



**INTERNATIONAL MEDICAL  
INTERPRETERS ASSOCIATION**  
Leading the advancement of professional interpreters



# ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

---

**Desarrollado por:  
Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA) y  
Education Development Center (EDC), Inc.**

Adoptado en octubre de 1995. Asociación Internacional de Intérpretes Médicos. Copyright © 2007, 1998, 1997, 1996 por la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos, en la actualidad Asociación Internacional de Intérpretes Médicos y Education Development Center, Inc.

Todos los derechos reservados. Impreso en los Estados Unidos de América.



## Condiciones de uso

Este documento no podrá ser reproducido total o parcialmente, ni transmitirse por procedimientos electrónicos, mecánicos, magnéticos o por sistemas de almacenamiento y recuperación informáticos o cualquier otro medio, sin el permiso previo, por escrito, del titular o titulares del copyright.

Prohibición de prácticas discriminatorias: en los Estados Unidos, no se puede impedir la participación, negar la atención o discriminar a ninguna persona, por razón de origen nacional o étnico, en ninguno de los programas o actividades sujetos a subvenciones estatales; tampoco puede ser objeto de trato discriminatorio ninguna persona por razón de género en la mayoría de los programas o actividades sujetos a subvenciones estatales.

La actividad de la que es objeto este informe ha sido desarrollada con el apoyo de la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos y el Departamento de Educación de EEUU, y el Fund for the Improvement of Postsecondary Education (Fondo para la Mejora de la Educación Postsecundaria). Las opiniones aquí vertidas no reflejan necesariamente la posición o la política del Departamento de Educación, y no debe deducirse la existencia de una aprobación oficial por parte del Departamento.

Los Estándares para la práctica están disponibles en línea sin coste alguno en:

<http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>

Para realizar pedidos de copias impresas, visiten: <http://www.imiaweb.org/store/default.asp>

Para obtener más información sobre la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos, visiten: [www.imiaweb.org](http://www.imiaweb.org)

Asociación Internacional de Intérpretes Médicos

800 Washington Street, Apartado 271

Boston, MA 02111-1845

E-mail: [info@imiaweb.org](mailto:info@imiaweb.org)



*A Raquel Cashman,  
amiga y compañera, cuya voluntad de excelencia,  
justicia y armonía inspira este trabajo.*



## Índice de contenidos

Condiciones de uso.....	2
Agradecimientos.....	6
Prólogo.....	7
Prólogo a la edición de octubre de 1998 .....	8
Prólogo a la versión española .....	10
Introducción .....	12
El proceso de desarrollo .....	13
Los estándares para la práctica.....	15
A. Interpretación .....	16
B. Interfaz cultural.....	18
C. Conducta ética.....	20
Usos potenciales.....	21
Perspectivas de futuro .....	22
Estándares para la práctica de la interpretación médica.....	23
Método de evaluación .....	23
Competencia A: Interpretación.....	24
A-1 Se presenta y explica su papel .....	24
A-2 Gestiona la configuración espacial paciente-proveedor-intérprete para una comunicación fluida y directa .....	26
A-3 Mantiene el registro y estilo lingüístico del emisor .....	27
A-4 Aborda las "necesidades de comodidad" del paciente en relación con el intérprete en cuanto a factores como la edad, el género y otras áreas potenciales de incomodidad .....	28
A-5 Escoge el modo de interpretación apropiado (consecutivo, simultáneo, a la vista; primera o tercera persona).....	29
A-6 Transmite de forma precisa la información entre el paciente y el proveedor .....	30
A-7 Fomenta la comunicación directa entre el paciente y el proveedor .....	31



## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

A-8 Se asegura de que el receptor entiende el mensaje .....	32
A-9 Se asegura de que el intérprete entiende el mensaje que ha de transmitir .....	33
A-10 Gestiona el flujo de la comunicación con el fin de preservar la precisión e integridad de los mensajes y de favorecer el vínculo entre el proveedor y el paciente.....	34
A-11 Gestiona la dinámica de la tríada .....	35
A-12 Gestiona los conflictos personales internos .....	36
A-13 Gestiona los conflictos entre el proveedor y el paciente.....	37
A-14 Comprueba la precisión de su interpretación y corrige sus propios errores.....	38
A-15 Ayuda al proveedor en las tareas de cierre de entrevista.....	39
A-16 Se asegura de que se abordan las dificultades planteadas durante o después de la entrevista y de que se canalizan adecuadamente.....	40
A-17 Cumplimenta la documentación correspondiente al trabajo del intérprete .....	41
A-18 Hace un seguimiento (al margen de la entrevista triádica), si resulta necesario.....	42
Competencia B: Interfaz cultural.....	43
B-1 Muestra un comportamiento culturalmente adecuado.....	43
B-2 Identifica y aborda los casos que requieren un examen intercultural para asegurar una comprensión precisa y completa .....	44
Competencia C: Conducta ética.....	45
C-1 Mantiene la confidencialidad.....	45
C-2 Interpreta con precisión todos los mensajes .....	47
C-3 Mantiene la imparcialidad .....	48
C-4 Respeta la intimidad del paciente.....	49
C-5 Mantiene la distancia profesional.....	50
C-6 Mantiene la integridad profesional .....	51
C-7 Actúa ante la discriminación.....	52
Referencias .....	53



## Agradecimientos

### **Subcomité de Estándares para la práctica**

Margarita Battle - Coordinadora de servicios de interpretación, Massachusetts General Hospital  
Eduardo Berinstein - Director de servicios de interpretación, Children's Hospital  
Raquel Cashman - Ex directora de servicios de interpretación, Boston City Hospital  
Jane Crandall - Coordinadora de servicios de interpretación, Beth Israel Hospital  
María Durham - Directora de servicios de interpretación, University of Massachusetts Medical Center  
María-Paz Beltrán Avery - Directora de Medical Interpreter Training Project, EDC

### **Agradecimiento a los participantes en el proceso DACUM**

Margarita Battle - Massachusetts General Hospital  
Eduardo Berinstein - Children's Hospital  
Alm Raa Chhan - Intérprete médico autónomo  
Jane Crandall - Beth Israel Hospital  
María Durham - University of Massachusetts Medical Center  
Gregorio Figaro - Intérprete médico autónomo  
Carla Fogaren - Good Samaritan Medical Center  
Alicia D. Hart - Brigham and Women's Hospital  
Tot Nguyen - Intérprete médico autónomo  
Saly Pin-Riebe - Departamento de Salud Mental, Refugee Assistance Program  
Margarita Restrepo - Beth Israel Hospital  
Raquel Santander-Nelson - Intérprete médica autónoma  
Joyce Malyn-Smith - Education Development Center, Inc., Facilitadora DACUM



## Prólogo

La Asociación Internacional de Intérpretes Médicos se siente muy orgullosa de su legado como pionera en el campo de la interpretación médica. Los *Estándares para la Práctica de la Interpretación Médica* constituyen el primer conjunto de normas para el ámbito de la interpretación oral en el entorno médico, y sigue siendo una herramienta imprescindible para la evaluación de los intérpretes profesionales en todo el territorio de EEUU, pues se estipulan las normas básicas para el ejercicio y las competencias necesarias para un intérprete "competente". Dichos estándares los ha desarrollado el Education Development Center siguiendo el proceso DACUM, un reconocido método de análisis ocupacional para actividades profesionales y técnicas, y se utilizó con el fin de sentar las bases necesarias para la certificación de intérpretes médicos. Fue adoptado a nivel nacional en los EEUU durante la 4ª conferencia del Grupo nacional de trabajo, en Seattle (Washington), 17-19 de mayo de 1998 (véase <http://www.diversityrx.org/HTML/MOASSA.htm>), y después pasó a ser de uso común en todo el país y también en el extranjero. Desde la creación de estos Estándares, han visto la luz otros documentos similares, en particular el de la Sociedad Americana para Ensayos y Materiales (ASTM, en sus siglas en inglés), en 2001; el de la Asociación de Intérpretes Médicos de California (CHIA), en 2002; y el del Consejo Nacional para la Interpretación en el Ámbito Sanitario (NCIHC), en 2005, cada uno desde un enfoque y visión distintos, enriqueciendo así el conocimiento de esta profesión.

Si bien estas organizaciones han trabajado arduamente en el desarrollo de sus normas, queremos aprovechar la ocasión para centrarnos en difundir, implementar y ejecutar de manera continua nuestros propios estándares para la profesión, con el afán de estandarizar la práctica de la interpretación médica en todo el mundo. Recientemente, IMIA ha apuntado que aunque nuestras normas son más adecuadas como herramienta de evaluación, muchas de las personas que se incorporan al sector no están familiarizadas con estos Estándares o no han sido examinados o evaluados con dicha herramienta. Distintos centros formativos ya utilizan nuestros estándares como un recurso pedagógico, a la vez que nosotros estimulamos y fomentamos su uso como herramienta de formación y evaluación. El sector se verá, pues, beneficiado de los talleres para intérpretes y formadores de intérpretes sobre su uso para la evaluación. IMIA desea colaborar con otras organizaciones que forman, contratan y colaboran con aquellos intérpretes médicos dispuestos a respetar las normas de actuación trazadas en este documento. También agradecemos los comentarios de las personas que usan esta herramienta regularmente, así como las cartas de respaldo.

Los principales obstáculos para la divulgación de este documento fueron su coste y acceso, motivo por el cual la Junta Directiva de IMIA votó en 2006 a favor de que este documento estuviese disponible en formato pdf y de forma gratuita. Una mayor difusión de los Estándares también favorecerá la adhesión a unas normas que son necesarias para garantizar la seguridad del paciente. Es con esta visión que IMIA presenta este documento a todos los intérpretes médicos profesionales y a los otros agentes de este campo. Estos documentos están siendo traducidos a varios idiomas para así facilitar su divulgación a nivel internacional.

Atentamente,  
Izabel S. Arocha, M.Ed.  
Directora ejecutiva de IMIA  
27 de abril de 2007



## Prólogo a la edición de octubre de 1998

El presente documento, los Estándares para la práctica de la interpretación médica, ha recibido el reconocimiento nacional e internacional desde su adopción en 1995. En mayo de 1998, el Consejo Nacional para la Interpretación en el Ámbito Sanitario (NCIHC), junto con un grupo de intérpretes, directores de servicios de interpretación, proveedores, educadores, formadores y otras entidades interesadas y comprometidas con el fomento y el apoyo a una interpretación médica culturalmente competente que asegurase el acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad, hicieron la siguiente afirmación:

El Consejo Nacional para la Interpretación en el Ámbito Sanitario ha revisado Estándares de la Práctica en la Interpretación Médica y ha votado respaldar el uso de este documento como el mejor manifiesto de estándares disponible para los intérpretes médicos en la actualidad. El Consejo felicita a la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos y al Education Development Center, Inc., coautores del documento, por sus inestimables esfuerzos en su desarrollo, y anima a otras organizaciones a aportar su opinión sobre este trabajo en desarrollo.

El comentario más habitual que hemos recibido es que el documento ofrece una visión integral y congruente de las tareas y las destrezas necesarias para el ejercicio de la profesión; y ofrece un conjunto unificador y coherente de las expectativas que se pueden depositar sobre la interpretación en las distintas instituciones. Asimismo, estos *Estándares* han procurado un marco para el desarrollo de herramientas para la evaluación, propia y externa. Muchos directores de servicios de interpretación facilitan una copia de los *Estándares* a las nuevas incorporaciones, ya sean en plantilla o como autónomos, para su uso como base para las actividades de desarrollo profesional continuo. También ha resultado de utilidad en cursos de formación diseñados para preparar a los proveedores sanitarios en cómo trabajar con intérpretes.

Por último, me gustaría reconocer públicamente el liderazgo de algunas personas que han sido clave para llevarnos hasta donde estamos hoy. Hace mucho tiempo, la idea de elaborar estos estándares para esta nueva y emergente profesión no era más que un atisbo en la mente de nuestra apreciada y querida colega Raquel Cashman. Raquel ha sido una pionera en el campo y jugó un papel decisivo en la creación del Subcomité de estándares, y lamentamos profundamente que se produjera su muerte antes de que su finalización. Durante la presidencia de María Durham, los *Estándares para la práctica de la interpretación médica* fueron aprobados por IMIA y adoptados como sus normas para la práctica profesional. María abogó por la difusión de los *Estándares*, aportando un liderazgo dinámico y certero, al conseguir que los sectores más importantes (como



---

## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

hospitales, proveedores, departamentos de salud pública, y organismos de acreditación hospitalaria) prestaran la atención debida a los mismos. Tuve el placer de trabajar estrechamente con un grupo profundamente comprometido de personas generosas que formaban el Subcomité de estándares, formado por: Raquel Cashman, Maria Durham, Margarita Battle, Jane Crandall Kontrimas y Eduardo Berinstein. Hubo momentos en que nos preguntábamos si alguna vez llegaríamos a algún acuerdo, pero los resultados hablan por sí solos. Bajo el liderazgo del presidente de IMIA, Juan Nickrosz, los *Estándares para la práctica de la interpretación médica* fueron refrendados por NCIHC.

También me gustaría dar las gracias a las muchas personas en todo Estados Unidos y en el mundo que han brindado su tiempo e interés de unirse a nosotros como "amigos críticos". Son demasiados para nombrarlos, pero confío en que ellos saben quiénes son; su sabiduría ha fortalecido los Estándares. Esperamos continuar nuestro viaje junto a ellos y además encontrar más "amigos críticos" que se unan a nosotros por el camino.

María-Paz Avery Beltrán, PhD  
Education Development Center, Inc.  
Octubre de 1998

## Prólogo a la versión española

El presente documento es una traducción del documento *Medical Interpreting Standards of Practice*, redactado en inglés y publicado originalmente en 1995, de mano de lo que por aquel entonces era la Massachusetts Medical Interpreters Association. El estado de Massachusetts, y concretamente la ciudad de Boston, es uno de los centros más importantes de la interpretación médica y de hecho se le considera precursor en muchos aspectos.

Éste es uno de los primeros textos en todo el mundo en ofrecer directrices y orientaciones a los intérpretes del ámbito médico o de cualquier otro ámbito institucional, y sigue gozando actualmente de gran vigencia en el campo. Se trata de una aportación de un valor incuestionable, tanto por haber abierto camino, como por el modo en que se presenta la información, y sobre todo porque parte de un planteamiento muy aplicado sobre qué es la interpretación médica que resulta, todavía hoy, novedoso.

Por este motivo se propuso desde la sección de IMIA España la iniciativa de traducir este texto. El objetivo principal que se planteó fue el de poder facilitar el acceso a estas recomendaciones al colectivo profesional de intérpretes médicos, no sólo españoles sino de cualquier comunidad hispanohablante. Asimismo, se persigue la meta de contribuir de este modo a la profesionalización que, sin duda, contribuye a impulsar la existencia de un documento como este.

Sin embargo, conviene resaltar en este prólogo que la realidad de los países hispanohablantes es claramente diferente de la situación que vive la interpretación en contextos sanitarios en los EEUU. Asimismo, dentro de estos países hay una clara diversidad de enfoques y disparidad en el grado de implantación de la actividad profesional. El caso español es ilustrativo: hace relativamente poco que se recurre a la interpretación médica para facilitar la comunicación y el acceso igualitario a los servicios de salud, en comparación con países como Australia, Canadá o EEUU, donde el fenómeno de la inmigración es muy anterior, y por esta razón en España se trata de una actividad poco profesionalizada y en muchas ocasiones con situaciones laborales precarias, además de producirse situaciones y prácticas que desafían el sentido común y suponen riesgos para los usuarios. Asimismo, la realidad de la práctica profesional es que el perfil del intérprete médico está muy frecuentemente asociado con el del mediador intercultural, sin que existan en la práctica claras delimitaciones de funciones y competencias entre ambos perfiles. Este es un factor diferenciador, a nivel filosófico, sobre qué tareas y qué límites de la intervención debe respetar el intérprete, entre lo que se considera aceptable en España y en EEUU.



---

## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

Así pues, conviene entender esta aportación como una herramienta que anime a la reflexión y permita la toma de decisiones informadas, sin por eso pretender sentar unas bases que no se puedan cuestionar o adaptar a la realidad del contexto en que se desarrolle la tarea profesional.

Cabe señalar, a modo de apunte sobre la traducción, que se ha optado por traducir el término "the interpreter/s" por "el/los intérprete/s", en masculino, como genérico, y que por tanto todas las referencias a "el/los intérprete/s" incluyen también a "la/las intérprete/s".

Esperamos que resulte una aportación útil para los profesionales y para la profesión, motivando conductas en todos los agentes implicados que permitan un nivel de calidad óptimo y que reviertan, a su vez, en una atención sanitaria abierta a todos los pacientes, independientemente de su origen lingüístico o cultural, y sensible a su diversidad.

Finalmente, quiero mostrar mi agradecimiento a Maurizio di Fresco (Presidente de IMIA Italia y miembro de la junta directiva de IMIA) por sus comentarios sobre este prólogo, y a Bárbara Navaza (Vicepresidenta de IMIA España), por la revisión del texto completo, por mejorar la redacción de este prólogo y por su apoyo.

Lluís Baixauli-Olmos

Representante de IMIA España y miembro de la junta directiva de IMIA

17 de mayo de 2012

## Introducción

La función principal del intérprete médico es hacer posible la comunicación entre un proveedor de servicios sanitarios y un paciente que no hablan el mismo idioma. En el desempeño de esta función, el intérprete médico se debe por completo a los objetivos de la entrevista clínica. La presencia del intérprete hace posible que el paciente y el proveedor alcancen los objetivos de la entrevista como si se comunicasen directamente.

El recurso a una tercera persona que facilite la comunicación entre proveedores y pacientes que no hablan el mismo idioma es algo que se viene haciendo desde hace mucho tiempo. Sin embargo, en esta práctica, desafortunadamente, abundan los conceptos erróneos sobre la naturaleza de la comunicación mediada por un intérprete; uno de los errores más comunes es que toda persona con cierto nivel de bilingüismo, puede prestar un servicio de interpretación eficaz. En consecuencia, vemos cómo se recurre a niños, familiares y trabajadores no cualificados (como el párroco local, la persona de servicio doméstico, etc.) para el desempeño de labores de interpretación. A pesar de ello, contar con un nivel de fluidez idéntico en dos lenguas es un prerrequisito necesario pero no suficiente para actuar como intérprete. Además, el intérprete debe ser capaz de convertir los mensajes expresados en una lengua en el marco sociolingüístico apropiado de otra lengua. Asimismo, a diferencia de la interpretación de conferencias, en la cual el intérprete debe traducir hacia un solo idioma, el intérprete médico debe interpretar desde y hacia dos idiomas.

Otra equivocación muy común consiste en que la comunicación en los entornos sanitarios es una tarea relativamente fácil, en la cual la mayor parte de la información se puede recopilar por medios "científicos, objetivos" y buena parte del significado se puede expresar con gestos (de Jongh, 1992). La realidad es que la entrevista clínica depende mucho del lenguaje hablado para recopilar la mayor parte de la información.

Estos errores se ven agravados cuando las partes a quienes afecta la interpretación no tienen la capacidad de determinar la calidad de la misma; ni el paciente ni el proveedor tienen pueden controlar la precisión o la integridad de la interpretación, porque cada una de ellos habla sólo uno de los dos idiomas. Ninguno de los dos tiene forma de saber si el mensaje que se está interpretando contiene omisiones, adiciones, opiniones del intérprete, conjeturas u otras alteraciones que pueden provocar graves dificultades de comunicación.

Es por estas razones que los estándares para la práctica resultan fundamentales. Los estándares aportan una base que define las expectativas tanto para los consumidores como para los profesionales; además, ofrecen un baremo con el que los intérpretes pueden comparar la calidad de su propio trabajo. También establecen criterios para la certificación y/o entrada a la profesión, garantizando así la calidad y consistencia del trabajo.

## El proceso de desarrollo

Los estándares para la práctica que se presentan aquí se han desarrollado utilizando un proceso DACUM (Desarrollo de un Plan de Estudios) modificado. El proceso DACUM es un método de análisis ocupacional de tareas profesionales y técnicas, a través del cual los trabajadores expertos se dedican a describir y definir las tareas que constituyen su trabajo, incluyendo los conocimientos específicos, destrezas, herramientas y actitudes necesarias para llevar a cabo estas tareas correctamente.

Se reunieron doce intérpretes con experiencia médica, miembros de la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos, en un taller de dos días con un facilitador del proceso DACUM para generar el universo de los principales deberes, responsabilidades y tareas realizadas dentro de sus funciones como intérpretes médicos. El grupo estaba integrado por coordinadores de servicios de interpretación, intérpretes en plantilla, e intérpretes autónomos, representando a seis grupos lingüísticos, y tenían una experiencia mínima de tres años de trabajo remunerado en los principales hospitales clínicos, centros ambulatorios, y/u otras instalaciones sanitarias. Los datos recopilados abarcan una amplia gama de tareas, reflejando las diferentes posiciones de los miembros del grupo; así pues, además de las tareas específicas de la entrevista interpretada, se incluyeron otras tareas más amplias, como educar a los consumidores en el uso de intérpretes, el establecimiento de sistemas de provisión de servicios y la facturación de los servicios. A partir de estos datos, el Subcomité de estándares para la práctica elaboró el documento, centrándose solo en las competencias específicas de la sesión de interpretación.

Durante el desarrollo de estos estándares, el subcomité se enfrentó a un reto muy importante: establecer normas que mantengan la excelencia en la precisión e integridad de la interpretación y, a su vez, responder a la necesidad inmediata y urgente de intérpretes en grupos lingüísticos en los que el número de personas competentes en inglés y otro idioma es limitado. Esta dificultad se superó diferenciando entre dos tipos de competencias: la competencia lingüística y las destrezas de interpretación. Una vez hecha esta distinción, fue posible conceptualizar y definir una gran variedad de habilidades de interpretación que podrían ser utilizadas como intervenciones estratégicas para asegurar la precisión e integridad, teniendo en cuenta los diferentes niveles de competencia lingüística. Así pues, en un extremo del continuo lingüístico se encuentran aquellos individuos cuyo dominio de las dos lenguas y la amplitud en su comprensión del contenido asegura que tienen poca necesidad de interrumpir a los emisores, ya sea por motivos de retentiva o de aclaración, y cuya profundidad de conocimientos de las variaciones lingüísticas prácticamente elimina la necesidad de las pausas para buscar la forma de expresión adecuada. En el otro extremo están aquellos individuos que tienen una comprensión y profundidad de expresión un tanto limitada. Sin embargo, con



## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

destrezas auxiliares, como la capacidad de pedir aclaración, manejar el flujo comunicativo, y la consciencia de sus limitaciones personales, dichos intérpretes pueden mantener la precisión e integridad.

## Los estándares para la práctica

Los Estándares para la práctica de la interpretación médica parten de la premisa de que la principal tarea del intérprete es la interpretación, es decir, la transformación de un mensaje expresado en una lengua de origen en su equivalente en una lengua meta, de modo que el mensaje interpretado tenga el potencial de generar la misma respuesta en el receptor que el mensaje original (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing y Swabey, 1992). Para conseguirlo, el intérprete no sólo debe hablar con fluidez en las lenguas original y meta, sino que también debe tener las destrezas y conocimientos básicos para ser capaces de comprender el mensaje rápidamente en la lengua original y reexpresarlo, con la misma rapidez, en la lengua meta.

Si lo único que necesitan el proveedor y el paciente para lograr los objetivos de la entrevista clínica es esta conversión lingüística, entonces la función del intérprete queda satisfecha con dicha conversión. No obstante, estos estándares van más allá de las destrezas de transferencia, y reconocen las complejidades de la interpretación y la entrevista clínica. El encuentro médico es un proceso altamente interactivo en el que el proveedor utiliza el lenguaje (del propio proveedor y del paciente) como una herramienta poderosa para entender, evaluar y diagnosticar los síntomas (Woloshin et al., 1995) y para dar y recibir información. El intérprete, por lo tanto, no puede ser simplemente una "caja negra de conversión", sino que debe saber cómo entablar conversación, tanto con el proveedor como con el paciente, de un modo eficaz y eficiente para tener acceso a los matices y las presuposiciones socioculturales insertadas en el lenguaje del otro, que de no ser exploradas podrían conducir a consecuencias peligrosas.

Estos estándares para la práctica también reconocen la importancia de la entrevista médica en el establecimiento de un vínculo terapéutico entre el proveedor y el paciente. La formación de dicho vínculo es especialmente difícil cuando las partes no se pueden comunicar directamente, y se vuelve aún más compleja cuando hay diferencias en los sistemas de creencias culturales. Un intérprete competente puede superar estas barreras prestando atención, no sólo a los aspectos lingüísticos de la comunicación, sino también a los extra-lingüísticos.

Los Estándares para la práctica de la interpretación médica están organizados en tres áreas de trabajo principales: (1) interpretación, (2) interfaz cultural, y (3) la conducta ética. A continuación se presenta una breve explicación de cada una de estas áreas de trabajo.

## A. Interpretación

Como se ha apuntado anteriormente, la principal tarea del intérprete es interpretar, es decir, convertir un mensaje pronunciado en una lengua original, en un mensaje equivalente en la lengua meta para que el destinatario del mensaje reaccione como si lo hubiera oído en su versión original (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing y Swabey, 1992). Lo que determina la competencia de un intérprete competente, por lo tanto, es la precisión e integridad de la interpretación.

Aunque la principal tarea del intérprete es interpretar, hay otras habilidades complementarias que un debe poseer, aunque no se utilicen necesariamente en cada sesión. Los estándares para la práctica en esta sección se centran tanto en las destrezas propias de la interpretación, como de dichas habilidades complementarias. Las destrezas en esta sección se pueden organizar en torno a cinco subtareas:

- 1) **Crear el marco.** El papel del intérprete profesional es todavía nuevo y bastante desconocido en el entorno médico. Por ello es importante que los intérpretes establezcan unas expectativas claras sobre su papel al inicio de la entrevista triádica (proveedor-paciente-intérprete), destacando los elementos de precisión, integridad y confidencialidad. También es importante en los primeros momentos de la entrevista que el intérprete se ocupe de otras cuestiones, como organizar la configuración espacial de la entrevista, abordando cualquier incomodidad que la presencia de un intérprete pueda ocasionar al paciente o proveedor, o evaluar el estilo lingüístico del paciente, teniendo presente en todo momento el objetivo de establecer una relación directa entre los dos participantes primarios.
- 2) **Interpretar.** La tarea básica del intérprete consiste en transmitir información de un modo preciso y completo. Por lo tanto, los intérpretes deben operar bajo un doble compromiso: 1. entender plenamente el mensaje en la lengua original, y 2. retener los elementos esenciales de la comunicación en su conversión a la lengua meta. Los intérpretes con una competencia lingüística muy alta en ambos idiomas (en términos de amplitud y profundidad) y con sólidos conocimientos básicos de la materia es más probable que sean capaces de hacer las conversiones de un idioma a otro sin necesidad de pedir aclaraciones. Aquellos con una competencia lingüística limitada pueden utilizar estrategias adecuadas para asegurarse de que entienden el mensaje antes de hacer la conversión y transmiten toda la información pertinente.
- 3) **Gestionar el flujo de la comunicación.** En aras de la exactitud e integridad, los intérpretes deben ser capaces de gestionar el flujo de la comunicación para que la información importante no se pierda ni se comunique erróneamente. También es posible que los intérpretes tengan que prestar atención a la dinámica de la interacción interpersonal entre el proveedor y el paciente, p. ej., cuando se producen tensiones o conflictos. No obstante, el papel del intérprete consiste en no asumir la responsabilidad

## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

de las acciones de las partes, sino que se centra más bien en ayudar a establecer un proceso de comunicación que permita a las partes resolver los problemas por sí mismos.

- 4) **Gestionar la relación triádica.** La introducción de una tercera parte en la entrevista médica genera dinámicas que son inherentes a las interacciones triádicas. Una característica principal de una relación triádica es el potencial para la formación de una alianza entre dos de las tres partes, a diferencia de lo que ocurre en una relación diádica. Debido a que el intérprete es la parte con la que tanto el proveedor como el paciente pueden relacionarse más directamente, ambos tienen una propensión a querer formar una alianza con el intérprete. El proveedor y el paciente a menudo muestran esta tendencia dirigiendo sus comentarios al intérprete, en lugar hacerlo uno al otro, lo que conduce al tipo de enunciado "dígaselo al paciente/doctor". Así pues, el intérprete tiene que esforzarse para animar, verbal y no verbalmente, a cada parte a dirigirse directamente a la otra.

La tendencia natural tanto de los proveedores como de los pacientes es percibir al intérprete como una extensión de su propio mundo, y no como participantes de pleno derecho, con las responsabilidades y obligaciones propias de su función. Para los pacientes, el deseo de formar una alianza con el intérprete se acentúa, ya que son propensos a percibir al intérprete como alguien que entiende, no sólo su lengua, sino también su cultura. Esta afinidad aparente a menudo lleva a los pacientes a actuar como si el intérprete actuara en calidad de amigo y defensor. Para los proveedores, el peligro radica en suponer que el intérprete forma parte de su mundo y, por lo tanto, considerar que el intérprete puede y debe asumir otras funciones, como la obtención de la historia clínica. Por otra parte, cuando los proveedores dan por sentado que los intérpretes son extensiones del mundo del paciente, tienden a desestimar la importancia de su papel y atribuyen un estatus inferior a su trabajo.

Como profesional de pleno derecho, en la sesión mediada por un intérprete, éste debe su lealtad al vínculo terapéutico y a los objetivos de una atención de calidad. Su compromiso consiste en apoyar a las partes en sus ámbitos de competencia: el proveedor, como experto técnico con los conocimientos y destrezas en medicina y atención sanitaria; y el paciente, como experto en sus síntomas, creencias y necesidades. El proveedor ofrece opiniones informadas y plantea opciones, mientras que el paciente es el que tiene la última palabra en cuanto al tratamiento. El papel del intérprete no consiste en tomar el control de la sustancia de los mensajes, sino en gestionar el proceso comunicativo.

- 5) **Ayudar en las actividades de cierre.** La responsabilidad del intérprete en los momentos finales de la entrevista clínica es animar al proveedor, cuando sea necesario, a que dé instrucciones de seguimiento que el paciente entienda y, por lo tanto, es probable que las pueda seguir. Además, el papel del intérprete consiste en asegurarse de que el paciente recibe los servicios necesarios (incluidos los servicios de interpretación adicionales) y en promover la autosuficiencia del paciente, teniendo en cuenta el contexto social del paciente.

## B. Interfaz cultural

El lenguaje no es el único elemento que interviene en la interacción entre los proveedores y los pacientes que hablan diferentes idiomas. El significado inherente a los mensajes transmitidos tiene sus raíces en creencias, valores y supuestos basados en la cultura. Según los lingüistas Whorf (1978) y Sapir (1956), el lenguaje es una expresión de la cultura y la forma en que la cultura organiza la realidad. El intérprete, por lo tanto, tiene atribuida la tarea no sólo de conocer las palabras que se utilizan, sino también de comprender las proposiciones subyacentes basadas en la cultura, que las dotan de significado en el contexto en el que se enuncian. La interpretación en el ámbito sanitario exige del intérprete que comprenda los modos en que las creencias basadas en la cultura afectan a la presentación, desarrollo y resultados de la enfermedad, así como las percepciones del bienestar y el tratamiento.

Si el proveedor y el paciente comparten concepciones similares sobre la medicina y sus principios científicos positivistas, lo más probable es que la interacción se desarrolle tan cómodamente como si hablaran la misma lengua. En tal caso, el intérprete sólo tiene que hacer la conversión de un sistema lingüístico a otro; las diferentes capas de significado se entenderán automáticamente.

A medida que aumenta la divergencia entre las concepciones de los proveedores y de los pacientes, las interpretaciones literales resultan inadecuadas e incluso peligrosas. En estos casos, para transmitir la intención del mensaje de forma precisa y completa, el intérprete es posible que tenga que articular las presuposiciones ocultas y las proposiciones implícitas que contiene el discurso. Aquí el papel del intérprete es ayudar en el descubrimiento de estas nociones ocultas y, así, empoderar tanto al paciente como al proveedor con una mayor comprensión de la cultura del otro.

Otro importante problema lingüístico cultural ocurre cuando un emisor utiliza palabras "intraducibles", que representan conceptos para los cuales no existe un referente comparable en la sociedad de la lengua meta (Seleskovitch, 1978). Por ejemplo, el concepto de la bacteria, un organismo físico que no se puede ver a simple vista, es un concepto que no tiene equivalente en muchas sociedades rurales y analfabetas. Para transmitir el concepto, el intérprete es posible que tenga que colaborar con el proveedor para encontrar la manera de transmitir la información esencial que subyace a este concepto.

Los intérpretes, por lo tanto, tienen encomendada la tarea de identificar los casos en que los conceptos culturales constituyen un obstáculo para la comunicación o para la equivalencia del mensaje. Su papel en este tipo de situaciones no consiste en "dar la respuesta", sino en ayudar a los proveedores y a los pacientes a investigar la interfaz intercultural que constituye un problema de comunicación. Los intérpretes deben tener presente que, independientemente de lo "objetiva" que sea la información de que disponen sobre las



## ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA

creencias, valores, normas y costumbres de una cultura particular, no tienen medios para saber en qué extremo del continuo se encuentra el individuo con el que tratan, es decir, si éste se sitúa cerca de la adherencia a las normas de una cultura o cerca de la aculturación en una nueva cultura. Los patrones culturales, después de todo, son abstracciones generalizadas que no definen al individuo ni predicen lo que un individuo cree o hace. Se trata simplemente de hipótesis que se confirmarán con un grado de probabilidad mayor en un miembro de esa cultura que en alguien externo a ella (Avery, 1992).

## C. Conducta ética

El papel de intérprete parece, en lo superficial, sencillo y sin complicaciones, porque el intérprete está presente para convertir un mensaje pronunciado en un idioma hacia la otra lengua. Sin embargo, los intérpretes profesionales comprenden la profunda complejidad de lo que parece ser una tarea sencilla. De hecho, incluso en la más simple de las sesiones, el intérprete es probable que tenga que identificar y abordar una serie de dilemas.

En las entrevistas médicas cara a cara asistidas por un intérprete, la mera presencia del intérprete implica un cambio en la dinámica de poder de una relación, originalmente diádica, entre el paciente y el proveedor. De manera muy significativa, el intérprete tiene un enorme poder, y a menudo es la única persona presente que entiende los dos idiomas. Asimismo, el intérprete entra en la interacción como una entidad independiente con sus propias creencias y sentimientos personales. Tanto el paciente como el proveedor necesitan confiar en que el intérprete no abuse de dicho poder y transmita fielmente lo que uno tiene que transmitir al otro, y no las ideas del propio intérprete. Del mismo modo, necesitan confiar en que el intérprete mantenga el carácter privado y confidencial de la relación médico-paciente. *"La función de un código de ética es guiar al intérprete sobre el modo de ejercer ese poder"* (Edwards, 1988, p. 22). Un código de ética establece las directrices y normas a seguir, otorgando coherencia y reduciendo la arbitrariedad en las decisiones que toman los intérpretes para la solución de los dilemas que han de abordar (González et al., 1991).

## Usos potenciales

Estos estándares para la práctica se pueden utilizar para varios propósitos:

### **1. Guía para el desarrollo de programas educativos y de formación**

Con demasiada frecuencia los programas educativos y de formación se desarrollan sin conexiones claramente articuladas con las expectativas reales en el campo. Estos estándares han sido desarrollados por profesionales con años de experiencia en el campo que también son responsables de la formación en el puesto de trabajo y la supervisión; como tales, reflejan una visión global de las destrezas básicas y los conocimientos pertinentes. Utilizadas como guía, estas normas pueden servir de base para los objetivos de los cursos y/o de la formación.

### **2. Herramienta para la evaluación**

Los estándares para la práctica pueden utilizarse como criterios preseleccionados con los cuales se puede evaluar el rendimiento de estudiantes, aprendices o profesionales del campo. Tanto los estudiantes como los profesores pueden utilizar los indicadores como una herramienta de evaluación formativa en contextos académicos o pedagógicos para proporcionar una retroalimentación continua sobre las capacidades en las que los estudiantes deben trabajar, las áreas en las que han logrado el dominio, y las tareas que aún deben aprender o mejorar. En la evaluación del resultado, estas normas se pueden utilizar para determinar si un estudiante ha logrado el dominio de las habilidades requeridas. En el lugar de trabajo, se pueden utilizar como recurso de evaluación del nivel de competencia en el momento de la incorporación, y también como herramienta de supervisión que proporcione evaluaciones continuas. Los intérpretes también pueden utilizar estas normas para seguir revisando y evaluando individualmente su propio ejercicio profesional.

### **3. Preparación de los proveedores de servicios de salud en su trabajo con intérpretes**

Estas normas ofrecen a los proveedores de servicios de salud una visión general de las expectativas que se pueden depositar sobre la labor de los intérpretes.

### **4. Base para un examen de certificación**

Dado que estas normas representan una articulación integral de las destrezas y conocimientos básicos que un intérprete competente debe dominar, también se pueden utilizar como base para la parte práctica del examen de certificación. P. ej., se podría plantear al candidato un juego de rol diseñado para incluir tanto una interacción interpretada rutinaria como la resolución de un problema imprevisto. El juego de rol requiere del intérprete que demuestre, de un modo equilibrado, la aplicación de diversas competencias para abordar la situación de una manera adecuada y profesional.



## Perspectivas de futuro

La profesión de la interpretación médica está en pleno desarrollo. Los miembros del Subcomité de estándares para la práctica son conscientes de que este documento representa un primer paso en lo que habrá de ser un proceso de desarrollo continuo. Se espera que, al tiempo que se establecen normas de rendimiento claras y exigentes y se crean rigurosos programas formativos y académicos, se produzca después un marcado aumento en la calidad de la interpretación en el ámbito de la salud. Este incremento en la calidad tendrá como consecuencia un reconocimiento pleno para los intérpretes competentes y profesionales, a los cuales se les concederá un estatus y una remuneración acorde con la trascendencia de su trabajo, y también creará una demanda de programas formativos y académicos de alto nivel.



# Estándares para la práctica de la interpretación médica

## Método de evaluación

La escala de calificación utilizada para evaluar los servicios de interpretación médica es la escala de Likert, con valores entre 1 y 5, de entre los que la persona tendrá que seleccionar el número que considere que refleja la calidad percibida.

### Escala de Likert

- 5 Cumple las expectativas de manera completa y consistente, con facilidad y fluidez
- 4 Cumple las expectativas de manera mecánica
- 3 Cumple las expectativas, aunque con vacilaciones e inseguridad.
- 2 Trabaja de manera inconsistente, cayendo en conductas que demuestran falta de competencia
- 1 Es incapaz de realizar la tarea; muestra una conducta coherente con su falta de competencia

## Competencia A: Interpretación

### A-1 Se presenta y explica su papel

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
<p>A. De ser posible, mantiene una entrevista previa para averiguar los objetivos que el proveedor persigue en la entrevista y otros antecedentes.</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>A. No intenta mantener una entrevista previa, incluso cuando es posible.</p>
<p>B. Se presenta y explica su papel breve y sucintamente al proveedor y al paciente, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita su nombre.</li> <li>• Indica el idioma de interpretación.</li> <li>• Comprueba si el proveedor o el paciente han trabajado con intérpretes anteriormente.</li> <li>• Explica su papel, destacando: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El objetivo de asegurar una comunicación eficaz entre proveedor-paciente</li> <li>✓ La confidencialidad</li> <li>✓ La precisión y la integridad de los mensajes (es decir, se traducirá todo lo dicho por ambas partes)</li> <li>✓ El uso de la primera persona, especialmente si el proveedor y/o el paciente no están acostumbrados a ello</li> </ul> </li> <li>• Pregunta si tienen cualquier duda acerca del papel del intérprete.</li> <li>• Responde a todas las preguntas.</li> </ul>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>B. Aporta una presentación omitiendo uno o más componentes.</p>



Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
C. En caso de que no poder celebrarse una entrevista previa y/o una presentación detallada, al menos pide al proveedor que explique brevemente el objetivo de la entrevista e informa al paciente y al proveedor de que el intérprete tiene la obligación de transmitir a la otra parte todo lo que se diga durante la entrevista y que, por lo tanto, si alguna de las partes quiere mantener algo en secreto, no debería decirlo en presencia del intérprete.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. No satisface este requisito mínimo.
D. Establece y reafirma el papel del intérprete desde el principio.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Muestra dificultades en el establecimiento y reafirmación del papel del intérprete.
E. Aporta una presentación clara y bien pautada.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	E. Aporta una presentación confusa y mal pautada.
F. Tiene la capacidad de adaptar la presentación a las necesidades de la situación.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	F. No se adapta a las necesidades de la situación.

## Competencia A: Interpretación

### A-2 Gestiona la configuración espacial paciente-proveedor-intérprete para una comunicación fluida y directa

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Puede oír y ver tanto al paciente como al proveedor.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. Tiene dificultades para oír y/o mantener contacto visual con una o ambas partes.
B. Puede ser visto y oído por ambas partes.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No puede ser visto u oído por ambas partes.
C. Organiza la configuración espacial para fomentar una comunicación directa entre el proveedor y el paciente.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. Organiza la configuración espacial situando al intérprete en el centro de la comunicación o dificulta la comunicación directa de cualquier otro modo.
D. Respeta la intimidad espacial y física del paciente, de ser necesario (p. ej., quedándose detrás de una pantalla durante la exploración física), al tiempo que mantiene, cuando resulta necesario y/o posible, un contacto visual suficiente para "leer la cara del paciente".	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Escoge una ubicación física que incomoda al paciente en situaciones en que necesita intimidad espacial y visual.

## Competencia A: Interpretación

### A-3 Mantiene el registro y estilo lingüístico del emisor

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
<p>A. De ser posible, conversa con el paciente antes de la entrevista triádica para determinar el registro y estilo lingüístico del paciente (p. ej., el dialecto, la formalidad, etc.).</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>A. No determina el registro y estilo lingüístico del paciente.</p>
<p>B. Cuando transmite el mensaje en la lengua meta, preserva el registro y estilo lingüístico utilizados en la lengua original.</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>B. Cuando transmite el mensaje en la lengua meta, cambia el registro o estilo lingüístico utilizado en la lengua original.</p>

## Competencia A: Interpretación

### A-4 Aborda las "necesidades de comodidad" del paciente en relación con el intérprete en cuanto a factores como la edad, el género y otras áreas potenciales de incomodidad

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
<p>A. Cuando surge la cuestión, evalúa las áreas potenciales de incomodidad para el paciente (p. ej., el género o la edad del intérprete) y los comenta con el paciente.</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>A. No evalúa las áreas potenciales de incomodidad.</p>
<p>B. Conoce el lenguaje corporal y/o la verbalización específica que denote incomodidad y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprueba e identifica el origen de la dificultad.</li> <li>• Tranquiliza al paciente aportando información sobre credenciales, profesionalidad y ética de la confidencialidad.</li> <li>• Explica la realidad de la situación (p. ej., hay casos en que sólo hay un intérprete disponible) e intenta calmar al paciente.</li> <li>• Ofrece alternativas para resolver la dificultad, si las hay.</li> </ul>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>B. No identifica las muestras de incomodidad.</p>

## Competencia A: Interpretación

### A-5 Escoge el modo de interpretación apropiado (consecutivo, simultáneo, a la vista; primera o tercera persona)

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Usa el modo idóneo para facilitar la comprensión y no interrumpir el discurso del emisor, dadas las necesidades de la situación.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No usa el modo idóneo para facilitar la comprensión y no interrumpir el discurso del emisor, dadas las necesidades de la situación.
B. Utiliza el modo que más preserva la precisión.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No utiliza el modo que más preserva la precisión.
C. Si el intérprete es competente en el modo simultáneo, lo utiliza cuando es importante no interrumpir al emisor (p. ej., consulta psiquiátrica, momentos emocionalmente intensos).	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. No hace uso, en esos casos, de estrategias alternativas para ofrecer una interpretación precisa y completa.
D. Sabe cambiar de un modo a otro, cuando se necesite.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. No sabe cambiar de un modo a otro, cuando se necesita.
E. Sabe explicar los motivos del cambio de forma breve y discreta, si es necesario.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	E. No sabe explicar los motivos del cambio de forma breve y discreta.
F. Usa los modos de interpretación en los que sea competente.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	F. Usa un modo en el que no es competente.

## Competencia A: Interpretación

### A-6 Transmite de forma precisa la información entre el paciente y el proveedor

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Transmite el mensaje con precisión, reformulando la información expresada en un idioma en su equivalente en el otro idioma, con tal de que el mensaje interpretado tenga el potencial de generar la misma reacción que hubiera producido el original.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Transmite el mensaje de manera imprecisa, de modo que: 1) el mensaje transmitido no es equivalente, sino diferente, del original; 2) la reacción generada no responde al mensaje deseado.
B. Transmite el mensaje en su totalidad (es decir, incluye el significado denotativo, connotativo y metanotativo), teniendo en cuenta el contexto, el contenido, la función, la carga emotiva y el registro del mensaje original.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No transmite el mensaje en su totalidad y con un parafraseo inadecuado, de modo que: 1) se pierden proposiciones; 2) no se transmiten la función y el afecto.
C. Pide aclaración o repetición de la información y/o conceptos no entendidos u oídos completamente.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Omite, se inventa o interpreta de un modo impreciso la información y/o conceptos no entendidos u oídos completamente.
D. Utiliza eficazmente los recursos mnemónicos (p. ej., toma de notas, visualizaciones, etc.) para facilitar la retención de información y mejorar la precisión de la interpretación.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. No utiliza eficazmente los recursos mnemónicos para facilitar la retención y precisión.
E. Sabe explicar las repercusiones de una interpretación imprecisa.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Sabe explicar las repercusiones de una interpretación imprecisa.

## Competencia A: Interpretación

### A-7 Fomenta la comunicación directa entre el paciente y el proveedor

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Indica al paciente y al proveedor que se hablen directamente.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No indica ni explica que el paciente y el proveedor deberían hablarse directamente.
B. Utiliza la primera persona (“yo”) por norma, pero sabe cambiar a la tercera persona, cuando la primera persona o el discurso directo provoca confusión o resulta culturalmente inadecuado.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Por norma, no utiliza la primera persona.
C. Consigue que el paciente y el proveedor se hablen directamente.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No consigue evitar que el proveedor y/o paciente dirijan su comunicación al intérprete.
D. De ser necesario, indica al proveedor y al paciente que retomen la comunicación directa.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. No indica al proveedor y/o al paciente que se hablen directamente, cuando resulte necesario.

## Competencia A: Interpretación

### A-8 Se asegura de que el receptor entiende el mensaje

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Identifica las indicaciones verbales y no verbales que denoten que el receptor está confundido o no entiende el mensaje.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No presta atención a las indicaciones verbales y no verbales que denoten que el receptor está confundido o no entiende el mensaje.
B. Comprueba si el receptor necesita algún tipo de aclaración.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No comprueba si el receptor necesita algún tipo de aclaración.
C. Si es necesario, pide al emisor que se explique más o que diga lo mismo pero utilizando una terminología diferente.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No solicita al emisor que explique o aclare el mensaje.

## Competencia A: Interpretación

### A-9 Se asegura de que el intérprete entiende el mensaje que ha de transmitir

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Solicita que se repita el mensaje, si no lo ha entendido u oído, aclarando que se trata de una necesidad del intérprete.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. Ignora u omite los mensajes que no ha entendido u oído completamente.
B. Solicita una explicación o pide al emisor que diga lo mismo utilizando otra terminología	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. Hace suposiciones sobre lo que el emisor ha dicho o quería decir, y así las transmite.
C. Verifica el significado de lo que él mismo ha entendido, especialmente en situaciones de posible ambigüedad.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. No verifica el significado.

## Competencia A: Interpretación

### A-10 Gestiona el flujo de la comunicación con el fin de preservar la precisión e integridad de los mensajes y de favorecer el vínculo entre el proveedor y el paciente

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Gestiona el intercambio de turnos en la conversación para que hable una sola persona a la vez (ya que el intérprete solamente puede interpretar una sola voz).	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No hace nada para gestionar el intercambio de turnos cuando hablan dos personas a la vez, lo cual le impide poder interpretar.
B. Pide al emisor que haga una pausa, cuando sea necesario, para mantener la precisión e integridad del mensaje.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No toma la iniciativa para interpretar en un momento apropiado para mantener la precisión e integridad del mensaje.
C. Cuando es necesario, pide al emisor que haga una pausa para permitir que hable la otra parte	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. No se asegura de que cada parte tenga la oportunidad de hablar.
D. Pide al emisor que haga una pausa, de la manera menos intrusiva y más adecuada culturalmente.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Interrumpe al emisor de un modo intrusivo y culturalmente inadecuado.
E. Gestiona los tiempos de las interpretaciones para que ninguna de las partes se sienta o pueda estar fuera del intercambio comunicativo.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	E. Permite que se produzcan intercambios en que una de las partes (el proveedor o el paciente) no sabe lo que se dice durante un período de tiempo prolongado.
F. Indica claramente cuando habla en su propio nombre.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	F. No da indicaciones cuando habla en su propio nombre.

## Competencia A: Interpretación

### A-11 Gestiona la dinámica de la tríada

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Gestiona el flujo comunicativo para mejorar la relación paciente-proveedor.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No gestiona el flujo comunicativo.
B. Aborda de manera adecuada las cuestiones culturales.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Explica demasiado las posibles dificultades culturales o las ignora.
C. Sabe reafirmar el papel del intérprete, cuando es necesario.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No sabe reafirmar el papel del intérprete, cuando es necesario.
D. Trata de pasar desapercibido cuando la comunicación es buena y no hay motivos para intervenir.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Interviene demasiado.
E. Mantiene las cuestiones personales propias (sentimientos, prejuicios, opiniones) al margen de la entrevista triádica.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Introduce cuestiones personales en la entrevista triádica.
F. Fomenta la comunicación directa entre paciente y proveedor.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	F. Mantiene el centro de la comunicación en sí mismo/a.
G. Respeta y refuerza el ámbito primario de "poder" o competencia de cada persona (es decir, el paciente, como conocedor de su propio cuerpo, tiene la última palabra en las decisiones que lo afectan; el proveedor tiene las competencias y el poder que le otorgan unos conocimientos médicos que el paciente no tiene; el intérprete se encarga de trasladar mensajes de una lengua a otra, basándose en su destreza en la comprensión de dos sistemas lingüísticos).	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	G. Asume el control sobre funciones propias del paciente y/o el proveedor (p. ej., le dice al paciente lo que tiene que hacer; se inventa o añade síntomas o instrucciones; da consejo médico; etc.).

## Competencia A: Interpretación

### A-12 Gestiona los conflictos personales internos

Indicators of Mastery	Rating	Indicators of Lack of Mastery
A. Sabe identificar y comentar los valores y creencias personales que puedan generar un conflicto interno en determinadas situaciones médicas.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No es consciente ni puede articular las áreas de conflicto interno potencial.
B. Sabe diferenciar claramente sus valores y creencias personales de los de las otras partes.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. Proyecta sus valores y creencias personales sobre la situación y, en consecuencia, se pierde el significado que quería expresar el emisor.
C. Es capaz de apartarse de aquellas situaciones en las que sus fuertes valores y convicciones personales puedan interferir con su imparcialidad.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. Sigue interpretando, incluso cuando resulte inadecuado, e intenta imponer sus propios valores y creencias al proveedor y/o al paciente, en lugar de permitirles tener y expresar sus propios valores.
D. Puede identificar las áreas potenciales de conflicto interno y articularlas antes del inicio de la entrevista, especialmente cuando no hay otras alternativas (p. ej., sabe decir "Es importante que sepan que este asunto me resulta complicado, pero lo haré lo mejor que pueda").	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. No explicita las áreas potenciales de conflicto interno que puedan interferir en su capacidad para interpretar con precisión e integridad.

## Competencia A: Interpretación

### A-13 Gestiona los conflictos entre el proveedor y el paciente

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Mantiene la calma en situaciones estresantes o cuando se produce algún conflicto.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. Se muestra agitado y alterado cuando se produce algún conflicto.
B. Reconoce cuando se produce algún conflicto o tensión entre el proveedor y el paciente.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. Ignora o desestima el conflicto o la tensión.
C. Ofrece su ayuda al proveedor y al paciente para que expliciten los conflictos o tensiones, y así puedan resolverlos por sí mismos	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. Se intenta encargar de solucionar o gestionar el conflicto; no explicita el problema (o problemas).
D. Permite que las partes hablen por ellas mismas y no toma partido en el conflicto.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Toma partido y/o habla en nombre de las partes.



## Competencia A: Interpretación

### A-14 Comprueba la precisión de su interpretación y corrige sus propios errores

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Identifica sus propios errores.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No identifica ni admite sus propios errores.
B. Se detiene y corrige sus propios errores.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No corrige sus propios errores.
C. Cuando se le hacen notar sus errores, es capaz de aceptar la información y tomar medidas para aprender de esas observaciones.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. Niega o justifica los errores cuando se le señalan, y no intenta sacar provecho de las observaciones.



## Competencia A: Interpretación

### A-15 Ayuda al proveedor en las tareas de cierre de entrevista

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Invita al proveedor a dar las instrucciones oportunas, asegurándose de que el paciente entienda bien los pasos siguientes y haya planteado todas las preguntas que aún pueda tener.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No invita al proveedor a dar las instrucciones oportunas, ni se asegura de que el paciente entienda bien los pasos siguientes y haya planteado todas las preguntas que aún pueda tener.
B. Comprueba con el paciente si va a necesitar intérprete en sus citas de seguimiento.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No comprueba con el paciente si va a necesitar intérprete en sus citas de seguimiento.
C. Sigue el "protocolo de cierre" y adecúa los comentarios finales a las necesidades de ambas partes.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. No sigue el "protocolo de cierre" y adecúa los comentarios finales a las necesidades de ambas partes.

## Competencia A: Interpretación

### A-16 Se asegura de que se abordan las dificultades planteadas durante o después de la entrevista y de que se canalizan adecuadamente

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Invita al proveedor a realizar las derivaciones apropiadas.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Asume la responsabilidad de solucionar el problema.
B. Entiende o indaga sobre el sistema de provisión de servicios de la institución.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No entiende ni indaga sobre el sistema de provisión de servicios de la institución.
C. Se asegura de que al paciente se le concede una cita con los medios adecuados y, de ser necesario, con la ayuda de un intérprete.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Deja al paciente con una necesidad o preocupación sin resolver y se marcha.

## Competencia A: Interpretación

### A-17 Cumplimenta la documentación correspondiente al trabajo del intérprete

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Averigua cuáles son los protocolos de cada institución/establecimiento sanitario en el que se desarrolla el trabajo.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No averigua cuáles son los protocolos que exige la institución.
B. Conoce y hace uso de los protocolos para cada establecimiento.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No conoce o no hace uso de los protocolos para cada establecimiento.
C. Sigue la política, procedimientos y directrices de documentación del servicio de interpretación de cada institución, que puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un diario de llamadas telefónicas</li> <li>• Documentar todas las tareas de seguimiento, tales como las citas de seguimiento</li> <li>• Cumplimentar una factura semanal de las horas trabajadas</li> <li>• Presentar la documentación a la persona apropiada, o archivar la documentación en el lugar y tiempo adecuados.</li> <li>• Mantener informado al servicio de intérpretes de su ubicación exacta, es decir donde tenga el encargo</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No sigue la política, procedimientos y directrices de documentación del servicio de interpretación de cada institución, con el resultado posible de la situaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errores en las actividades de seguimiento</li> <li>• Prioridades mal gestionadas</li> <li>• No recibir los pagos</li> <li>• Dificultades para localizar al intérprete por parte del servicio de interpretación</li> <li>• Estadísticas incompletas o imprecisas al final del ejercicio</li> </ul>

## Competencia A: Interpretación

### A-18 Hace un seguimiento (al margen de la entrevista triádica), si resulta necesario

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Notifica a los pacientes del seguimiento, cancelación o citas reprogramadas, cuando se le solicite.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No notifica a los pacientes del seguimiento, cancelación o citas reprogramadas, cuando se le solicite.
B. Reprograma citas para los pacientes, cuando se le solicite.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No reprograma citas para los pacientes, cuando se le solicite.
C. Cuando participa en tareas de llamadas telefónicas de seguimiento, transmite la información en ambas direcciones, siguiendo los principios establecidos de precisión e integridad.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No sigue los principios establecidos de precisión e integridad, cuando participa en comunicaciones telefónicas.



## Competencia B: Interfaz cultural

### B-1 Muestra un comportamiento culturalmente adecuado

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Respeta las normas de protocolo cultural y/o institucional (p. ej., las relativas a conducta y lenguaje apropiados a la edad, género, jerarquía, status, nivel de aculturación) adecuado a cada parte.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. No respeta las normas de protocolo cultural y/o institucional adecuado a cada parte.
B. Adapta su comportamiento a las reglas de protocolo cultural pertinentes.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. No adapta su comportamiento a las reglas de protocolo cultural pertinentes.

## Competencia B: Interfaz cultural

### B-2 Identifica y aborda los casos que requieren un examen intercultural para asegurar una comprensión precisa y completa

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Presta atención a las señales verbales y no verbales que indiquen un contenido cultural implícito o un problema comunicativo de tipo cultural (p. ej., reacciones inadecuadas; muestras de incomodidad o angustia al tratar ciertos temas).	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Pasa por alto las señales verbales y no verbales que indiquen un contenido cultural implícito o un problema comunicativo de tipo cultural
B. Evalúa la urgencia/importancia del problema, en cuanto surge en el intercambio, según los objetivos y resultados de la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valora el mejor momento y método para plantear el problema.</li> <li>• Interviene y hace explícito el problema a ambas partes.</li> <li>• Invita al proveedor y al paciente a aclarar el problema.</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No evalúa la urgencia/importancia del problema y se convierte en un obstáculo para la comunicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviene de un modo intrusivo (p. ej., con demasiada frecuencia o cuando resulta innecesario).</li> <li>• No hace explícito el problema a ambas partes</li> <li>• Toma la iniciativa e informa al proveedor y/o paciente de cuál es el problema.</li> </ul>
C. Comparte con ambas partes información cultural que sea relevante y ayude a aclarar el problema (p. ej., dice "Es posible que esté sucediendo esto; a menudo la gente de... piensa que...").	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Hace suposiciones culturales y actúa de acuerdo con ellas (p. ej., dice a la persona los estereotipos culturales que debe respetar).
D. En los casos en que se usan términos "intraducibles", ayuda al emisor a formular una explicación que el receptor pueda entender.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. No ayuda al emisor a formular explicaciones de palabras "intraducibles", y ofrece explicaciones u omite conceptos.

\*Las palabras intraducibles son aquellas que representan conceptos para los que no existe un referente en la sociedad que utiliza la lengua meta.

## Competencia C: Conducta ética

### C-1 Mantiene la confidencialidad

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Puede explicar los límites y el significado de la confidencialidad, y sus implicaciones y consecuencias.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No puede explicar los límites y el significado de la confidencialidad, y sus implicaciones y consecuencias
B. Conoce y mantiene los parámetros clínicos de intercambio de información, de conformidad con las políticas y procedimientos de la institución y/o equipo, p. ej.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión</li> <li>• Conferencia de pacientes/continuidad de las reuniones médicas</li> <li>• Reuniones profesionales, seminarios, congresos [responsabilizándose de mantener el anonimato de las partes, garantizando que toda información compartida en las reuniones no contenga datos identificativos (p. ej., nombre del hospital, fecha de la sesión, etc.) que se puedan asociar a un determinado individuo]</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Revela información confidencial, voluntaria o involuntariamente, fuera de los parámetros clínicos.
C. Sabe responder a las preguntas relativas a temas confidenciales que puedan revelarse en la comunidad o el contexto de atención médica.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No sabe negarse a peticiones de informaciones inadecuadas y viola la confidencialidad.
D. Si tiene acceso a información relativa a intentos de suicidio, de homicidio, abuso de menores, o violencia doméstica, actúa de acuerdo con su obligación de transmitir dicha información de	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. No actúa de acuerdo con su obligación de transmitir la información a las partes correspondientes.



**Indicadores de competencia**

**Valoración**

**Indicadores de falta competencia**

conformidad con las políticas institucionales, los estándares para la práctica de la interpretación, el código de ética, y la legislación.

## Competencia C: Conducta ética

### C-2 Interpreta con precisión todos los mensajes

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Puede explicar los conceptos de precisión e integridad de los mensajes, y sus implicaciones y consecuencias.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No puede explicar los conceptos de precisión e integridad de los mensajes, y sus implicaciones y consecuencias.
B. Se compromete a transmitir con precisión e integridad el contenido y el espíritu del mensaje original en el otro idioma, sin omitir, modificar, resumir o añadir nada.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No se compromete a transmitir con precisión e integridad el contenido y el espíritu del mensaje original.
C. Se compromete a revisar su propia interpretación.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No revisa su propia interpretación.
D. Tiene la fortaleza moral de admitir y corregir sus propios errores.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. No tiene la fortaleza moral de admitir y corregir sus propios errores.

## Competencia C: Conducta ética

### C-3 Mantiene la imparcialidad

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Es consciente y tiene la capacidad de identificar las preferencias y creencias personales que puedan interferir en su capacidad para ser imparcial, y tiene la fortaleza moral de retirarse si no le resulta posible.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No es consciente ni tiene la capacidad de identificar las preferencias y creencias personales que puedan interferir en su capacidad para ser imparcial, y no tiene la fortaleza moral de retirarse si no le resulta posible.
B. Se retira o se abstiene de aceptar cualquier encargo en el que los vínculos personales o profesionales, o sus creencias personales puedan afectar a su imparcialidad (incluidos los conflictos de intereses), a menos que una emergencia haga que el servicio sea imprescindible.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Acepta los encargos en que los vínculos personales o profesionales, o las creencias personales puedan afectar a su imparcialidad, incluso cuando hay otras alternativas.
C. Se centra en la comunicación entre el proveedor y el paciente y se abstiene de introducir temas, creencias, opiniones o preferencias personales en la entrevista.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Introduce temas, creencias, opiniones o preferencias personales en la entrevista.
D. Se abstiene de aconsejar o asesorar.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Aconseja y asesora.

## Competencia C: Conducta ética

### C-4 Respeta la intimidad del paciente

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Respeta la intimidad física del paciente y preserva la intimidad espacial/visual del paciente, de ser necesario.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No respeta la intimidad física del paciente ni preserva la intimidad espacial/visual del paciente.
B. Respeta la intimidad personal/emocional del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se abstiene de plantear preguntas de sondeo personales, más allá del ámbito de las tareas de interpretación.</li> <li>• No utiliza el papel de intérprete para influir en una relación social con el paciente, al margen de la situación de interpretación.</li> <li>• Se abstiene de implicarse personalmente en la vida del paciente**.</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No respeta la intimidad personal/emocional del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantea preguntas de sondeo por iniciativa propia.</li> <li>• Utiliza el papel de intérprete para influir en una relación social con el paciente, al margen de la sesión de interpretación.</li> <li>• Se implica personalmente.</li> </ul>

\*\* En comunidades pequeñas, al intérprete a menudo no le resulta posible desvincularse, personal o socialmente, de los pacientes. Sin embargo, los intérpretes siempre deben esforzarse por mantener los estándares éticos y profesionales de confidencialidad e imparcialidad en el desempeño de sus funciones.

## Competencia C: Conducta ética

### C-5 Mantiene la distancia profesional

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Puede explicar el significado de la distancia profesional, y sus implicaciones y consecuencias.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. No puede explicar el significado de la distancia profesional, y sus implicaciones y consecuencias.
B. Es capaz de encontrar el equilibrio entre la empatía y los límites de la función del intérprete.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. No es capaz de encontrar el equilibrio entre la empatía y los límites del papel del intérprete.
C. Muestra interés e inquietud hacia las necesidades del paciente facilitándole el uso de los recursos adecuados.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Ignora las necesidades del paciente o intenta solucionárselo todo al paciente.
D. Se abstiene de implicarse personalmente.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Se implica personalmente hasta el punto de romper o poner en peligro el vínculo terapéutico proveedor-paciente, provocando confusión el paciente sobre quién provee el servicio y desautorizando, de hecho, al proveedor.
E. No crea expectativas en ninguna de las partes que la función del intérprete no pueda satisfacer.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Genera expectativas en alguna de las partes que la función de intérprete no pueda satisfacer.
F. Fomenta la autosuficiencia del paciente, teniendo en cuenta su contexto social.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	F. Fomenta y/o crea dependencia del intérprete por parte del paciente.
G. Está atento a sus intereses y gustos personales y es consciente de cuestiones de transferencia y contratransferencia.		G. No es consciente de cuestiones de transferencia y contratransferencia.

## Competencia C: Conducta ética

### C-6 Mantiene la integridad profesional

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
A. Se abstiene de establecer contacto con el paciente fuera del ámbito profesional, evitando obtener beneficios personales.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Inicia el contacto con el paciente fuera del ámbito profesional para su beneficio personal.
B. Se abstiene de desempeñar funciones o servicios que no forman parte de su papel como intérprete.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Asume funciones o provee servicios que no forman parte de su papel como intérprete.
C. Sabe los límites de su competencia profesional y se abstiene de interpretar cuando no tiene la formación, el nivel de experiencia y destrezas, a menos que el paciente y el proveedor comprendan estas limitaciones y no haya otra fuente de interpretación disponible.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. No sabe los límites de su competencia profesional; participa en situaciones para las que no tiene formación, destrezas y/o experiencia; en los casos en que no hay otra fuente de interpretación disponible, no informa al paciente o al proveedor de estas limitaciones.
D. Se abstiene de interpretar en situaciones donde se pueda producir un conflicto de intereses.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Insiste en interpretar en situaciones donde se pueda producir un conflicto de intereses.
E. Participa en actividades de formación continua.	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. No participa en actividades de formación continua.

## Competencia C: Conducta ética

### C-7 Actúa ante la discriminación

Indicadores de competencia	Valoración	Indicadores de falta competencia
<p>A. En las ocasiones en que el intérprete está convencido de que el comportamiento de cualquiera de las partes está afectando la calidad del servicio o puede comprometer la dignidad de cualquiera de las partes, utiliza estrategias eficaces para abordar la situación.</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>A. No hace nada o aborda la situación de un modo ineficaz y desacertado.</p>
<p>B. Si el problema persiste, conoce y utiliza las vías y procedimientos institucionales relativos a la discriminación.</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>B. No conoce ni utiliza las vías y procedimientos institucionales relativos a la discriminación.</p>

## Referencias

- (1) Avery, María-Paz B. "Reflections on the Intercultural Encounter." *Women's Educational Equity Act (WEEA) Publishing Center Digest* (febrero 1992).
- (2) Cokely, D. "Introduction." En *Sign Language Interpreter Training Curriculum*. Editado por Dennis Cokely. Frederickton, N.B.; University of New Brunswick, 1988.
- (3) De Jongh, Elena M. *An Introduction to Court Interpreting: Theory and Practice*. Nueva York: University Press of America, 1992.
- (4) Downing, Bruce T., y Laurie Swabey. "A Multilingual Model for Training Health Care Interpreters." Comunicación presentada en National Conference on Health and Mental Health of Soviet Refugees, Chicago, 1992.
- (5) Edwards, A.B. "Ethical Conduct for the Court Interpreter." *The Court Manager*, 3, No. 2 (1988): 22-25.
- (6) Gonzalez, Roseann D., Victoria F. Vasquez, y Holly Mikkelson. *Fundamentals of Court Interpreting: Theory, Policy, and Practice*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press, 1991.
- (7) Isham, William P. "The Role of Message Analysis in Interpretation." En *Proceedings of the 1985 RID Convention*. Editado por Marina L. McIntire. Silver Spring, Maryland: RID Publications, 1986.
- (8) Sapir, Edward. *Culture, Language, and Personality*. Los Ángeles: University of California Press, 1956.
- (9) Seleskovitch, Danica. *Interpreting for International Conferences*. Traducido por Stephanie Dailey y E. Norman McMillan. Washington, D.C.: Pen and Booth, 1978.
- (10) Whorf, Benjamin Lee. "The Retention of Habitual Thought and Behavior to Language." In *Language, Thought, and Reality*. Edited by John B. Carroll. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press, 1978.
- (11) Woloshin, Steven, Nina A. Bickell, Lisa M. Schwartz, Francesca Gary, y Gilbert H. Welch. "Language Barriers in Medicine in the United States." *JAMA*, 273, no. 9 (1 de marzo, 1995).