencia física se encuentran los empujones, bofetadas y tirones de pelo.

Según la macroencuesta de 2015, un 4,2 % de las mujeres extranjeras sufrieron violencia física en España, frente al 2,6 % de las españolas.

Violencia sexual

Se trata de una forma de violencia que consiste en forzar a una mujer a mantener cualquier tipo de relación sexual en contra de su voluntad. Esta forma de violencia

«ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012: 19).

Según la macroencuesta de 2015, el 1,6 % de las españolas sufrieron violencia sexual, mientras que entre las mujeres procedentes de otros países la cifra asciende a un 3,1 %.

Violencia psicológica

Es un tipo de violencia menos visible que la física y la sexual. Según la FRA, las formas más comunes de violencia psicológica se dan cuando el agresor menosprecia o humilla a la mujer en privado, cuando insiste mucho en querer saber dónde ella se encuentra y cuando se enfada porque ella habla con otros hombres. También se considera violencia psicológica cualquier forma de humillación, menosprecio, vejación, intimidación, amenazas, privación de libertad, aislamiento social y chantaje emocional.

Según la encuesta de la FRA, la violencia psicológica que sufre la víctima aumenta en proporción con el consumo de alcohol por parte del agresor, es decir, cuanto más se embriague el maltratador, más aumentará la violencia psicológica que sufra la mujer.

Es necesario mencionar también que una de las formas de violencia psicológica consiste en prohibir que la mujer trabaje fuera de casa y que tome decisiones independientes sobre finanzas. Este tipo de violencia se conoce como violencia económica. La última macroencuesta sitúa la cifra de españolas que sufrieron violencia económica en un 2,7 % frente al 7,3 % de las extranjeras.

Tabla 17.1. Prevalencia de los distintos tipos de violencia de género por parte de la PAREJA ACTUAL a lo largo de toda la vida, según lugar de nacimiento. Mujeres de 16 y más años

	física***	sexual***	control***	emocional***	miedo***	económica***
España	1,6%	1,6	10,6	8,6	2,5	2,7
otro país	4,2%	3,1	22,3	14,2	6,1	7,3

* $P < 0,1$, ** $P < 0,05$, *** $P < 0,001$

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos del estudio 3.027 del CIS.

Figura 1: Prevalencia de los distintos tipos de violencia (Macroencuesta 2015)

2.1.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud de las víctimas

La situación de violencia de género a la que están sometidas muchas mujeres tiene consecuencias muy graves para la salud, tanto suya como de sus hijos. Las mujeres que sufren o han sufrido maltrato suelen enfrentarse a problemas de salud física, psicológica, reproductiva y sexual, por lo que, en 1996, en la 49ª *Asamblea Nacional de la Salud*, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha declarado la violencia de género como «una prioridad de salud pública en todo el mundo».

La consecuencia más grave de la violencia contra las mujeres es la muerte o el suicidio. En 2015, 60 mujeres perdieron sus vidas a manos de sus parejas o ex parejas solo en España. Según estima ONU Mujeres, casi la mitad de las mujeres víctimas de homicidio en 2012 fueron asesinadas por un familiar o pareja sentimental.

En la salud física, las agresiones sufridas varían mucho y pueden dejar marcas de por vida. Muchas mujeres sufren quemaduras, traumatismos y diversas lesiones que pueden llegar incluso a causar alguna discapacidad. Además, tienen que convivir con cefaleas, dolores abdominales, lumbalgias, trastornos gastrointestinales, entre otros.

El maltrato también tiene un gran impacto en la salud sexual y reproductiva. Además de trastornos menstruales y pérdida del deseo sexual, la víctima puede verse infectada por enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Entre las consecuencias más graves destacan el cáncer de cérvix y el embarazo no deseado. Si la violencia se produce cuando la mujer está embarazada, puede llegar a provocar un aborto o un parto prematuro.

Además, las víctimas de violencia sexual sufren de consecuencias psicológicas a largo plazo, como miedo, cólera, vergüenza, pérdida de confianza, vulnerabilidad y ansiedad.

En relación a la salud psicológica, las mujeres afectadas pueden presentar cuadros de depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos alimentares (anorexia, bulimia), intento de suicidio, trastornos psicopatológicos y adicción al alcohol y a las drogas. También es común que desarrollen el síndrome de Estocolmo doméstico, un fenómeno psicológico que tiene lugar cuando la víctima de malos tratos crea un vínculo afectivo con su agresor que impide que denuncie o se separe de él.

2.1.4 Derechos de las pacientes

En el Título II de la Ley Orgánica 1/2004 se estipulan todos los derechos que las mujeres víctimas de violencia de género poseen en España. A continuación, se hará un repaso de estos derechos garantizados por ley.

En primer lugar, la LO 1/2004 establece que quienes sufren violencia de género tienen derecho a ser informadas y asesoradas sobre su situación, su protección y su seguridad. También tienen derecho a recibir información sobre los derechos que poseen y las ayudas a las que pueden aspirar. Además, tienen derecho a la asistencia integral, es decir, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, recogida y recuperación integral. Tienen derecho también a recibir asistencia jurídica gratuita durante todo el proceso.

En segundo lugar, respecto a su situación laboral, la Ley estipula que tienen derecho a la reducción de la carga horaria laboral, así como a la movilidad geográfica, la suspensión con reserva de puesto y la extinción del contrato laboral. En caso de suspensión o extinción contractual, la mujer estará en una situación legal de desempleo.

En tercer lugar, se establece que tienen derecho prioritario a acceder a viviendas protegidas y a residencias públicas. Podrán también gozar de ayudas económicas y participar de programas de inserción laboral específicos.

En la LO 1/2004, no se menciona de manera explícita el derecho a interpretación, aunque sí se reconoce que la información «deberá ofrecerse en formato accesible y comprensible a las personas con discapacidad, tales como lenguas de signo u otras modalidades u opciones de comunicación» (LO 1/2004). Teniendo en cuenta que en el Título II, Capítulo I la Ley reconoce el derecho de la mujer a la información, para que las víctimas extranjeras que no se comunican en español puedan tener acceso a los derechos contemplados en esta Ley, la asistencia lingüística profesional es fundamental.

2.2. Atención sanitaria

La atención sanitaria desempeña un papel fundamental tanto en la identificación y prevención de la violencia contra la mujer como en la recuperación de la víctima. Como ya se ha mencionado con anterioridad, en 1996 la OMS declaró la violencia de género como un problema de salud pública, pudiendo ocasionar graves consecuencias en la salud de la víctima. Son muchas las enfermedades causadas por ella y asociadas a ella.

Debido a la magnitud del problema, es fundamental la prevención, la asistencia, el diagnóstico y la detección precoz. Sin embargo, uno de los principales problemas al combatir la violencia de género es el retraso en la detección y el diagnóstico. Dado que algunas consecuencias de la violencia, como la depresión, pueden desencadenar la muerte o el suicidio de la mujer, es necesaria una «atención sanitaria compartida y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales» (Delegación Provincial de Salud de Granada, 2007: 12).

Según la *Guía de actuación para la atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género* realizada por la Delegación Provincial de Salud de Granada, existen algunas dificultades al diagnosticar a las víctimas, entre las que destaca la falta de hábito del personal sanitario para identificar signos de violencia y la negación de la mujer a reconocer que está siendo víctima de maltrato.

Por lo tanto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró en 2012 el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*, un protocolo que tiene como finalidad establecer «una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012: 17).

2.2.1 Protocolo de abordaje para los/as profesionales sanitarios

La detección precoz es esencial en el abordaje de la violencia de género, por lo que los expertos recomiendan que el personal sanitario tenga siempre en mente la posibilidad de malos tratos como diagnóstico diferencial. De esa forma, es aconsejable que el personal sanitario muestre una actitud de alerta ante conductas, síntomas y signos que puedan causar sospecha.

Según la guía elaborada por la Delegación Provincial de Salud de Granada, se recomienda al personal sanitario que, al sospechar que una paciente sufre de violencia de género, intente indagar en el tema en privado, haciendo preguntas sencillas y directas, sin hacer que la mujer se sienta incómoda o presionada.

En el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante violencia de género* se han marcado una serie de pautas que el personal sanitario debe seguir al prestar asistencia a una víctima de violencia de género.

En primer lugar, se recomienda crear un ambiente neutro, que inspire confianza e intimidad, para que la mujer no se sienta juzgada ni presionada. Es necesario asegurar la confidencialidad entre ella y el personal sanitario. Luego, se debe informar a la víctima sobre la violencia de género y las consecuencias que puede tener para su salud. Después, se procederá a evaluar los problemas de salud que presenta causados por el maltrato. A continuación, es importante concienciarla de que no tiene la culpa de lo que le está sucediendo e informarle sobre sus derechos y las decisiones que puede tomar (denunciar, recurrir a servicios sociales, etc.). Por último, si la víctima lo desea, puede trazar un plan de seguridad por si en algún momento tiene que abandonar su hogar debido a una agresión.

El personal sanitario debe evitar emitir juicios, justificar al agresor y subestimar el riesgo que la víctima corre. Tampoco debe recomendar terapia de parejas o, por el contrario, insistir en que abandone al agresor.

En todo el proceso de reconocimiento, se deberá informar a la paciente de todas las exploraciones que se van a realizar y solicitar su consentimiento. Según la gravedad del abuso sufrido y las circunstancias y decisiones de la mujer, el personal tendrá que elaborar un plan de actuación. También es muy importante prestarle apoyo psicológico. Si la víctima es menor de edad, se deberá informar a los padres antes de proceder a dar el alta.

Es fundamental también que el personal sanitario elabore un parte de lesiones, que consiste en un documento sanitario en el que se detalle la agresión sufrida, el tipo de lesiones, el estado psicológico de la mujer y si ha sufrido violencia con anterioridad. También se deben incluir los datos de contacto de la víctima y del agresor. Este

documento debe ser encaminado a la autoridad judicial para informar sobre una posible agresión. El parte de lesiones solo tiene carácter de notificación, no es una denuncia.

2.2.2 Criterios de sospecha durante el abordaje

En el Protocolo creado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad también se detallan una serie de factores a los que el personal sanitario debe estar atento, pues pueden ser indicadores de violencia de género. A continuación se hablará de ellos.

En muchas ocasiones, la mujer no quiere admitir que sufre violencia de género y, por consiguiente, intenta ocultar cómo se produjeron las lesiones para proteger a su agresor. En estos casos, es fundamental que el personal sanitario preste especial atención a la conducta de la víctima y de la pareja y a las lesiones que presenta.

El comportamiento más frecuente en una víctima es la negación. Por eso, intentan quitar importancia a las lesiones, mienten al explicar cómo se produjeron y suelen llevar ropas que tapan las lesiones. En casos así, es frecuente que la explicación presente muchas incongruencias.

Normalmente, las víctimas se comportan de una forma evasiva y temerosa en consulta. Se muestran incómodas, nerviosas y se alteran con facilidad, además de tristes y desmotivadas. Este comportamiento puede ser fruto de una crisis de ansiedad. Al tratar con el personal sanitario, puede ser que eviten el contacto visual y que dificulten la comunicación.

Si la víctima va acompañada por el agresor, esta suele buscar siempre su aprobación, mientras que él suele actuar de forma muy protectora y controladora, respondiendo siempre antes que la mujer. Además, puede mostrarse muy hostil.

Por último, en relación a las lesiones, suelen consistir en hematomas y contusiones, a menudo localizadas en el tronco, el abdomen, la cara, los brazos y los muslos. Algunas de ellas pueden haber sido producidas al intentar defenderse. Suelen presentar lesiones en diferentes estadios de curación, lo que indica que llevan tiempo sufriendo agresiones.

2.2.3 Principios éticos para el personal sanitario

Debido a la vulnerabilidad que presentan las víctimas de violencia de género, el personal sanitario debe actuar siguiendo unos principios éticos (Ley 41/2002 de Autonomía del paciente) recogidos en los códigos deontológicos. A continuación se detallarán estos principios, que están recogidos en el *Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia*, elaborado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El primer principio trata sobre la beneficencia. Como la finalidad de la intervención sanitaria es garantizar la recuperación de la salud de la víctima, el personal sanitario debe velar por la vida y salud de las víctimas.

El segundo principio es el de no maleficencia. Según este principio, al tratar con víctimas de violencia de género, es necesario «valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo» (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2016: 11). El personal sanitario debe ponerla al corriente de los riesgos que corre, aunque ella no quiera denunciar. Además, en casos en los que el parte de lesiones pueda causarle riesgos, hay que trazar un plan para garantizar su seguridad.

En este principio también se incluye el tratamiento del lenguaje. Es aconsejable que el personal sanitario cuide el lenguaje que utiliza, puesto que algunas preguntas y expresiones pueden hacer que se siente juzgada o culpabilizada. Es necesario evitar este tipo de lenguaje.

El tercer principio trata de la confidencialidad, uno de los principales aspectos en este contexto. El secreto profesional es un deber profesional y un derecho de las pacientes. Por consiguiente, es muy importante que toda la información privada de la víctima que pase por el personal sanitario sea tratada de forma confidencial, sobre todo si se tratan de datos personales que permitan localizarla. Así, se contribuye a garantizar su seguridad. Además, al emitir un parte de lesiones, el/la médico debe asegurarse de incluir solamente la información estrictamente necesaria y nunca su historia clínica.

El cuarto y último principio vela por la autonomía de la mujer. Es importante que el personal sanitario tenga siempre presente que es la víctima quien debe tomar las decisiones pertinentes sobre su futuro y su recuperación. Aunque el personal sanitario

debe informar a la mujer sobre los riesgos que corre y las alternativas que posee, no debe intentar forzarla a tomar una decisión que no quiere.

2.2.4 Conflictos éticos en contextos de violencia de género

Algunos de los principios éticos vistos en el apartado anterior pueden contradecirse y llegar a causar un conflicto ético para el personal sanitario, sobre todo al tratarse de casos muy delicados.

Esta situación de conflicto se da, sobre todo, cuando la víctima opta por no denunciar al agresor. Por una parte, el personal tiene que velar por la confidencialidad y respetar la autonomía de la mujer. Por otra parte, la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su artículo 262 regula que aquellos/as profesionales que tengan conocimiento de un delito deben comunicarlo a las autoridades pertinentes.

Ante esta situación, es normal que el personal sanitario tenga dudas sobre qué decisión debe tomar. Por ejemplo, al emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la víctima, puede que el/la médico considere que no está guardando el secreto profesional. Sin embargo, si no emite el parte de lesiones, está fallando al principio de beneficencia.

Es fundamental, por lo tanto, que quien asista a la víctima le informe sobre la responsabilidad que tiene de informar al juzgado sobre la agresión y que el parte de lesiones solo tiene carácter de notificación, de forma que las autoridades solo podrán proceder penalmente si ella decide denunciar.

2.3. La interpretación en los servicios públicos

La interpretación sanitaria está englobada dentro de lo que se conoce como interpretación en los servicios públicos, interpretación comunitaria o interpretación social (en Australia y Estados Unidos *community interpreting*, en el Reino Unido *public service interpreting*, en Canadá *cultural interpreting*), una disciplina que abarca la interpretación en los diversos ámbitos que componen los servicios públicos (hospitales, juzgados, comisarías, servicios de inmigración, etc.).

En la I Conferencia Internacional sobre Interpretación en los Servicios Públicos, que se celebró en Ontario en 1995, se estableció como definición que:

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services (Mikkelson, 2004).

La interpretación en los servicios públicos empezó como una forma de brindar a los/as usuarios/as extranjeros acceso a los servicios públicos básicos. De esa forma, las personas que no hablan la lengua oficial del país pueden tener acceso a los servicios básicos sin que la comunicación con el proveedor se vea afectada.

Normalmente, la comunicación se lleva a cabo en forma de diálogo, de modo que predomina las modalidades de interpretación de enlace y consecutiva. El/la intérprete actúa como un puente, permitiendo que las dos partes interactúen correctamente y gestionando todos los aspectos lingüísticos, culturales y paraculturales que puedan causar problemas.

En relación a quién realiza la interpretación, lo recomendable es que sea un/a intérprete profesional cualificado/a. Según la *Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes* «es muy frecuente que las víctimas acudan acompañadas de familiares, incluso niñas y niños pequeños, o de amistades que conocen mejor el español y que actúan como “intérpretes”, como revelan las respuestas de la encuesta a agentes» (Borja

Albi y Del Pozo, 2015:33), situación que puede llegar a repercutir en la comunicación, como se detallará en el apartado 2.3.3.

2.3.1 La interpretación sanitaria

La interpretación sanitaria es un subtipo de interpretación en los servicios públicos que se lleva a cabo en situaciones y espacios que conforman el ámbito médico-sanitario (hospitales, clínicas, consultorios, etc.).

El ámbito sanitario abarca una gran variedad de disciplinas, como la forense, la psicológica, la atención primaria, entre otras. Todas estas disciplinas tienen sus características y peculiaridades. Además, dentro del ámbito médico-sanitario la comunicación puede tener lugar en diferentes contextos y situaciones (consulta en urgencias, consulta con el médico forense, intervención psicológica, etc.). Todas estas situaciones y contextos diferentes condicionan el modo en que sucederá la comunicación y, por lo tanto, también la interpretación.

En relación a la terminología, el ámbito sanitario destaca por el empleo de un lenguaje y una terminología muy especializados, que varían según las distintas disciplinas que lo componen. Es fundamental que el/la intérprete posea conocimientos especializados del lenguaje, terminología y disciplina sobre las que versarán las intervenciones.

Aparte de poseer conocimientos lingüísticos y del ámbito de actuación, es muy importante que el/la intérprete profesional entienda la cultura de la víctima, conozca sus particularidades y sepa trasladar el mensaje matizando todas las diferencias culturales para evitar malentendidos. Es muy común que la paciente presente confusiones debido a las diferencias entre el sistema sanitario de su país de origen y el del país en el que se encuentra. Por tanto, es necesario que quien interpreta esté al tanto de las diferencias para poder solucionar los malentendidos que surjan.

En último lugar, las situaciones que ocurren en hospitales y clínicas sanitarias pueden llegar a tener una gran carga emocional. El personal cualificado debe saber cómo «enfrentarse a situaciones de gran carga emocional sin que su labor de intermediación lingüística imparcial se vea afectada ni tenga repercusiones sobre su equilibrio emocional» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 113).

2.2.5 La interpretación sanitaria en contextos de violencia de género

Se conoce por interpretación en contextos de violencia de género a «la práctica de interpretación que se realiza en todos aquellos servicios que una comunidad o sociedad pone a disposición de las víctimas de VG con el fin de ayudarlas a salir de la situación de maltrato en la que viven» (Del Pozo y Toledano, 2015: 60).

Como ya se ha visto antes, el ámbito sanitario es uno de los pilares que conforman los servicios públicos y, en contextos de violencia de género, la atención primaria es clave para garantizar la recuperación de la salud de la mujer.

Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las víctimas de violencia de género en España proceden de otros países, es necesario garantizar una comunicación fluida entre la víctima y el personal que la atiende durante el proceso de recuperación. En casos así, la figura de un/a intérprete profesional es indispensable.

Lo ideal sería contar con un equipo de intérpretes profesionales preparados para trabajar con víctimas de malos tratos. Sin embargo, esta no es la situación que se vive en España actualmente. Hay una falta de intérpretes profesionales para trabajar en el ámbito sanitario, por lo que se suele acudir a intérpretes sin cualificación o, en algunas ocasiones, incluso se prescinde del servicio de interpretación.

Para realizar una interpretación que cumpla todas las funciones, quien interpreta debe estar cualificado y poseer conocimientos sobre el ámbito y la situación que va a interpretar. En casos de maltrato, la labor del/la intérprete es permitir una comunicación fluida entre la víctima y el personal sanitario y «crear el clima de empatía y confianza que requiere la atención sanitaria, en el que el lenguaje juega un papel decisivo como herramienta de sanación» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 108).

Además, es necesario que el/la intérprete entienda que, al trabajar con víctimas de malos tratos, la comunicación se verá marcada por algunas especificidades. Normalmente, aparte de no conocer el idioma, la víctima se encuentra en un estado de confusión muy grande: no sabe dónde se encuentra ni cómo funciona el sistema sanitario que las atiende, desconoce las diferencias culturales y no entiende el lenguaje especializado que algunos profesionales puedan emplear. Por eso, es importante que el/la intérprete que acompañe a la víctima sea profesional y esté preparado/a para solucionar todos los problemas que puedan surgir en las intervenciones.

2.3.2 Consecuencias de trabajar con intérpretes no profesionales

Según lo ya relatado, lo ideal es contar con intérpretes profesionales con cualificación, que posean conocimientos del ámbito sanitario y cuenten con la preparación necesaria para trabajar con víctimas de violencia de género. Sin embargo, la realidad en España es muy diferente. Algunas veces, se contrata a cualquiera que sepa el idioma. En muchos casos, son familiares y amigos quienes hacen de puente de comunicación. Estas personas, no poseen la formación necesaria para actuar como intérpretes y, a veces, ni siquiera saben comunicarse correctamente en español. Esta situación tiene graves consecuencias en el proceso de atención de las víctimas.

Se entiende por «intérprete no profesional» o por «intérprete *ad hoc*» a «aquellas personas que ejercen como mediadoras lingüísticas sin tener una formación que les acredite para desempeñar esta función» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 118). En el ámbito sanitario, los/as intérpretes *ad hoc* pueden ser personas que actúan como voluntarias, algún miembro del personal sanitario con conocimientos de algún idioma, familiares y amigos de la víctima, entre otros.

El hecho de contar con intérpretes no profesionales puede causar muchos problemas, pues, al tratarse de un contexto en el que la paciente está muy frágil, normalmente en un estado de confusión muy grande, el papel de quien interpreta va mucho más allá de un mero trasvase lingüístico. Según la *Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*,

Trabajar con intérpretes profesionales con formación específica en VG en el ámbito sanitario facilita los procesos diagnósticos y terapéuticos, asegura una comunicación de calidad y contribuye a hacer que la víctima se sienta más segura y confiada, se pueda expresar con libertad y pueda tomar decisiones plenamente informadas. Por el contrario, la falta de intérpretes profesionales que conozcan los escenarios y las situaciones por las que pasan las víctimas de VG en los entornos médico sanitarios dificulta la comunicación y puede dar lugar a malentendidos y errores de sentido que pueden tener graves consecuencias para la mujer víctima de VG, errores de diagnóstico, incumplimiento de las pautas terapéuticas por falta de comprensión de las mismas y miedo o desconfianza por parte de la víctima que impide que se exprese abiertamente (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 125).

Según Borja Albi y Del Pozo Triviño (2015), los principales problemas que surgen por la contratación de intérpretes no cualificados son los siguientes:

En primer lugar, la comunicación puede verse malograda por la presencia de malentendidos, errores de sentidos e imprecisiones terminológicas, conceptuales y culturales. Esto puede desencadenar errores en el diagnóstico del/a profesional sanitario y conflictos culturales.

En segundo lugar, la calidad del servicio de interpretación suele ser mala. Un/a intérprete no profesional no es capaz de dominar sus emociones y puede llegar a implicarse demasiado en la situación que esté interpretando.

Un/a intérprete *ad hoc* puede contribuir en la vulneración de los derechos de las pacientes. Esto se produce porque, debido a la falta de conocimientos lingüísticos, el mensaje original puede verse alterado. Además, si el/la intérprete es una familiar o amiga, pueden vulnerar el derecho de la víctima a información y al consentimiento informado.

La imparcialidad también se puede ver afectada. Un/a intérprete sin la formación necesaria puede llegar a ser parcial, omitiendo o añadiendo información cuando no es necesario, o, incluso, hablando en nombre de alguna de las partes.

Cuando un/a intérprete no es profesional, puede violar el principio de confidencialidad, divulgando información privada de la paciente a terceros. La falta de confidencialidad puede hacer que la familia de la paciente o, incluso una gran parte de su comunidad, llegue a saber detalles muy íntimos que no se deberían divulgar.

Otro aspecto que tiene especial relevancia es la cultura. Son incontables los conflictos y problemas interculturales que pueden surgir en una simple conversación en el consultorio de un médico de cabecera. Si se cuenta con el servicio de un/a intérprete profesional, esos problemas serán debidamente solucionados en el transcurso de la conversación. Sin embargo, si la persona que hace de intérprete no tiene la formación suficiente, no será capaz de percibir a tiempo el posible conflicto intercultural.

2.3.3 Código deontológico

La profesión de los/as intérpretes está reglada por un código de conducta ético. En España, existen muchos códigos deontológicos para traductores e intérpretes, creados por asociaciones profesionales e instituciones. Aunque algunos aspectos pueden variar de un código a otro, la mayoría recoge unos principios básicos que todo intérprete debería seguir para una buena práctica. A continuación, se detallarán los aspectos principales según lo estipulado en la *Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*.

- **Fidelidad:** consiste en transmitir el contenido del mensaje sin alterarlo. A menudo se confunde el concepto de fidelidad con la traducción palabra por palabra, pero eso es erróneo.
- **Confidencialidad:** el/la intérprete no debe, bajo ningún concepto, divulgar la información tratada durante las sesiones de interpretación. Tampoco es ético difundir la información personal de alguna paciente con el fin de conseguir beneficios.
- **Honestidad profesional:** es necesario que quien interpreta actúe con profesionalidad, aceptando solo encargos para los que está preparado/a.
- **Neutralidad:** el/la intérprete no debe expresar juicios de valor sobre lo sucedido en las intervenciones ni tomar partido por ninguna de las partes. No debe dejar que trasparezcan sus opiniones personales. Debe ser imparcial y neutral para garantizar la confianza de las dos partes, de manera que la comunicación sea eficaz y no se produzcan malentendidos.

Aparte de eso, la persona que actúe como intérprete debe presentarse, informar sobre sus funciones y sobre cómo se desarrollará la sesión de interpretación. Debe, además, prepararse para realizar una buena interpretación.

2.3.4 Protocolo de actuación para intérpretes sanitarios en casos de violencia de género

La *Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*, elaborada por SOS-VICS, pone a disposición de los/as intérpretes un protocolo de actuación en el ámbito sanitario en contextos de violencia de género. En este apartado se detallarán los aspectos principales de dicho protocolo.

El primer paso es presentarse al personal sanitario y a la víctima y tratar de crear un buen ámbito de interacción. Es importante explicarle a la mujer que guardará confidencialidad sobre todo lo que suceda durante la intervención.

Quien interpreta debe solicitar información al personal sanitario sobre el tema que se va a abordar, sobre todo si el contenido y la terminología que se utilizará son muy complejos. De esa forma, podrá prepararse mejor a fin de resolver los problemas que surjan durante las intervenciones.

El/la intérprete puede hacer uso de la toma de notas, sobre todo en consecutiva, para anotar cifras, nombres, posología y otros términos que puedan causarle problemas. Sin embargo, deberá destruir las notas una vez finalizada la asistencia.

Durante la sesión de interpretación, deberá ser capaz de controlar sus emociones y sentimientos y actuará con discreción durante todo el proceso asistencial, sin dejar que la carga emocional de las intervenciones condicione su trabajo.

Sabrán reproducir el mensaje de manera precisa y siendo fiel al contenido, al tono y al registro que utilicen los emisores. Cuando no entienda a alguno de los interlocutores, deberá pedir aclaraciones, para así cerciorarse de no causar malentendidos.

Conocerá y utilizará los procedimientos necesarios para comunicar el lenguaje no verbal y sabrá «trasvasar lo que desea comunicar la víctima o el/la profesional sin añadir carga emotiva a lo que oyen» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 117).

Deberá conocer los instrumentos y la documentación básica que se maneja en el ámbito sanitario, como informes, fichas, cuestionarios, protocolos de valoración, etc.

Por último, es ideal que el/la intérprete tenga una formación específica en violencia de género, conozca la legislatura y los protocolos de actuación.

3. FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN

En este apartado se pretende abordar las principales acciones formativas y de especialización llevadas a cabo en España y en algunos países pioneros en la formación de intérpretes en los servicios públicos.

La figura de el/la intérprete en los servicios públicos tiene una larga tradición en España. Desde tiempos medievales la interpretación era necesaria, tanto en labores de evangelización como en la administración de las colonias. Normalmente, la persona encargada de interpretar aprendía con la práctica y en no pocos casos los puestos se transmitían de forma hereditaria (Borja Albi y Del Pozo, 2015).

Australia, Canadá y Reino Unido son países con una larga tradición en la acogida de extranjeros, por lo que son pioneros en la creación de programas de formación y acreditación de intérpretes. España avanza lentamente, porque, «a pesar de existir una gran demanda de intérpretes en los servicios públicos en nuestro país, todavía no se considera imprescindible que sean profesionales cualificados» (Del Pozo y Toledano, 2015: 48). De esa forma, en nuestro país no existe un sistema de acreditación y, en la mayoría de los casos, no se exige que el/la intérprete cuente con la formación adecuada.

Además, los planes de estudio no están completamente ajustados a la necesidad de formación de intérpretes en los servicios públicos. Esto se debe a que, en España, los estudios de traducción e interpretación empezaron a ser regulados por la legislación académica a partir de 1990. Como España había entrado en la Unión Europea, los programas universitarios pretendían hacer frente a la necesidad de intérpretes de conferencias, por lo que se dio prioridad a la interpretación simultánea y a lenguas como el inglés, el francés y el alemán. De esa forma, las universidades no cubrían las necesidades de los/as intérpretes en los servicios públicos, ámbito en el que se utiliza más la interpretación de enlace y consecutiva y cuyas lenguas de trabajo van mucho más allá de las tres mencionadas con anterioridad.

Hoy en día, además de las asignaturas de interpretación que contempla el grado en Traducción e Interpretación, existe una oferta de cursos y talleres de especialización. Sin embargo, los programas universitarios y los cursos de formación aún son escasos y poco especializados.

Además, las condiciones laborales, el poco reconocimiento y el intrusismo juegan un papel fundamental en el desarrollo de la formación de intérpretes: muchos/as de los/as intérpretes profesionales no encuentran el incentivo necesario para seguir especializándose debido a que el salario que reciben es insuficiente y, a menudo, tienen que competir por el trabajo con intérpretes *ad hoc*, quienes aceptan tarifas mucho más bajas que los profesionales.

Para combatir la situación provocada por la contratación de intérpretes no profesionales, la *Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes* propone que una buena medida sería que las universidades ofertasen «módulos o cursos no reglados a esos intérpretes potenciales, que consistirían sobre todo en la transmisión de los elementos básicos de la profesión» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 42).

En relación a los cursos de formación que existen hoy en día, en España destaca el *Máster Universitario en comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos*, ofrecido por la Universidad de Alcalá de Henares, en el que se abordan los principales ámbitos que conforman los servicios públicos.

Para la especialización en interpretación sanitaria, destaca el *Máster de Traducción Médico-sanitaria*, ofertado por la Universidad Jaume I, en el que se imparten asignaturas dedicadas a la interpretación y mediación intercultural en ámbitos médico-sanitarios.

En relación a la formación en contextos de violencia de género, destacan los dos talleres realizados por proyecto SOS-VICS en la Universidad de Vigo en abril y en septiembre de 2014, ambos destinados a la formación de intérpretes en contextos de violencia de género.

Para los/as profesionales que actúan en campos muy especializados, la preparación específica en el ámbito de actuación es fundamental. Teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, las pacientes no tienen conocimiento del lenguaje médico, el/la intérprete debe conocer el lenguaje popular relacionado con las áreas sanitarias para trasvasar el mensaje en un registro que la víctima entienda.

Además del conocimiento lingüístico y terminológico, los/as intérpretes necesitan recibir «formación en diferencias culturales a fin de poder entender y trasladar en mensaje de la víctima con todos sus matices» (Borja Albi y Del Pozo, 2015: 113).

Por último, los/as profesionales de la interpretación deben, además, conocer todos los recursos que están disponibles, el funcionamiento del sistema sanitario y los distintos escenarios por los que pasará la paciente, los protocolos de actuación y los instrumentos utilizados por el personal sanitario.

3.1. Grupos y proyectos en España

En España, es la Universidad de Alcalá de Henares la que más destaca en investigación en interpretación en los servicios públicos, gracias al grupo FITISPos, seguido por la Universidad Jaume I (grupo CRIT).

El grupo FITISPos, *Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos*, tiene como objetivo la formación, la investigación y la práctica en el ámbito de la traducción e interpretación en los servicios públicos. Está formado por investigadores de la Universidad de Alcalá de Henares y cuenta con la colaboración de profesionales de otras universidades.

El grupo CRIT, *Comunicaciones y Relaciones Interculturales y Transculturales*, fue creado en 1998 por investigadores de la universidad Jaume I con el objetivo de estudiar las interacciones comunicativas interculturales. Este grupo es el responsable del portal SALUDyCULTURA, orientado hacia la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario.

El grupo MIRAS fue creado en el año 2009 por la Universidad Autónoma de Barcelona. El objetivo principal es responder a las necesidades de investigación y formación en mediación e interpretación en el ámbito social.

Además, destaca también la Red Comunica, un proyecto que surgió en 2005 con el objetivo de convertirse en un observatorio permanente de la comunicación entre lenguas y culturas en España. Está formada por diversos grupos de investigadores de varias universidades españolas. Sus tres funciones principales son: estudiar y analizar la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos en España, fomentar la profesionalización de los traductores e intérpretes en los servicios públicos y concientizar al personal que trabaja en los servicios públicos sobre la importancia de contar con un traductor o intérprete profesional.

3.2. Grupos y proyectos en otros países

En el ámbito internacional, destacan países como Australia, Canadá y Estados Unidos, que cuentan con un gran desarrollo en investigación y formación en interpretación en los servicios públicos. Desde hace décadas, han puesto en marcha proyectos y acciones formativas para mejorar la calidad del servicio de traducción e interpretación en los servicios públicos.

Australia es el país más avanzado en cuestiones de formación y profesionalización en interpretación en los servicios públicos. Eso se debe a que, después de la Segunda Guerra Mundial, el país empezó a recibir una gran cantidad de inmigrantes y no tardaron en intentar dar con una solución a los problemas de comunicación que surgieron. Además, cuenta con el sistema de acreditación de intérpretes más completo que existe por ahora, conocido como *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI)*.

En el campo de la investigación, destacan Gentile, Ozolins y Vasilakakos, que fueron de los primeros en investigar sobre la interpretación en los servicios públicos en Australia. Los tres son autores del libro *Liaison Interpreting: A Handbook* (1996).

En Estados Unidos también se ha desarrollado un programa de acreditación de intérpretes, pero, a diferencia del sistema australiano, abarca muy pocos idiomas.

Canadá destaca por ser un país muy grande en superficie pero muy pequeño en tamaño de población. Por eso, la inmigración juega un papel crucial, pues ayuda a mantener el equilibrio de población. Al ser el país del mundo que más inmigrantes recibe, los/as intérpretes son figuras fundamentales para garantizar una buena comunicación entre proveedores de servicios públicos y usuarios/as inmigrantes.

En Canadá destacan los bancos de intérpretes, que consisten en unas listas de intérpretes que trabajan como *freelancer*. La finalidad de estos bancos es facilitar el acceso a la interpretación. En algunos centros clínicos, como el Hospital para niños de Montreal, el banco de intérpretes está integrado dentro del departamento de Servicios de consulta sociocultural y de interpretación.

Además, en 1995 se celebró el primer congreso internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, que tuvo lugar en Ontario y fue organizado por

Critical Link, una organización sin ánimo de lucro comprometida con la investigación en interpretación en los servicios públicos. Actualmente, ya se han realizado ocho congresos *Critical Link* en varios países.

3.3. Proyecto SOS-VICS

En el ámbito de la formación en interpretación en casos de violencia de género es necesario hablar de SOS-VICS, un proyecto que nació en España con el objetivo de responder a las necesidades de formación para intérpretes que asisten a las víctimas de malos tratos.

Speak Out for Support (SOS-VICS) es un proyecto piloto coordinado por la universidad de Vigo y llevado a cabo en varias comunidades autónomas (Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid, Castilla y León, Andalucía y Canarias). Este proyecto está cofinanciado por el Programa Justicia Penal de la Unión Europea. El objetivo principal que se propone SOS-VICS es mejorar la formación de los/as intérpretes que trabajan en contextos de violencia de género.

El proyecto nació a raíz de la necesidad de contar con intérpretes con cualificación y preparación para trabajar con las víctimas de violencia de género. Tras observar que las medidas puestas en marcha por el gobierno español para prevenir la violencia de género no siempre llegaban a las víctimas extranjeras, puesto que suelen ser asistidas por intérpretes no profesionales, amigos, familiares y, a veces, incluso por el propio agresor, se creó el proyecto SOS-VICS, con la finalidad de proveer recursos para una mejor formación de intérpretes, además de concientizar a todo el personal implicado sobre la necesidad de contar con intérpretes profesionales y con formación específica.

La duración del proyecto fue de dos años (2012-2014) y se desarrolló en tres etapas. En la primera, se recopilaron y analizaron datos estadísticos sobre la necesidad de mediación lingüística de la víctima y de todos los agentes implicados. En la segunda, se crearon materiales destinados a todas las partes: una página web, recursos multilingües para las víctimas, una guía de buenas prácticas para agentes y recursos de formación para intérpretes. En la tercera, se divulgaron los resultados obtenidos que pueden aplicarse a España y a otros países de Unión Europea.

Durante el desarrollo del proyecto, se celebraron en la Universidad de Vigo dos talleres para la formación de intérpretes que asisten a víctimas de violencia de género, uno en abril de 2014 y otro en septiembre de 2014.

En la Universidad de Vigo también tuvo lugar el I Congreso Internacional SOS-VICS, los días 25 y 26 de septiembre de 2014. En el congreso participaron muchas autoridades del mundo de la traducción e interpretación en los servicios públicos, como Marjory Bancroft y Erik Hertog, además de altos cargos de los ámbitos de actuación, como Francisco Javier Vieira, Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Al final del congreso, se expusieron los resultados del proyecto y un video informativo multilingüe creado por SOS-VICS para mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en España.

Además del video multilingüe, SOS-VICS publicó una guía de buenas prácticas para agentes y cuenta hoy en día con una página web de recursos para intérpretes. En la página, se puede acceder a información detallada sobre el funcionamiento de cada ámbito por el que pasa la víctima (policial, judicial, sanitario y psicosocial), glosarios específicos y *roleplays* en varias lenguas.



Figura 2: Página web SOS-VICS de recursos para intérpretes

En definitiva, cabe destacar la importancia del proyecto debido a que es el primero en incidir en la formación de intérpretes en contextos de violencia de género en España.

4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

En este apartado se define la metodología empleada para la realización de la investigación, se definirá el perfil de los participantes y los medios utilizados para desarrollar el análisis.

En primer lugar, tras haber analizado la situación actual en España de quienes interpretan para víctimas de violencia de género, se ha procedido a estructurar la investigación en torno a las siguientes preguntas claves:

- ¿Es suficiente la formación en interpretación que ofertan los planes de estudio universitarios?
- ¿Es necesario que el/la intérprete cuente con una formación específica en el ámbito sanitario? ¿Y en violencia de género?
- ¿Qué se puede mejorar en los planes de estudio?

Después de haber delimitado el campo de estudio, se ha optado por centrar la investigación en la opinión y experiencia de algunos/as intérpretes profesionales que trabajen o hayan trabajado en el ámbito sanitario y, a ser posible, con víctimas de violencia de género. La decisión de encuestar solo a intérpretes se basa en que, desde el punto de vista de la investigadora, son la principal fuente para conseguir la información necesaria sobre la formación y especialización en este campo.

A partir de las preguntas claves que definen la investigación, se ha elaborado un modelo de encuesta anónima y mixta (disponible como Anexo I), que comprende algunas preguntas de carácter cerrado (se debe elegir una de las opciones disponibles) y otras de carácter abierto (es posible desarrollar la respuesta que quiera). De esa forma, se acerca más al modelo de entrevista personal cualitativa, dando libertad a los/as encuestados/as para que desarrollen sus ideas, opiniones y experiencias sobre el tema.

La finalidad de la encuesta es evaluar la experiencia del personal, así como la formación y especialización que han recibido. La encuesta se ha realizado en español, debido a que iba dirigida a profesionales españoles. La encuesta ha sido creada en Google Formularios y se ha difundido a través del correo electrónico, de foros para traductores e intérpretes y asociaciones profesionales.

En relación al formato de la encuesta, se compone de 23 preguntas, divididas en tres bloques. El primero contiene preguntas generales, sobre la formación básica y experiencia de los encuestados. El segundo bloque se centra en la interpretación sanitaria, abordando conceptos como la relación con el personal sanitario y las dificultades del ámbito. Por último, se tratan cuestiones relacionadas con la formación y la especialización de los/as intérpretes.

Asimismo, existen otros métodos que serían mejores para conseguir información, como la entrevista cualitativa. Sin embargo, debido a las limitaciones geográficas de la investigadora, no fue posible realizarla. En futuras investigaciones, se propone utilizar la entrevista cualitativa o crear un grupo de discusión para complementar la información recibida a través de las encuestas.

Muestra

Como ya se ha mencionado con anterioridad, para el estudio se ha tomado como muestra a intérpretes profesionales que trabajen o hayan trabajado en el ámbito sanitario y, a ser posible, con víctimas de violencia de género.

Para conseguir la muestra necesaria, se ha difundido la encuesta en los siguientes grupos y foros de traductores: Proz, TranslatorsCafe, Traductores e Intérpretes (Facebook) y Traductores e Intérpretes Profesionales (Linkedin). Además, se ha contactado con 53 intérpretes que trabajan en los servicios públicos a través del correo electrónico y de asociaciones profesionales.

En total se obtuvieron 7 respuestas. Esto se debe a que una amplia mayoría no había trabajado nunca en el ámbito sanitario. De los 53 intérpretes a quienes iba dirigida la encuesta, 38 afirmaban no tener experiencia en el ámbito sanitario ni en contextos de violencia de género y 11 no respondieron. De esa forma, 4 respuestas provienen de los y los/as intérpretes contactados a través del correo electrónico y 3 a través de los foros de traductores e intérpretes.

El hecho de que, de todas las personas contactadas, solo 7 hayan afirmado tener experiencia en el ámbito sanitario y en casos de violencia de género contribuye a creer que muchas de las víctimas no tienen acceso a intérpretes profesionales y, cuando necesitan una asistencia lingüística, son amigos y familiares quienes realizan la labor de interpretación. Es interesante comentar que todas las personas que respondieron la

encuesta son intérpretes profesionales que poseen una formación en traducción e interpretación.

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a profesionales que interpretan en el ámbito médico-sanitario. Primero, se mostrarán los resultados de las respuestas de carácter cerrado mediante gráficos circulares (aquí también se incluyeron algunas preguntas cuyas respuestas son cuantificables y se pueden representar en gráficos) y, luego, se analizarán las preguntas de carácter abierto. Los resultados se presentarán ordenados según el bloque al que pertenezcan: preguntas generales, interpretación en el ámbito sanitario y formación y especialización.

5.1. Presentación de los resultados de las preguntas cerradas

Para exponer los resultados, se optó por un modelo de gráficos circulares en los que se observen fácilmente los porcentajes correspondientes a las respuestas de los/as encuestados/as para cada pregunta.

5.1.1 Preguntas generales

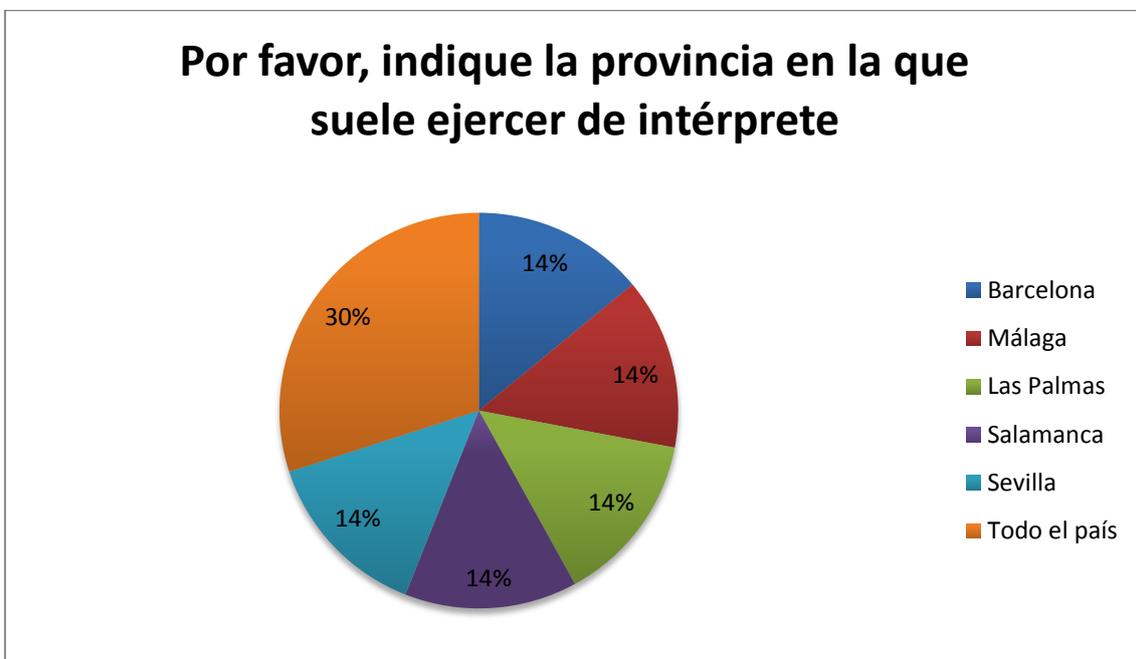


Gráfico 1: pregunta 1 (elaboración propia)

¿Se ha formado en traducción e interpretación?

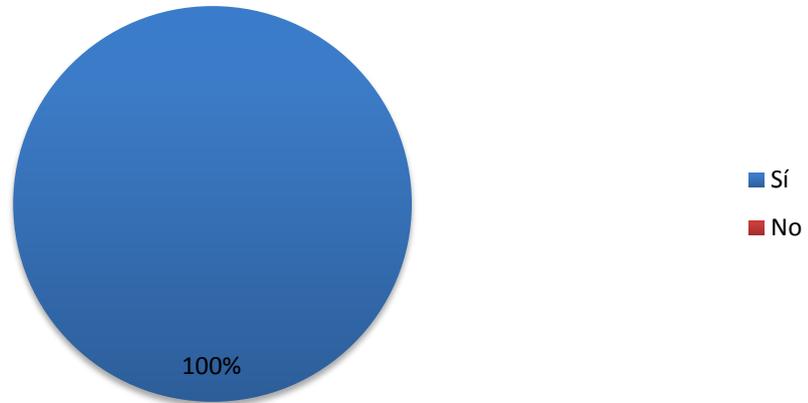


Gráfico 2: pregunta 2 (elaboración propia)

¿Cuántos años de experiencia en interpretación sanitaria tiene?

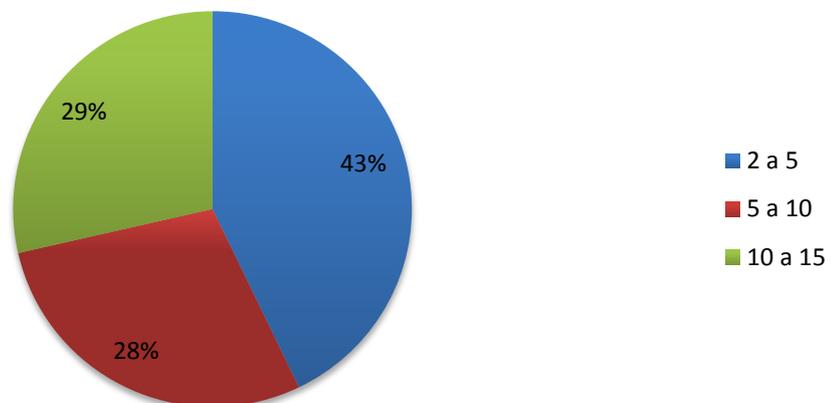


Gráfico 3: pregunta 3 (elaboración propia)

¿Ha interpretado alguna vez para víctimas de violencia de género?

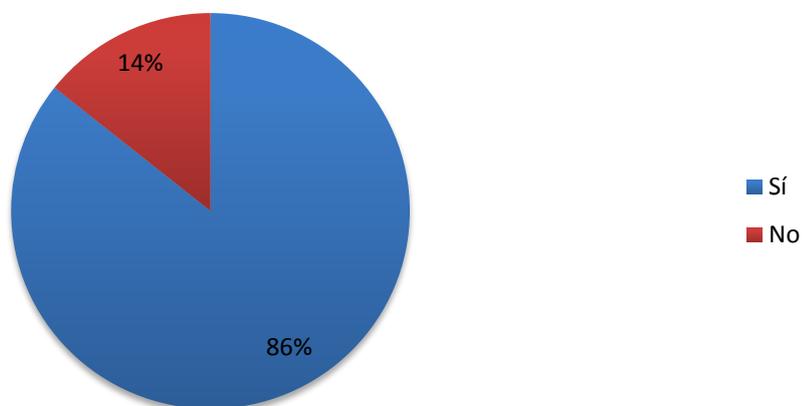


Gráfico 4: pregunta 4 (elaboración propia)

¿Trabaja por cuenta propia o por cuenta ajena?

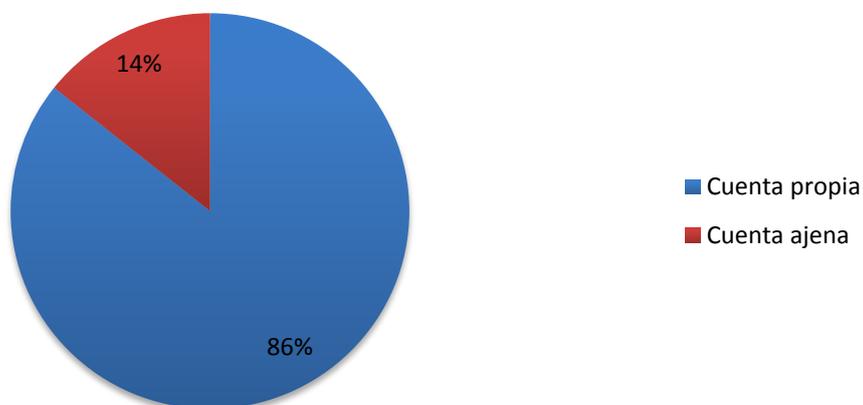


Gráfico 5: pregunta 5 (elaboración propia)

¿Qué tipo de interpretación suele realizar?

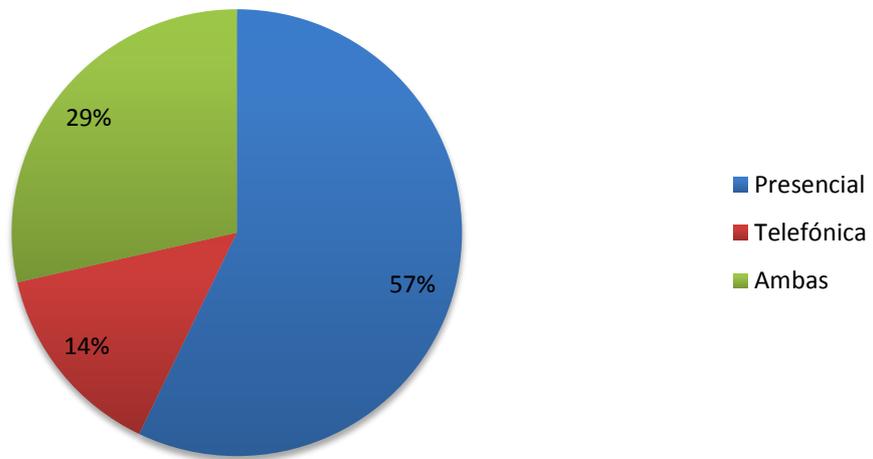


Gráfico 6: pregunta 6 (elaboración propia)

5.1.2 Interpretación en el ámbito sanitario

¿Cómo calificaría su relación con el personal sanitario?

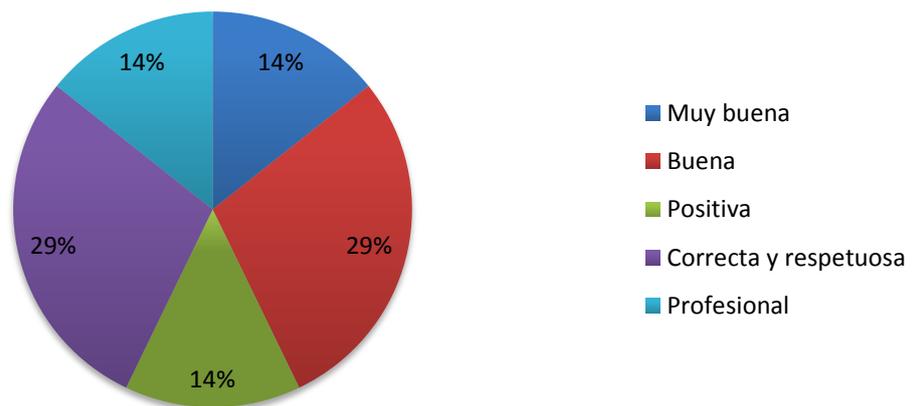


Gráfico 7: pregunta 8 (elaboración propia)

¿Ha tenido algún problema con el personal sanitario que le haya impedido realizar su trabajo?



Gráfico 8: pregunta 9 (elaboración propia)

¿Alguna vez ha sufrido episodios de estrés, tristeza, depresión o algún otro trastorno psíquico después de interpretar para una víctima de violencia de género?

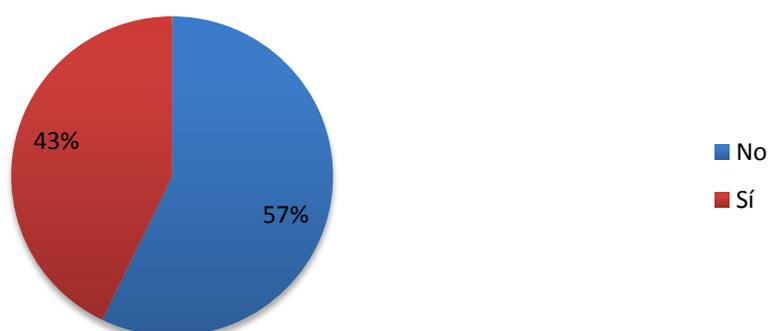


Gráfico 9: pregunta 12 (elaboración propia)

5.1.3 Formación y especialización

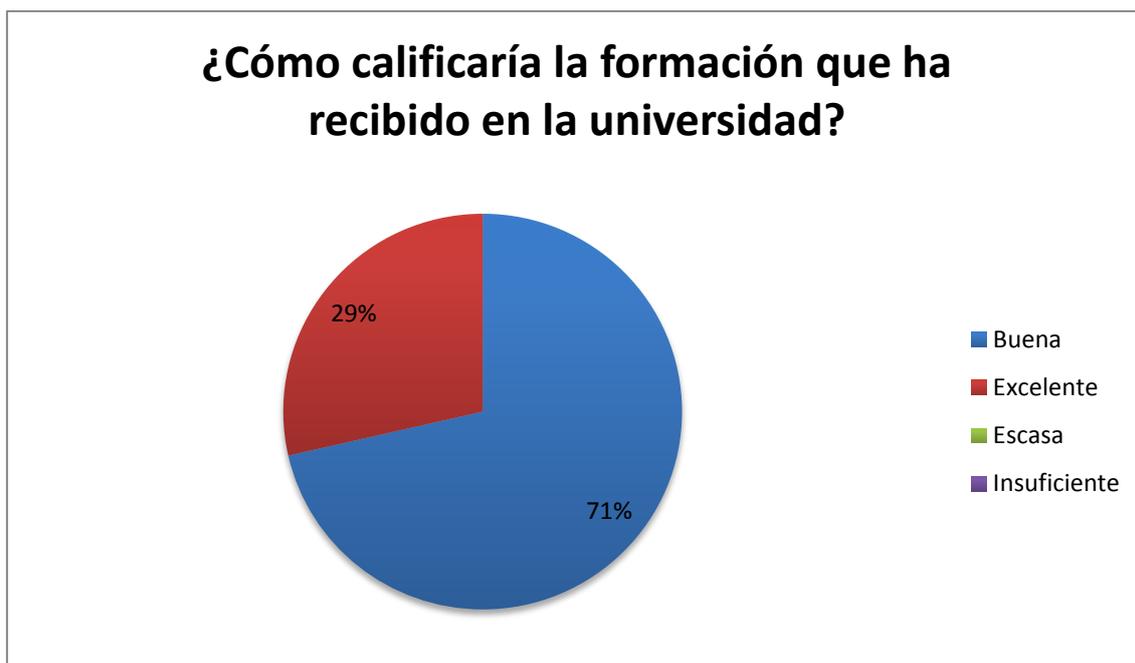


Gráfico 10: pregunta 14 (elaboración propia)

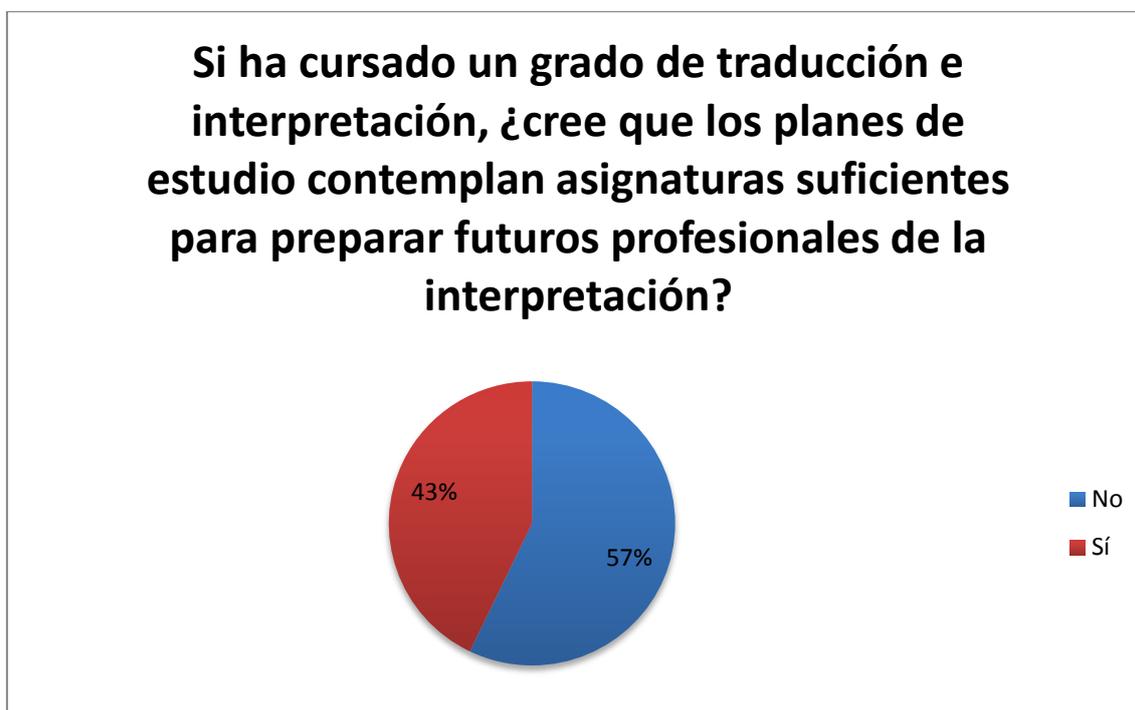


Gráfico 11: pregunta 15 (elaboración propia)

En su opinión, para trabajar en el ámbito sanitario, ¿es necesario especializarse?

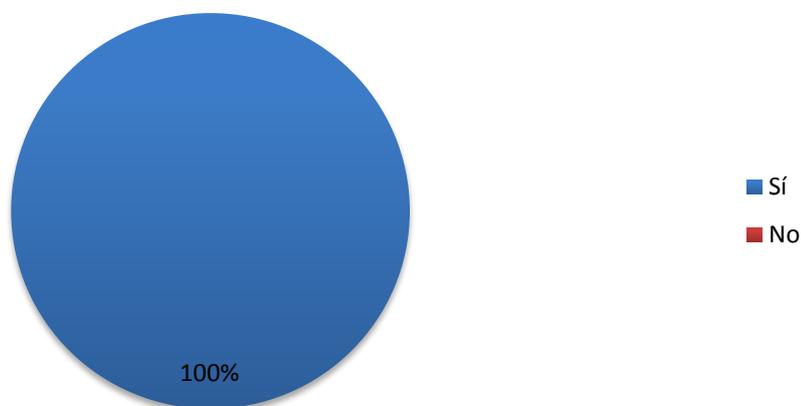


Gráfico 12: pregunta 16 (elaboración propia)

Y para tratar con víctimas de violencia de género, ¿cree que el/la intérprete debe tener una formación específica?

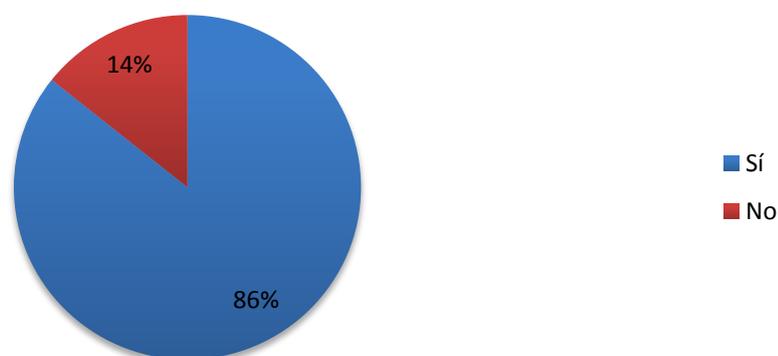


Gráfico 13: pregunta 17 (elaboración propia)

¿Ha realizado algún curso o taller que le haya preparado para trabajar con víctimas de violencia de género?

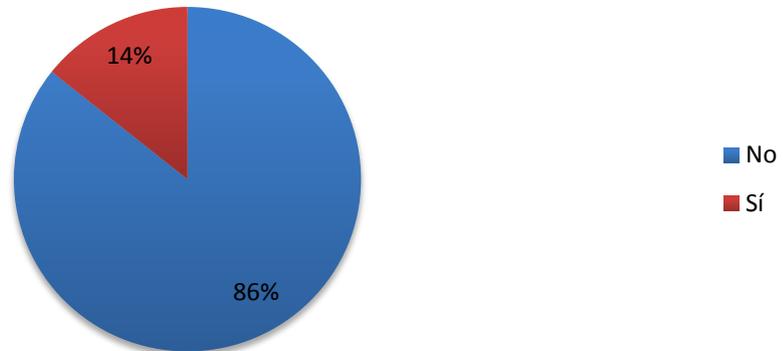


Gráfico 14: pregunta 18 (elaboración propia)

¿Ha recibido formación sobre el código deontológico?

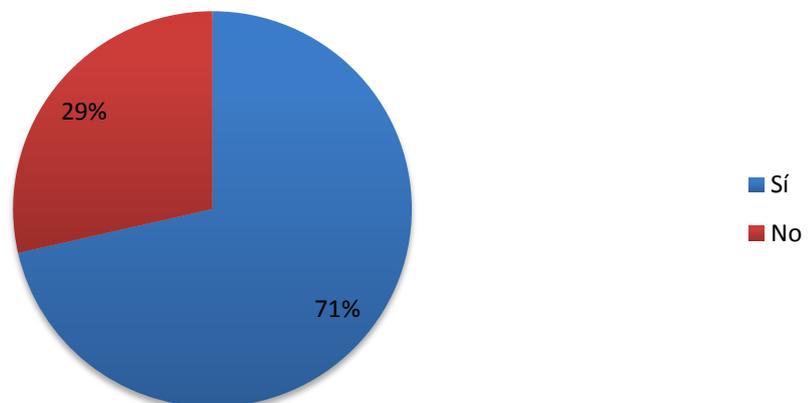


Gráfico 15: pregunta 20 (elaboración propia)

En caso afirmativo, ¿recibió esa formación por su cuenta o a través de alguna asociación profesional?

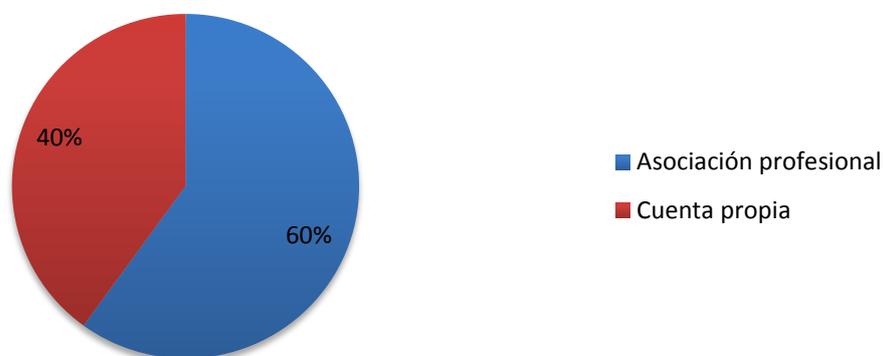


Gráfico 16: pregunta 21 (elaboración propia)

¿Se ha interesado por conocer algún código deontológico? ¿Cuál?

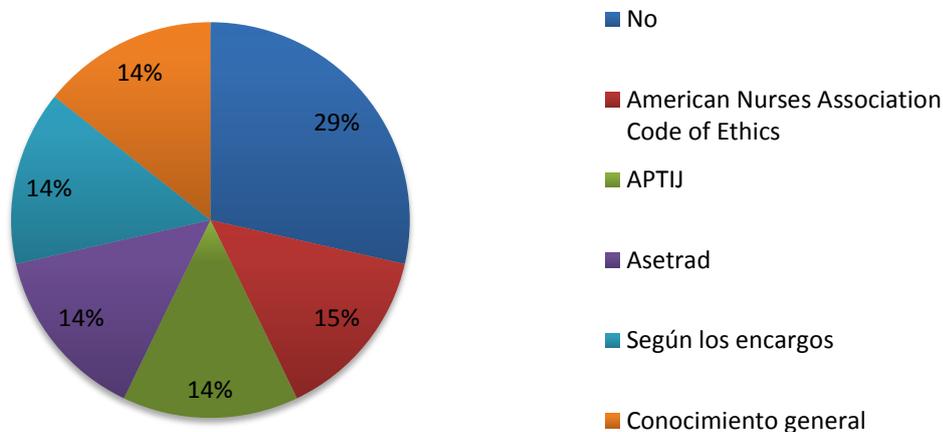


Gráfico 17: pregunta 22 (elaboración propia)

5.2. Presentación de los resultados de las preguntas abiertas

En este apartado, se dará cuenta de los resultados obtenidos en las preguntas de carácter abierto. De la misma que en el apartado anterior, se clasificarán siguiendo los tres

bloques principales: preguntas generales, interpretación en el ámbito sanitario y formación y especialización.

5.2.1 Preguntas generales

Pregunta 7: ¿Considera que su servicio está bien remunerado? ¿Por qué?

El 71 % de los/as encuestados/as considera que su servicio no está bien remunerado. Opinan que los clientes se quejan de que las tarifas son muy altas, dado que no son conscientes de las dificultades de trabajar en situaciones tan duras. Dicen que las tarifas han ido bajando, porque los clientes suelen regatear y pedir descuentos y que, en algunos casos, están desactualizadas. En definitiva, la mayoría opina que las tarifas son insuficientes porque los servicios públicos no entienden de calidad, solo de dinero.

En contraste, los que opinan que su servicio sí está bien remunerado defienden que el/la intérprete puede establecer un precio y acordarlo con el cliente. Además, opinan que los/as intérpretes que están integrados en la plantilla fija de un hospital cobran un buen sueldo.

5.2.2 Interpretación en el ámbito sanitario

Pregunta 10: En caso afirmativo, ¿podría dar detalles? (en relación a: ¿Ha tenido algún problema con el personal sanitario que le haya impedido realizar su trabajo?)

Nadie dice haber tenido problemas.

Pregunta 11: ¿Cuáles cree que son las mayores dificultades para un/una intérprete sanitario en contextos de violencia de género?

Un 58 % de los/as encuestados/as defiende que la mayor dificultad consiste en no involucrarse emocional y personalmente con la víctima. Un 14 % indica que la gestión del estrés es el principal obstáculo para quienes interpretan en contextos de violencia de género. El 28 % restante alega que la mayor dificultad reside en el temor de la víctima a explicarse y a dar detalles, pues en algunos casos se necesita más precisión para interpretar.

Pregunta 13: En caso afirmativo, ¿cómo lo ha superado? (en relación a: ¿Alguna vez ha sufrido episodios de estrés, tristeza, depresión o algún otro trastorno psíquico después de interpretar para una víctima de violencia de género?)

De los siete encuestados, tres afirmaron haber sufrido alguna vez episodios de tristeza, estrés o depresión después de interpretar para una víctima de violencia de género. Entre las formas de superación, destaca saber separar el trabajo de la vida privada y evitar pensar en las víctimas, hablar con colegas o superiores y dar paseos.

5.2.3 Formación y especialización

Pregunta 19: En caso afirmativo, ¿podría especificar cuál? (en relación a: ¿Ha realizado algún curso o taller que le haya preparado para trabajar con víctimas de violencia de género?)

Solo uno/a de los/as encuestados/as respondió a esta pregunta. La persona encuestada dice que asistió a formación específica de operadoras del 016 y de la Casa de la Mujer, para luego adaptar el material al curso de Dualia Teletraducciones.

Pregunta 23: Según usted, ¿qué se podría cambiar o mejorar en los planes de estudio para mejorar la preparación de los/las intérpretes?

Entre las respuestas recibidas, la mayoría coincide en que es necesario que el alumnado realice prácticas y tenga contacto con el mundo laboral de la interpretación mientras se forma. Opinan que las prácticas deberían realizarse en el mundo real, donde el alumnado tenga contacto con los servicios públicos y cuente con un profesor que guíe a los alumnos y les de pautas. A falta de oportunidad para realizar prácticas en los servicios públicos, afirman que los *roleplays* es un recurso interesante para las clases.

Destacan también la necesidad de contar con varios tipos de especialización según los intereses del alumnado. Coinciden en que la formación específica es necesaria y que puede suplirse con talleres con la participación de profesionales en los que se realicen ejercicios para practicar.

Por último, destacan que sería interesante que el alumnado pudiera realizar un acompañamiento a intérpretes profesionales. De esa forma, tendría más contacto con el mundo laboral.

5.3. Posibles mejoras en formación y especialización de intérpretes

En este apartado se pretende proponer posibles mejoras que se pueden llevar a cabo en el campo de la formación y especialización en interpretación sanitaria en contextos de violencia de género a partir de las respuestas de las encuestas.

En primer lugar, se abordará el campo de la formación académica. Luego, se pasará a la especialización tanto en el ámbito sanitario como en casos de violencia de género. Por último, se propondrán soluciones a las principales dificultades que los/as encuestados/as afirman enfrentar al interpretar para víctimas: la gestión del estrés y de las emociones.

Para empezar, se proponen algunas mejoras en los planes de estudio de las universidades. Los/as encuestados/as sitúan la formación universitaria recibida entre buena y excelente. Sin embargo, opinan que las asignaturas de interpretación no son suficientes para preparar a futuros profesionales. Por lo tanto, se podrían ofertar algunas asignaturas más, aunque sean optativas. También sería ideal que en las asignaturas de interpretación se aborden los códigos deontológicos, para que el alumnado sepa cómo debe actuar en situaciones delicadas y tenga acceso a ellos en un futuro.

Además, la mayoría de los/as encuestados/as piensa que es necesario que el alumnado tenga contacto con el mundo laboral a través de prácticas en los servicios públicos. Hoy en día en España, algunas universidades, como la Universidad de Alicante y la Universidad de Alcalá de Henares, tienen convenio con hospitales y ofertan prácticas de interpretación sanitaria. Sin embargo, en muchas universidades de España eso aún no es una realidad. Sería ideal que se pudieran ofertar prácticas en todas las universidades españolas y que, al ser posible, los/as alumnos/as contaran con un profesor o intérprete profesional que los guíe.

En relación a la especialización, todos/as los/as encuestados/as afirman que es necesario especializarse para trabajar en el ámbito médico-sanitario. Al tratarse de un ámbito tan complejo, quien interpreta necesitará conocer el ámbito en profundidad y manejar la terminología específica para garantizar que la comunicación se produzca sin malentendidos. Se recomienda, por lo tanto, que los/as intérpretes cuenten con una especialización en traducción e interpretación médico-sanitaria. Algunas opciones de especialización en este ámbito son el *Máster de Traducción Médico-sanitaria*, de la Universidad Jaume I, y el *Máster Universitario en comunicación Intercultural*,

Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos, de la Universidad de Alcalá de Henares.

Además, la mayoría de los/as encuestados/as opinan que quienes interpreten para una víctima debe poseer una formación específica sobre violencia de género. De esa forma, se propone que los/as intérpretes tengan acceso a un curso de preparación, donde se aborden contenidos como: qué es la violencia de género, el impacto sobre la salud de las víctimas, el protocolo de actuación y el código deontológico para intérpretes.

Para finalizar, los/as encuestados/as afirman que la principal dificultad al interpretar para víctimas de violencia de género es el factor emocional/psicológico. Dado que la situación de las víctimas es siempre muy delicada, es fundamental que quien interprete cuente con las habilidades necesarias para realizar su trabajo sin que se vea afectado por el factor emocional. Sin embargo, aunque el/la intérprete cuente con una preparación emocional y psicológica, en algunos casos la situación puede causarle tristeza o algún otro trastorno emocional. Como se ha podido observar en el análisis de la encuesta, un 43 % afirma haber padecido un episodio emocional tras interpretar para una víctima. Por eso, sería recomendable que los/as intérpretes que asistan a víctimas de violencia de género cuenten con formación y preparación en gestión del estrés e inteligencia emocional. Para eso, sería ideal la oferta de cursos y talleres de técnicas de gestión del estrés e inteligencia emocional y enseñen a los/as intérpretes a reconocer, gestionar y controlar las emociones.

6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación surgió a raíz de una creciente preocupación por la necesidad de formación y especialización de intérpretes que asisten a víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario.

Como se ha podido observar en esta investigación, la labor de los/as intérpretes es de vital importancia en contextos de violencia de género en el ámbito sanitario. Las mujeres inmigrantes a menudo no son capaces de comunicarse con el personal sanitario que las atiende, debido a que no saben expresarse en la lengua del país y a que están en un estado de confusión muy grande debido a la constante agresión que sufrieron. Para que la asistencia sanitaria sea efectiva, es necesario que la víctima se comunique con el personal sanitario, quienes necesitarán detalles muy específicos sobre dónde están las lesiones, cómo se produjeron y cuáles son los síntomas que presentan. Además, será necesario que explique a la víctima qué es la violencia de género, qué dice la legislación, las opciones que tiene si quiere denunciar, etc. En estas intervenciones se utilizará terminología específica, por lo que el/la intérprete necesitará conocer esa terminología y las peculiaridades del ámbito de actuación.

Teniendo esto en cuenta, es necesario que los/as profesionales lingüísticos cuenten con una formación y preparación previa para trabajar en el ámbito médico-sanitario en contextos de violencia de género. Además de conocimientos lingüísticos y terminológicos, quien intérprete necesitará dominar aspectos culturales, conocer los procedimientos sanitarios y la legislación española. También deberá actuar siguiendo lo que dicta el código deontológico para intérpretes.

Por lo tanto, se ha llegado a la conclusión de que, para alcanzar la meta de formación y especialización necesaria se deben realizar cambios en el panorama profesional y académico.

En primer lugar, es necesario que las condiciones laborales en España sean más justas y dignas para quienes se dedican a la interpretación. Hoy en día, las tarifas son muy bajas, de forma que no estimulan que los/as intérpretes se sigan formando y especializando. A su vez, esta situación conlleva que se contraten personas sin cualificación y preparación para realizar las interpretaciones. Se propone también que se lleve a cabo un sistema de acreditación de intérpretes parecido al que existe hoy en día en Australia, de forma que,

solo quienes cuenten con una formación adecuada consigan la acreditación y puedan así ejercer. En contextos de violencia de género, este sistema facilitará el acceso a intérpretes profesionales para asistir a las víctimas.

En segundo lugar, en el panorama académico, se proponen algunos cambios para mejorar la formación del alumnado. Entre ellos, se considera fundamental un aumento en la oferta de asignaturas dedicadas a la interpretación, sobre todo en los servicios públicos, en las que se aborden las técnicas de interpretación, las peculiaridades de cada ámbito de actuación y el código deontológico. Para una mayor especialización, sería ideal que el alumnado pudiera elegir en qué ámbito desea especializarse. Además, es necesario que quienes asistan a las víctimas de violencia de género cuenten con una preparación específica previa, puesto que se trata de un contexto muy delicado. Se propone seguir con las iniciativas de SOS-VICS, que puso en marcha talleres de formación para intérpretes que asisten a víctimas de violencia de género. Sería ideal que se realizaran otros talleres en varias partes de España.

En tercer lugar, es necesario profundizar en la gestión del estrés y la inteligencia emocional. La situación de la víctima es muy delicada y, si el/la intérprete no cuenta con una preparación psicológica, puede incurrir en el error de identificarse emocionalmente con la víctima, lo que condicionará la imparcialidad de la interpretación y puede acarrear problemas en la salud emocional y psicológica del/a intérprete.

Por último, aunque este trabajo se centró solo en los/as intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario y en contextos de violencia de género, se anima a los/as intérpretes que se sigan formando y especializando en los diversos ámbitos y contextos en los que la interpretación es indispensable.

Se anima también a que continúen las investigaciones relacionadas con este tema. Sería de gran interés realizar un análisis de la situación emocional y psicológica de quienes interpretan para víctimas de violencia de género, centrando la investigación en cómo prevenir que el factor emocional influya en la interpretación y en cómo preparar a los/as intérpretes para que sepan controlar y gestionar sus emociones.

Se propone también ampliar el campo de estudio para incluir a las mujeres extranjeras víctimas de trata. Muchas de las víctimas de trata no conocen el idioma y es

fundamental que tengan acceso a la interpretación durante todo el proceso por el que vayan a pasar, tanto en los juzgados y comisaría como en la asistencia sanitaria. Cabe mencionar que, así como las víctimas de violencia de género, las mujeres víctimas de trata están en una situación emocional muy delicada y es probable que hayan sufrido abusos psicológicos, físicos y sexuales durante mucho tiempo. Se podría investigar la preparación y formación que necesitará quien realice la labor de interpretación en estos casos.

Se anima también a que se investigue la relación entre médicos, pacientes e intérpretes en casos de violencia de género. De esa forma, se podrá proponer mejoras que faciliten el trabajo del personal sanitario e intérpretes y que favorezcan a la recuperación de la víctima.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASENSIO PÉREZ, Á. y otras. (2012): «Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de violencia de género», Agència Valenciana de Salut.
- AULA INTERCULTURAL. (2005): «CRIT. Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales», aulaintercultural.org/2005/11/25/crit-comunicacion-y-relaciones-interculturales-y-transculturales/ Consultado: 7 de julio de 2016.
- BORJA ALBI, A. y M. DEL POZO TRIVIÑO (eds.) (2015): *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*, Tirant Humanidades, Valencia.
- CASADO-NEIRA, A. y otras. (2014): «Comunicación entre profesionales de la atención en violencia de género y víctimas/supervivientes que no hablan el idioma. Informe sobre la encuesta a agentes del proyecto Speak Out for Support (SOS-VICS)», cuautla.uvigo.es/sos-vics/ Consultado: 6 de agosto de 2016.
- CASADO-NEIRA, A. y otras. (2014): «Formación especializada en interpretación para víctimas/supervivientes de violencia de género. Informe sobre la encuesta DELPHI a intérpretes del proyecto Speak Out for Support (SOS-VICS)», cuautla.uvigo.es/sos-vics/ Consultado: 6 de agosto de 2016.
- COMISIÓN EUROPEA. (2016): *Zero Tolerance of violence against woman*, ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/index_en.htm Consultado: 26 de septiembre de 2016.
- CRITICAL LINK INTERNATIONAL. www.criticallink.org/ Consultado: 4 de septiembre de 2016.
- DEL POZO TRIVIÑO, M. y C. TOLEDANO BUENDÍA (eds.) (2015): *Interpretación en contextos de violencia de género*, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. (2015): «Boletín estadístico anual», www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/home.htm Consultado: 15 de agosto de 2016.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. (2015): «Macroencuesta de Violencia de Género 2015: principales resultados», www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm Consultado: 15 de agosto de 2016.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE GRANADA. (2007): «Guía de actuación para la atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género», www.hvn.es/sau/ficheros/guia_violencia_genero.pdf Consultado: 24 de septiembre de 2016.

ESPAÑA. «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica», BOE, 15 de diciembre de 2002, boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&p=20150922&tn=2 Consultado: 3 de octubre de 2016.

ESPAÑA. «Ley de enjuiciamiento criminal», art. 262, BOE, 14 de septiembre de 1882, www.boe.es/buscar/pdf/1882/BOE-A-1882-6036-consolidado.pdf Consultado 28 de septiembre de 2016.

ESPAÑA. «Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género», BOE, 29 de diciembre de 2004, www.violenciagenero.msssi.gob.es/definicion/pdf/LEY_ORGANICA_1_2004contra_violencia.pdf Consultado: 15 de agosto de 2016.

FITISPos. www3.uah.es/traduccion/grupo_fitispos.html Consultado: 25 de agosto de 2016.

FRA. (2014): «Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de conclusiones», Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

GENTILE, A. y otras. (1996): *Liaison Interpreting: A Handbook*, Melbourne University Press, Victoria.

JIMÉNEZ SALCEDO, J. (2010). «Traducción-interpretación en los servicios públicos en Quebec: ¿Un modelo para Andalucía?», www.saludycultura.uji.es/archivos/tisspp.pdf Consultado: 17 de octubre de 2016.

- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. (2010): «Violencia contra las mujeres en la pareja. Guía de práctica clínica», sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-01-Guias/01-01-013-ES.pdf Consultado: 5 de octubre de 2016.
- MIKKELSON, H. (1995): *The Art of Working with Interpreters. A Manual for Health Care Professionals*, www.acebo.com/pages/the-art-of-working-with-interpreters-a-manual-for-health-care-professionals Consultado: 16 de septiembre de 2016.
- MIKKELSON, H. (2004): *The Professionalization of Community Interpreting*, aiic.net/p/1546 Consultado: 16 de septiembre de 2016.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*, Centro de publicaciones, Madrid.
- NAATI. www.naati.com.au/ Consultado: 8 de octubre de 2016.
- ONU MUJERES. (2016): «Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas», www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures Consultado: 26 de septiembre de 2016.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1994): «Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993», www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104&Lang=S Consultado: 4 de septiembre de 2016.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1996): «Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública», www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf Consultado: 1 de octubre de 2016.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2016): «Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer», www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/ Consultado: 1 de octubre de 2016.
- RAGA GIMENO, F. Y D. SALES SALVADOR. (2006): «El componente cultural en la formación de intérpretes y mediadores interculturales en el ámbito sanitario». Trabajo inédito.

- RED COMUNICA. (2010): red-comunica.blogspot.com.es/ Consultado: 25 de agosto de 2016.
- RODRÍGUEZ GIMENA, M. y otras. (2008): *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de parejas hacia la mujer*, Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- SALES SALVADOR, D. «Introducción a la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario». Materiales Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitaria, Universitat Jaume I. Curso 2015-16.
- SALUDYCULTURA. (2009): www.saludycultura.uji.es/ Consultado: 16 de julio de 2016.
- SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (2016) *Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia*, www.tresalia.es/PROTOCOLO_VG/mobile/index.html Consultado: 24 de septiembre de 2016.
- SOS-VICS. (2012): cuautla.uvigo.es/sos-vics/ Consultado: 7 de julio de 2016.
- SOS-VICS. «Modelo de parte de lesiones e informe médico», solvics.eintegra.es/Documentacion/ambito-medico/Modelo_de_parte_de_lesiones_e_informe_medico.pdf Consultado: 25 de octubre de 2016.
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA. (2016): «Grup de recerca Miras», grupsderecerca.uab.cat/miras/es/content/grupo-miras Consultado: 4 de septiembre de 2016.
- WOMEN AGAINST VIOLENCE EUROPE. (2016): www.wave-network.org/ Consultado: 10 de septiembre de 2016.

ANEXO I: ENCUESTA

Interpretación sanitaria en contextos de violencia de género

Esta encuesta se inscribe en el proyecto del Máster de Traducción Médico-sanitaria (Universidad Jaume I). Su finalidad es abordar la necesidad de formación y especialización de quienes interpretan en el ámbito médico-sanitario en contextos de violencia de género.

Es totalmente anónima.

Por favor, indique la provincia en la que suele ejercer de intérprete: *

¿Se ha formado en traducción e interpretación? *

- Sí
- No

¿Cuántos años de experiencia en interpretación sanitaria tiene? *

¿Ha interpretado alguna vez para víctimas de violencia de género? *

- Sí
- No

¿Trabaja por cuenta propia o por cuenta ajena? *

- Cuenta propia
- Cuenta ajena

¿Qué tipo de interpretación suele realizar? *

- Presencial
- Telefónica
- Ambas

¿Considera que su servicio está bien remunerado? ¿Por qué? *

Interpretación en el ámbito sanitario

¿Cómo calificaría su relación con el personal sanitario? *

¿Ha tenido algún problema con el personal sanitario que le haya impedido realizar su trabajo? *

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿podría dar detalles?

¿Cuáles cree que son las mayores dificultades para un/una intérprete sanitario en contextos de violencia de género? *

¿Alguna vez ha sufrido episodios de estrés, tristeza, depresión o algún otro trastorno psíquico después de interpretar para una víctima de violencia de género? *

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿cómo lo ha superado? *

Formación y especialización

¿Cómo calificaría la formación que ha recibido en la universidad? *

- Excelente
- Buena
- Escasa
- Insuficiente

Si ha cursado un grado de traducción e interpretación, ¿cree que los planes de estudio contemplan asignaturas suficientes para preparar futuros profesionales de la interpretación? *

- Sí
- No

En su opinión, para trabajar en el ámbito sanitario, ¿es necesario especializarse? *

- Sí
- No

Y para tratar con víctimas de violencia de género, ¿cree que el/la intérprete debe tener una preparación específica? *

- Sí
- No

¿Ha realizado algún curso o taller que le haya preparado para trabajar con víctimas de violencia de género? *

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿podría especificar cuál?

¿Ha recibido formación sobre el código deontológico? *

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿recibieron esa formación por su cuenta o a través de alguna asociación profesional?

- Por cuenta propia
- Por una asociación

¿Se han interesado por conocer algún código deontológico? ¿Cuál? *

Según usted, ¿qué se podría cambiar o mejorar en los planes de estudio para mejorar la preparación de los/las intérpretes? *

ANEXO II: MODELO DE PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:

✓ Relación de parentesco/vínculo con la mujer (pareja - ex pareja – padre – hijo – hermano - desconocido):

✓ Nombre y apellidos:

✓ Dirección y/o teléfono:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA MUJER:

✓ Nombre y Apellidos:

✓ DNI/NIE/PASAPORTE:

✓ Fecha de nacimiento, Edad:

✓ Estado Civil:

✓ Dirección, Municipio (código postal):

✓ Teléfono:

OTROS DATOS RELATIVOS A LA MUJER

✓ Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:

✓ Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades:

✓ Si tiene personas dependientes a su cargo:

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

✓ Centro Sanitario:

✓ Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:

✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:

✓ Tipo de violencia ejercida:

✓ Uso de objetos en la agresión:

✓ Estado psíquico y emocional: (*Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer*). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante,

apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.

✓ Lesiones físicas que presenta: Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (*preferiblemente en color*) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.

✓ Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

OTROS DATOS CLÍNICOS

✓ Pruebas complementarias realizadas:

✓ Medidas terapéuticas (*incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.*):

✓ Pronóstico clínico:

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer. Además, se recogerán:

✓ Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente:

✓ Fecha /hora de la atención:

✓ Origen que refiere la mujer acerca de las lesiones: Física, psíquica, sexual:

✓ Sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la mujer:

ANTECEDENTES

✓ Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación):

✓ Agresión puntual, primera vez o reiteración de malos tratos:

✓ Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal,

mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.

✓ Otras personas que ha sufrido malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones (*Si la mujer tiene hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente*)

✓ Testigos: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo:

PLAN DE ACTUACIÓN

En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

OTROS DATOS

Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:

✓ Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo.

✓ Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer.

✓ Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

OBSERVACIONES

En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto. Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones. Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).

Es conveniente disponer de VARIOS EJEMPLARES: para la persona interesada / Juzgado / Centro Sanitario (y/o historia clínica) y/o registro central sanitario.

Extraído de la web de SOS-VICS: «Modelo de parte de lesiones e informe médico»

Disponible en: [sosvics.eintegra.es/Documentacion/ambito-medico/Modelo de parte de lesiones e informe medico.pdf](http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/ambito-medico/Modelo_de_parte_de_lesiones_e_informe_medico.pdf) Consultado: 25 de octubre de 2016.