

NECESIDAD DE LA PROVISIÓN DE UN SERVICIO DE INTÉRPRETES EN LOS HOSPITALES

M^a Sonsoles SÁNCHEZ-REYES PEÑAMARÍA

Universidad de Salamanca

Manuel MARTÍN CASADO

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles (Sacyl). Avila

El fenómeno de las migraciones y la movilidad poblacional han hecho surgir la necesidad de contar con servicios de interpretación en hospitales y centros de salud de numerosos países del mundo, para enfrentarse a las situaciones en que médico y paciente no usan el mismo idioma. Así, el enfermo encuentra dificultades para hacerse entender y para comprender su diagnóstico. Las formas habituales de interpretación a las que se suele recurrir para superar las barreras lingüísticas en la práctica clínica pueden sistematizarse en cuatro (Phelan y Parkman, 1995: 555-557):

1. ***Profesionales sanitarios con dominio de lenguas y entrenamiento en destrezas interpretativas.*** Sin duda, la opción ideal, que permite la comunicación sin intermediarios, aunque demasiado ideal como para esperar su utilización universal y generalizada a corto o incluso medio plazo. No obstante, los cursos de lengua extranjera, principalmente inglés, están presentes en los programas de Formación Continuada de la mayoría de los hospitales de nuestro país, y la enseñanza de técnicas de interpretación lingüística en las Facultades de Medicina parece abrirse camino progresivamente (Lau et al, 2001: 188-190). No es suficiente que el personal sanitario domine la otra lengua; se hace preciso, además, cierto adiestramiento en destrezas interpretativas, como se desprende de la experiencia de California, donde enfermeras bilingües no entrenadas como intérpretes ofician como tales, con inquietantes resultados: un estudio de la Universidad de California reveló que casi la mitad de las traducciones analizadas contenían serios errores que afectaban a la percepción de los síntomas del enfermo por parte del médico, llegando incluso a ofrecer las enfermeras versiones acordes con las expectativas del facultativo aunque alejadas del relato del paciente (Elderkin-Thompson et al, 2001: 1343-1358).
2. ***Intérpretes profesionales.*** Mientras la opción anterior no resulte viable, la intervención de un intérprete cualificado ofrece las mayores ventajas (Haffner, 1992: 255-259). Estos profesionales mantienen un estricto código de confidencialidad y dominan las destrezas interpretativas. Sin embargo, no han faltado voces críticas que han cuestionado la idoneidad de su actuación en los hospitales por diversas razones que abordaremos más adelante.
3. ***Amigos o familiares del enfermo.*** Las ventajas de contar con acompañantes del paciente para la labor de interpretación radican en su fácil disponibilidad y su conocimiento de la patología de aquel, así como la posibilidad de que su presencia infunda ánimos al enfermo.

Aunque una reflexión más pormenorizada revela las fallas que pueden desvirtuar su intervención (Rollins, 2002: 46-50), precisamente por su vinculación con el paciente: el familiar puede creerse con derecho a introducir comentarios personales en su traducción o tamizar la información que hace llegar a uno y otro lado, bien por afán sobreprotector o por ocultar al facultativo aspectos de índole familiar que habrían resultado relevantes. Por su parte, el paciente puede inhibirse de un relato sincero de su dolencia por la presencia de una persona allegada a él (Brafman, 1995: 1439). Sin embargo, el uso de parientes como intérpretes parece ser un sistema valorado positivamente por los pacientes, aunque no por los facultativos (Xuo y Fagan, 1999: 547-550).

4. ***Intérpretes voluntarios no cualificados.*** La falta de profesionalidad no garantiza la confidencialidad ni la fidelidad de su traducción, pudiendo suscitar reticencias en el paciente. No obstante, no es infrecuente recurrir a personal hospitalario o a acompañantes de otros enfermos que de forma bienintencionada se ofrecen a officiar de improvisados intérpretes, en ocasiones sobrevalorando sus conocimientos, pero constituyendo la única opción al alcance del facultativo. Así, en Papua Nueva Guinea se ha extendido la intervención de los celadores como intérpretes, ya que éstos muestran cierta familiaridad con la terminología médica (Lang, 1976: 172-177), y en los hospitales de Viena es habitual recurrir al personal de limpieza (Pochhacker, 2000: 113-119), con el consiguiente riesgo de inexactitud en la traducción (Flores et al, 2003: 6-14).

La intervención del intérprete profesional no es aceptada de modo pacífico como la mejor elección de las cuatro anteriores. Las críticas a su adecuación radican en sus limitaciones, percibidas como insuperables:

Por una parte, la presencia de una tercera persona en la entrevista médico-paciente puede quebrar el carácter íntimo y confesional de la reunión si se trata de alguien ajeno al proceso de restablecimiento de la salud, lo que no ocurre con el/la enfermero/a o el residente, a los que el paciente atribuye un rol hospitalario. La entrevista que ha dado en denominarse *patient centered* se asocia a mayor satisfacción del paciente y mejores resultados médicos, pero es difícil conducir una entrevista de este tipo en presencia de un intérprete (Rivadeneira et al, 2000: 470-474). Para superar este escollo coartador de la confianza, en los Estados Unidos se ha probado a aplicar técnicas de interpretación simultánea propias de las conferencias internacionales (Hornberger et al, 1996: 845-856): médico y paciente están provistos de telefonía de “manos libres” o de auriculares por los que reciben la traducción de un intérprete al que no ven físicamente. El sistema, denominado *remote-simultaneous interpretation*, parece ser más del agrado de ambas partes interesadas que la llamada *proximate-consecutive interpretation*, la forma tradicional en presencia del profesional, aunque este último realice su función en mejores condiciones con el segundo sistema.

Por otro lado, consideraciones de tipo económico parecen enfriar el entusiasmo de la Administración por contar con un apoyo lingüístico de esta índole en la sanidad pública. En un estudio realizado en Suiza, se encontró que sólo el once por ciento de los hospitales encuestados disponían de presupuesto suficiente para incorporar un servicio de intérpretes (Bischoff et al, 1999: 248-256). En la misma línea, la Universidad de Stanford hizo públicas sus conclusiones de que, a pesar de que el acceso a un intérprete profesional mejora sin excepción la calidad de la comunicación entre el clínico y el paciente, los costes de su implantación disuaden a las autoridades sanitarias a la hora de dotar de este servicio a hospitales y centros de salud (Hornberger et al, 1997:

410-417). Sin embargo, la Universidad de Ciudad del Cabo trató de establecer una comparación cuantificando el coste real y la mejora asistencial derivados del servicio de intérpretes, concluyendo que la carga financiera es asumible a la luz de las innegables ventajas inherentes a su empleo (Drennan, 1996: 343-345). Tanto es así, que el objetivo del Servicio Australiano de Salud, compendiado en la expresión Total Quality Management (TQM), incluye la provisión de intérpretes eficaces (Giacomelli, 1997: 158-164). El Hospital Universitario de California, en San Francisco, tuvo que enfrentarse a una demanda judicial por mala praxis interpuesta por la ACLU (American Civil Liberties Union), basándose en la falta de provisión de intérpretes para los pacientes cuando las circunstancias lo requerían. Tras esa experiencia, el hospital decidió tomar parte en el programa de implantación de intérpretes sanitarios del Estado de California, encontrando la iniciativa rentable, ya que la dotación de este servicio actúa de reclamo para atraer pacientes, lo que conlleva mayores ingresos para el hospital, dada la organización del sistema sanitario norteamericano (Duffy y Alexander, 1999: 507-510). En el caso de España, un país donde los estudios de interpretación no han recibido especial atención hasta tiempos muy recientes (Padilla, 2002: 71-80), el argumento de los costes de interpretación no debe desvirtuar la lectura del artículo 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (cuyo espíritu subyace a la 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): “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (...) A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. Por su parte, la UNESCO convocó las conferencias de Recife (octubre de 1987) y de París (abril de 1989) para auspiciar la redacción de una Declaración Universal de Derechos Lingüísticos que asegure, entre otros, el derecho a no ser discriminado debido al idioma que se hable y a usar la lengua materna en situaciones oficiales. Tras doce borradores, el texto definitivo fue aprobado en Barcelona el 6 de junio de 1996.

No parece factible disponer de medios humanos suficientes para que todos los hospitales y centros de salud cuenten con intérpretes de varias lenguas las veinticuatro horas del día. Con la finalidad de salvar esta dificultad han surgido los servicios de interpretación telefónica operativos desde hace más de una década en los Estados Unidos y el Reino Unido. Gran Bretaña fue pionera en 1990 al ensayar la aplicabilidad de este servicio en el Royal London Hospital, obteniendo resultados tan satisfactorios que llevaron a la creación de la llamada *Language Line*: intérpretes profesionales con dominio de más de 140 lenguas prestan atención telefónica diaria a una media del 15% de los centros sanitarios británicos (Pointon, 1996: 53), permitiendo ahorrar tiempo y recursos y haciendo suyas las ventajas de la *remote-simultaneous interpretation*, como la superación de los prejuicios de algunos inmigrantes, que encuentran inaceptable la intervención física de un intérprete (Maltby, 1999: 248-254), o pudiendo evitar a éste último la carga emocional inherente a su conocimiento directo de relatos de refugiados o asilados políticos (Loutan et al, 1999: 280-282), que puede llevarle incluso a involucrarse con ellos de manera personal. La interpretación telefónica conlleva la ventaja de su disponibilidad instantánea e ininterrumpida (Leman, 1997: 98-100); sin embargo, adolece de tres defectos (Jones y Gill, 1998: 1476-1480): elevados costes, frecuente empleo de intérpretes sin experiencia en traducción médica e imposibilidad de percepción de la comunicación no verbal del paciente por parte del intérprete. Además, la interpretación telefónica no se adecúa a las necesidades de los enfermos que utilizan el lenguaje de signos.

La afirmación anterior nos lleva a otra crítica frecuente a la intervención de intérpretes en el campo sanitario: la falta de experiencia de muchos de éstos en ese área. Es cierto que algunos estudios constatan la inadecuación de sus traducciones y su tendencia a dirigir la entrevista, cuando su papel debería ser más pasivo (Launer, 1978: 934-935), pero por lo general su intervención garantiza un correcto entendimiento de la sintomatología por parte del médico y del diagnóstico y tratamiento por parte del enfermo (Baker et al, 1996: 783-788), y los escollos se minimizan si se está ante un facultativo experimentado en colaborar con el intérprete (Dodd, 1984: 42-47).

En último lugar, pues, se requiere entrenar a los profesionales sanitarios para trabajar con los intérpretes (Bischoff et al, 1999: 283-287). Phelan y Parkman han desarrollado un doble protocolo de actuación del facultativo antes y durante la entrevista con el paciente y el intérprete: éste debe ser advertido del propósito de la entrevista, y debe continuar como intérprete de referencia para encuentros futuros del médico con el mismo paciente. Por su parte, el clínico debe hablar directamente al enfermo, mostrarse atento cuando éste habla, y responder a su lenguaje no verbal, para evitar dar la impresión de frialdad que algunos pacientes que se comunicaron con su médico mediante intérprete han manifestado percibir (Baker et al, 1998: 1461-1470).

Phelan y Parkman enfatizan otros aspectos de la conducta médica que deben tenerse en cuenta al colaborar con intérpretes: el facultativo debe recabar de éste, previamente a la entrevista con el paciente, información sobre factores culturales que pudieran tener su reflejo en la conversación. Un estudio de la Universidad de Alberta sacó a la luz la creencia, compartida por muchos médicos, de que un mejor entendimiento de las culturas de sus pacientes mejora la calidad asistencial, mientras que los enfermos no siempre comprenden el interés del facultativo por preguntarles acerca de su cultura, una actitud que les suele parecer irrelevante o incluso una intromisión (Cave et al, 1995: 1685-1690). El clínico debe procurar ser claro y preciso en su comunicación, y recomendar al intérprete que pregunte sobre los puntos que le resulten oscuros o ambiguos. Al comienzo de la reunión, el médico debe presentar el intérprete al paciente, explicar su función y hacer hincapié en la confidencialidad. La disposición de los asientos debe ser en un triángulo para permitir que médico y paciente se miren y el intérprete se perciba como parte neutral. Es preferible que el intérprete esté presente durante la exploración física, pero hay que dar opción al paciente a manifestar sus objeciones. Tras la entrevista, el facultativo debe discutir aspectos relativos a la comunicación con el intérprete. Un estudio de la Universidad de Washington reveló que los médicos, por lo general, perciben que la entrevista con el paciente que no habla su idioma es más larga que otras mantenidas con enfermos sin barreras comunicativas y, sin embargo, no hay diferencias temporales significativas, lo que parece ser un reflejo del mayor esfuerzo que las primeras exigen al clínico (Tocher y Larson, 1999: 303-309).

McPhee (2002: 499), con afán compilador y recogiendo el testigo de Phelan y Parkman, ofrece una tabla omnicomprendensiva de las fórmulas de las que puede valerse el médico para optimizar la comunicación con el paciente en las situaciones en que interviene un intérprete:

Physician behaviors to maximize the accuracy of communication when using interpreters in the clinical encounter:

- Avoid use of “ad hoc” interpreters (family members, friends, clinic staff).
- Use trained, professional interpreters.

- Respect and greet the interpreter as a professional colleague. Obtain the interpreter's name and document it in the medical record. Try to use the same interpreter for subsequent visits.
- Meet with the interpreter briefly before interviewing the patient to review your expectations and needs. Key points to cover include: the purpose of the visit, literal translations, feedback and clarification, and confidentiality.
- Assign your interpreter a seat in the room about half way between you and the patient (helps to define the interpreter's function as a bridge and prevents interpreter becoming a "para-doctor").
- Greet the patient in the patient's own language to establish rapport.
- Introduce the interpreter by name to the patient and clarify role and confidentiality.
- Look and speak directly to the patient, never to the interpreter.
- Use short, direct sentences. Plan your questions carefully.
- Avoid technical or professional jargon.
- Avoid idioms or metaphors.
- Avoid conditional questions that use the subjunctive tense, such as "what would you do if you forgot to take your medicine?"
- Be aware of frequently mistranslated medical terms, such as "allergy", "anxiety", "nervousness", "depression", "dizziness", "fever", "sensations" (eg, "pins and needles"), and "blood tests".
- Consult with the interpreter during and after the interview.

Tratándose de enfermos psiquiátricos, la labor de interpretación se ve dificultada por su mayor duración y carga emocional, aunque es en esta especialidad médica donde el uso de los intérpretes profesionales está más extendido. El intérprete debe ser advertido sobre si el paciente es psicótico y si es probable que diga afirmaciones sin sentido aparente. En las consultas de psicoterapia del Reino Unido se ha añadido la figura del supervisor bilingüe para garantizar la adecuación de la traducción y la pertinencia de las conclusiones extraídas por el médico (Baxter y Cheng, 1996: 153-156). Oquendo (1996: 614-618) propone que la evaluación de pacientes psiquiátricos bilingües se realice en ambas lenguas, con intervención sistemática de intérpretes, ya que en psicoterapia el paciente puede valerse de una segunda lengua como medio de resistencia, para evitar implicaciones emocionales.

La magnificación de las deficiencias y dificultades aparejadas a la implantación de un servicio de intérpretes en hospitales y centros de salud han llevado a la aplicación de experiencias piloto que aspiraban a eludir la necesidad del elemento humano. Así, el uso de cuestionarios bilingües que el paciente rellena para confeccionar la historia clínica (Nasr et al, 1993: 824-828), que parecen haber demostrado su utilidad aunque no puedan desplazar al intérprete.

Todas las consideraciones anteriores, sin embargo, quedan reducidas a su verdadera dimensión al reparar en las enormes desventajas que acarrea la falta de un intérprete adecuado en una atención sanitaria de calidad. Los pacientes con problemas de comunicación corren el riesgo de no captar satisfactoriamente su diagnóstico ni el tratamiento que se les recomienda (Baker et al,

1996: 783-788), no cumplir con las prescripciones médicas y, como consecuencia, sufrir complicaciones que podrían haberse evitado (Dreger y Tremback, 2002: 280-285), y es menos probable que sean citados para consulta externa con posterioridad (Sarver y Baker, 2000: 256-264), con lo que puede verse afectada su salud. La firma del consentimiento informado es todo un acto de fe si no se proporciona la traducción escrita o los servicios de un intérprete (Betancourt y Jacobs, 2000: 294-295). Las visitas médicas a domicilio, en los casos en que no se dispone de intérprete cuando se requeriría su presencia, no permiten llegar a una valoración completa de la evolución del enfermo (Gerrish, 2001: 566-574), por lo que la Escuela Universitaria de Enfermería de Melbourne incide en la necesidad de contar con intérpretes también para asistir en la labor de su colectivo (Blackford et al, 1997: 15-21); una colaboración eficaz optimiza los servicios de enfermería y la satisfacción de los pacientes (Hatton y Webb, 1993: 137-147). En las visitas domiciliarias se recurre asiduamente a la traducción por parte de parientes, a menudo niños, para quienes la función de intermediación suele suponer presión y responsabilidad que no tendrían por qué asumir.

En términos positivos, cabría concluir que en los últimos años estamos asistiendo a la concienciación pública de la necesidad de intervención de intérpretes profesionales en aquellos casos en los que médico y paciente no comparten la misma lengua (Jacobs et al, 2001: 468-474). En este sentido se ha pronunciado en 1994 la *Audit Commission* del Reino Unido, respondiendo a un movimiento social en ese país que demanda mayor presencia del intérprete (no olvidemos que el 6 % de la población británica está compuesta por minorías étnicas), demanda materializada en la creación de *The London Interpreting Project* (LIP), *The Nuffield Interpreting Project*, *The Association of Interpreters, Advocates, Translators and Linkworkers* (fundada en 1993 como voluntariado) y el registro nacional de intérpretes del *Institute of Linguistics*. Sin embargo, la población no parece conocer los servicios prestados por estas organizaciones (Madhok et al, 1998: 295-301).

Ahora se haría preciso diseñar un protocolo, siguiendo el ejemplo marcado por Phelan y Parkman, para fijar las directrices que permitan evaluar si se está ante un caso que requiere la intervención de un intérprete o no. Hasta el momento esa decisión se deja en manos del facultativo, que la toma guiado por su intuición o discreción, así como por los pronunciamientos del paciente al respecto. No obstante, éste puede sobre o infravalorar sus propias posibilidades comunicativas y sería conveniente contar con un sistema de medición objetiva.

A la vista de los datos aquí contrastados, es posible abogar por la provisión de un sistema de interpretación, presencial o telefónica, en los hospitales y centros de salud de la sanidad pública, al menos en las lenguas que estadísticamente registren más demanda en el área, lo que posibilitaría facilitar la comunicación en la lengua materna del paciente o, en su defecto, negociar un idioma común. Y, simultáneamente, convendría fomentar la política de la formación del facultativo en las destrezas lingüísticas y en estrategias de colaboración con el intérprete. El argumento de los costes no debería entorpecer el establecimiento de un servicio que contribuye de manera tan manifiesta a proporcionar asistencia sanitaria de calidad; el objetivo de una gestión eficaz en un servicio público de salud no es el ahorro a toda costa, sino una distribución de los recursos orientada a responder a razones de eficiencia social, lo que justifica ampliamente la dotación de intérpretes.

BIBLIOGRAFÍA

- AUDIT COMMISSION. *What seems to be the matter: communication between hospitals and patients*. London: HMSO, 1994.
- BAKER, D.W.; PARKER, R.M.; WILLIAMS, M.V.; COATES, W.C. y PITKIN, K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 1996, vol. 275, núm. 10, pp. 783-788.
- BAKER, D.W.; HAYES, R. y FORTIER, J.P. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care*, 1998, vol. 36, núm. 10, pp. 1461-1470.
- BAXTER, H. y CHENG, L.Y. Use of interpreters in individual psychotherapy. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 30, núm. 1, pp. 153-156.
- BETANCOURT, J.R. y JACOBS, E.A. Language barriers to informed consent and confidentiality: the impact on women's health. *Journal of the American Medical Womens Association*, 2000, vol. 55, núm. 5, pp. 294-295.
- BISCHOFF, A.; TONNERRE, C.; EYTAN, A.; BERNSTEIN, M. y LOUTAN, L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1999, vol. 44, núm. 6, pp. 248-256.
- BISCHOFF, A.; TONNERRE, C.; LOUTAN, L. y STALDER, H. Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1999, vol. 44, núm. 6, pp. 283-287.
- BLACKFORD, J.; STREET, A. y PARSONS, C. Breaking down language barriers in clinical practice". *Contemporary Nurse*, 1997, vol. 6, núm. 1, pp. 15-21.
- BRAFMAN, A.H. Beware of the distorting interpreter. *British Medical Journal*, 1995, vol. 311, p. 1439.
- CAVE, A.; MAHARAJ, U.; GIBSON, N. y JACKSON, E. Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. *Canadian Family Physician*, 1995, vol. 41, pp. 1685-1690.
- DODD, W. Do interpreters affect consultations? *Family Practice*, 1984, vol. 1, núm. 1, pp. 42-47.
- DREGER, V. y TREMBACK, T. Optimize patient health by treating literacy and language barriers. *AORN Journal*, 2002, vol. 75, núm. 2, pp. 280-285, 287, 289-293, 297-300.
- DRENNAN, G. Counting the cost of language services in psychiatry. *South African Medical Journal*, 1996, vol. 86, núm. 4, pp. 343-345.

- DUFFY, M.M. y ALEXANDER, A. Overcoming language barriers for non-English speaking patients. *ANNA Journal*, 1999, vol. 26, núm. 5, pp. 507-510, 528.
- ELDERKIN-THOMPSON, V.; SILVER, R.C. y WAITZKIN, H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 2001, vol. 52, núm. 9, pp. 1343-1358.
- FLORES, G.; LAWS, M.B.; MAYO, S.J.; ZUCKERMAN, B.; ABREU, M.; MEDINA, L. y HARDT, E.J. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 2003, vol. 111, núm. 1, pp. 6-14.
- GERRISH, K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, vol. 33, núm. 5, pp. 566-574.
- GIACOMELLI, J. A review of health interpreter services in a rural community: a total quality management approach. *Australian Journal of Rural Health*, 1997, vol. 5, núm. 3, pp. 158-164.
- HAFFNER, L. Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *Western Journal of Medicine*, 1992, vol. 157, núm. 3, pp. 255-259.
- HATTON, D.C. y WEBB, T. Information transmission in bilingual, bicultural contexts: a field study of community health nurses and interpreters. *Journal of Community Health Nurses*, 1993, vol. 10, núm. 3, pp. 137-147.
- HORNBERGER, J.C.; GIBSON, D.C. Jr.; WOOD, W.; DEQUELDRE, C.; CORSO, I.; PALLA, B. y BLOCH, D.A. Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical Care*, 1996, vol. 34, núm. 8, pp. 845-856.
- HORNBERGER, J.; ITAKURA, H. y WILSON, S.R. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients". *Public Health Reports*, 1997, vol. 112, núm. 5, pp. 410-417.
- JACOBS, E.A.; LAUDERDALE, D.S.; MELTZER, D.; SHOREY, J.M.; LEVINSON, W. y THISTED, R.A. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, vol. 16, núm. 7, pp. 468-474.
- JONES, D. y GILL, P. Breaking down language barriers. *British Medical Journal*, 1998, vol. 316, pp. 1476-1480.
- LANG, R. Orderlies as interpreters in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*, 1976, vol. 18, núm. 3, pp. 172-177.

- LAU, K.C.; STEWART, S.M. y FIELDING, R. Preliminary evaluation of “interpreter” role plays in teaching communication skills to medical undergraduates. *Medical Education*, 2001, vol. 35, núm. 3, pp. 188-190.
- LAUNER, J. Taking medical histories through interpreters: practice in a Nigerian outpatient department. *British Medical Journal*, 1978, vol. 2, núm. 6142, pp. 934-935.
- LEMAN, P. Interpreter use in an inner city accident and emergency department. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 1997, vol. 14, núm. 2, pp. 98-100.
- LOUTAN, L.; FARINELLI, T. y PAMPALLONA, S. Medical interpreters have feelings too. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1999, vol. 44, núm. 6, pp. 280-282.
- MADHOK, R.; HAMEED, A. y BHOPAL, R. Satisfaction with health services among the Pakistani population in Middlesbrough, England. *Journal of Public Health Medicine*, 1998, vol. 20, núm. 3, pp. 295-301.
- MALTBY, H.J. Interpreters: a double-edged sword in nursing practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 1999, vol. 10, núm. 3, pp. 248-254.
- MCPHEE, S.J. Caring for a 70-year-old Vietnamese woman. *Journal of the American Medical Association*, 2002, vol. 287, núm. 4, pp. 495-504.
- NASR, I.; CORDERO, M.; HOUMES, B.; FAGAN, J.; RYDMAN, R. y GREEN, C. Use of a bilingual medical history questionnaire in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 1993, vol. 22, núm. 5, pp. 824-828.
- OQUENDO, M.A. Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient’s second language. *Psychiatric Services*, 1996, vol. 47, núm. 6, pp. 614-618.
- PADILLA BENÍTEZ, P. Los estudios de interpretación y la investigación en España. *Puentes*, 2002, núm. 1, pp. 71-80.
- PHELAN, M. y PARKMAN, S. How to do it: work with an interpreter. *British Medical Journal*, 1995, vol. 311, pp. 555-557.
- POCHHACKER, F. Language barriers in Vienna Hospitals. *Ethnicity & Health*, 2000, vol. 5, núm. 2, pp. 113-119.
- POINTON, T. Telephone interpreting service is available. *British Medical Journal*, 1996, vol. 312, p. 53.
- RIVADENEYRA, R.; ELDERKIN-THOMPSON, V.; SILVER, R.C. y WAITZKIN, H. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine*, 2000, vol. 108, núm. 6, pp. 470-474.

ROLLINS, G. Translation, por favor. *Hospitals and Health Networks*, 2002, vol. 76, núm. 12, pp. 46-50.

SARVER, J. y BAKER, D.W. Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 2000, vol. 15, núm. 4, pp. 256-264.

TOCHER, T.M. y LARSON, E.B. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? *Journal of General Internal Medicine*, 1999, vol. 14, núm. 5, pp. 303-309.

XUO, D. y FAGAN, M.J. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 1999, vol. 14, núm. 9, pp. 547-550.