Universidad de Alcalá

EL INTÉRPRETE EN EL ÁMBITO SANITARIO EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos

Presentado por:
Dª Laura Herrera Cárdenas

Dirigido por:
Dra. Dª Carmen Valero

Alcalá de Henares, a 2 de junio de 2014

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos..... Página 4
0 Resumen..... Página 5
1 Introducción..... Página 8
2 Situación actual a nivel mundial..... Página 9
3 Situación actual en la Unión Europea..... Página 11
4 Situación actual en España..... Página 13
5 Violencia de género y el ámbito sanitario..... Página 15
6 Violencia de género y las mujeres extranjeras..... Página 17
7 Intermediación lingüística y el ámbito sanitario..... Página 19
8 Intermediación lingüística y violencia de género..... Página 21
9 Situaciones comunicativas en las diferentes etapas de atención..... Página 23
9.1 Atención primaria y especializada..... Página 24
9.2 Urgencias..... Página 26
9.3 Medicina Forense..... Página 28
9.4 Salud Mental..... Página 29
9.5 Dificultades específicas..... Página 33
10 Resultados de las encuestas..... Página 36
11 Guía para la interpretación en el ámbito sanitario en casos de violencia de género..... Página 39
11.1 Preguntas típicas para la interpretación en casos de violencia de género..... Página 39
11.2 Terminología para la interpretación en casos de violencia de género..... Página 48
11.3 La labor del intérprete…..... Página 56
11.3.1 Definiciones, técnicas y modalidades de interpretación.....Página 56
11.3.2 Principios de interpretación..... Página 60
11.3.3 El papel del intérprete..... Página 61
11.3.3.1 Código de Ética..... Página 61
11.3.3.2 Competencias del intérprete…..... Página 65
11.3.3.3 Preparación y desarrollo la interpretación..... Página 67
11.3.4 Dificultades en la interpretación..... Página 71
11.3.4.1 Aspectos del contexto comunicativo: experiencias de violaciones, tortura, violencia infantil etc..... Página 71
11.3.4.2 Aspectos culturales..... Página 72
11.3.4.3 Otro tipo de dificultades.....Página 74
11.3.5 El impacto psicológico sobre el intérprete…..... Página 75
11.3.5.1 Técnicas útiles de autoayuda.....Página 76
11.4 Casos prácticos.....Página 77
11.4.1 Intérprete sin preparación en casos de VG..... Página 78
11.4.2 Intérprete con preparación en casos de VG..... Página 80
12 Recursos para los intérpretes..... Página 83
13 Conclusiones..... Página 85
14 Bibliografía..... Página 87

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1..... Página 10
Figura 2..... Página 12
Figura 3..... Página 14
Figura 4..... Página 15
Figura 5..... Página 31
Figura 6…..... Página 34
Figura 7..... Página 71

Agradecimientos

Han sido tantas las personas que me han ayudado con este proyecto a lo largo de estos interminables tres meses, y que me han apoyado y animado cuando no me quedaban fuerzas y me desesperaba una y otra vez, que creo que no tengo ni páginas suficientes ni palabras para agradecérselo a todos.

A nivel personal, en primer lugar, a mis padres. No solo he llegado hasta aquí gracias a su ayuda y apoyo emocional y económico, si no que han aguantado mis malos humores, mis berrinches, mi frustración, que muchas veces he pagado inconscientemente con ellos. A pesar de ello, siempre han estado ahí para darme ánimo y apoyo, para escucharme y regalarme una sonrisa cuando más lo necesitaba. A mi hermana, Aurora, que siempre se asomaba a la puerta de mi habitación para preguntarme que qué tal estaba y para animarme a salir un rato para despejarme. A Jesús, por aguantarme también lo insoportable que me pongo cuando me agobio, y por tener siempre una sonrisa, un abrazo y un beso para animarme. Él ha sido mi roca.
A mis compañeros de máster, los cuales han sufrido mucho estrés durante todo este año también, pero siempre nos hemos apoyado, ayudado y animado entre todos. Entre ellos he conocido a grandes personas y grandes amigos que espero seguir teniendo en mi vida por mucho tiempo.
A mis amigas, Ali, Ruth, Alba, Aroa y Mónica, que siempre han estado ahí y solo me ha hecho falta levantar el teléfono cuando me volvía loca y me desquiciaba, y enseguida estaban en la puerta de mi casa para animarme y sacarme de casa para que me despejara. No sé que hubiera sido de mí sin ellas.
No puedo olvidar tampoco a mi amigo del CES Felipe II, Juan, el cual hizo este mismo máster el año pasado, y al cual he acosado y he vuelto loco preguntándole cosas y pidiéndole consejo cada dos por tres, y siempre me ha estaba ahí para ayudarme en lo que necesitara.

A nivel profesional, darle las gracias a Carmen Valero, mi tutora del TFM, por guiarme cuando más perdida estaba y por proporcionarme tanta información valiosa. A Maribel del Pozo, gran profesional de la que tanto he aprendido y a la que tanto admiro. Y, por último pero no menos importante, a mis profesores de interpretación Denis y Charis. Gracias por transmitirme tantos conocimientos y permitirme aprender tanto de vosotros, y, sobre todo, gracias por hacer que se mantenga viva en mí la ilusión por esta bonita profesión que es la traducción e interpretación. Sois dos grandes profesionales y me llevo conmigo lo mejor de cada uno para ponerlo en práctica en mi futuro profesional. Además, por supuesto, de muchos otros grandísimos profesionales que he tenido el honor de tener como profesores: Raquel Lázaro, Ramón Garrido etc.

Para finalizar, quería dedicarle este trabajo y todo el esfuerzo y la ilusión que he puesto en él a mi abuela Elvira. Ojalá allá donde estés te sientas orgullosa de mí. Desde aquí, nunca se dejará de echarte de menos.

0. Resumen

Actualmente, en España y en el mundo entero, la violencia de género es uno de los problemas sociales más importantes que existen, el cual afecta gravemente a la salud de las mujeres, además de a su dignidad y sus derechos humanos. A pesar de todos los esfuerzos, las medidas, los proyectos y campañas puestos en marcha por los gobiernos de los distintos países para luchar contra este tipo de violencia, todavía millones de mujeres son víctimas de malos tratos por parte de sus parejas o ex parejas, y muchas de ellas incluso son asesinadas a manos de los mismos.

España es un país en el que residen un gran número de inmigrantes procedentes de todos los rincones del mundo, más de la mitad de ellos mujeres. Estas mujeres normalmente vienen al país con sus parejas para labrarse un futuro mejor, ya que la situación en sus países de origen es mucho peor a nivel económico, o incluso vienen de países dónde existen conflictos bélicos bastantes graves. Muchas de las mujeres sufren un choque cultural muy fuerte al llegar aquí, y debido a esto y a otros muchos factores que pueden darse, no se terminan de acostumbrar a la cultura del país ni aprenden el idioma oficial. Al igual que muchas de las mujeres autóctonas, algunas de ellas sufren malos tratos por parte de su pareja, y debido a que no hablan la lengua del país, tienen problemas para pedir ayudar a los servicios públicos, en concreto el ámbito sanitario, que es al primero que suelen acudir, y, por lo tanto, tienen dificultades para poder salir de la horrible situación en la que se encuentran.

Para ayudar a comunicarse a estas mujeres con los proveedores de servicios del ámbito sanitario, existe la figura del intérprete en los servicios públicos. El problema es que, actualmente en España, al igual que en otros países, esta figura del intérprete en los servicios públicos es una profesión no está normalizada ni regulada, por lo que ejercen la profesión personas sin formación académica, que no son profesionales, sino que simplemente actúan de intermediarios entre ambas partes porque conocen ambos idiomas y creen que con eso es suficiente. A veces, esta persona es un familiar, amigo o vecino de la víctima que se ofrece a ayudarla a comunicarse.

El objetivo de este proyecto es concienciar a la administración, las instituciones y los proveedores de servicios, del ámbito sanitario en este caso, de que no es suficiente con saber idiomas para actuar de intérprete. Un intérprete profesional tiene que tener ciertos conocimientos y habilidades interpretativas que solo se adquieren con la formación, además de ciertos conocimientos generales sobre el tema y conocimientos terminológicos adecuados al ámbito en el que se trabaje. Es muy importante, para obtener resultados eficaces y poder atender a los pacientes de la mejor y más completa manera posible, trabajar con intérpretes cualificados, sobre todo en casos como el del tema principal del proyecto, cuando se trabaja con mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, ya que está en juego la salud de la víctima, y en muchos casos incluso su vida.

Con el fin de concienciar a la sociedad de todo esto y de formar a los intérpretes en un tema tan importante como es la interpretación para mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, hemos elaborado una guía para los intérpretes que trabajan con estos casos en el ámbito sanitario, incluyendo un glosario de términos, la traducción de las preguntas que el personal sanitario suele hacerle a estas mujeres según el tipo de violencia que sospechan que sufre y según la fase en la que se encuentren, y código de ética y protocolo de actuación que tiene que respetar el intérprete según la situación en la que se encuentre.

Palabras clave:
Intérprete, violencia de género, interpretación, interpretación sanitaria, mujeres extranjeras, T&I en el ámbito sanitario, terminología, código de ética.

Abstract:

Nowadays, in Spain and in the whole world, domestic violence is one of the most serious social problems that exist, it severely affects women's health, as well as their dignity and human rights. Despite the efforts, measures, projects and campaigns carried out by the governments of different countries to fight against this type of violence, millions of women are still suffering from abuse at the hands of their partners or ex-partners, and a lot of them are even murdered by the same.
Spain is a country where a lot of immigrants from all over the world live, half of them women. These women normally come to our country with their partners looking for a better life, because the situation in their country of origin is very bad regarding the economy, or they may even come from countries where there wars or other kind of severe armed conflicts. A lot of women experience a cultural shock when they come to our country and because of that and other factors that can appear, they don't get used to our country, and neither do they learn our language. These women, as a lot of Spanish women, can suffer from domestic violence at the hands of their partners, and, because they don't speak the language of the country, they can find a lot problems asking for help from the public services, especially in the health care field (which is the first one where they go to ask for help), therefore they have many difficulties in getting out of the horrible situation they are going through.
To help these women to communicate with the service providers of the health care field there are interpreters in the public services. The problem is that, currently in Spain, as in other countries, this figure of the interpreter in public services is a profession which is not normalized or legalized, so people who are not professionals and do not have academic training work as interpreters, just because they speak languages and they think that is enough. Sometimes these people are relatives, friends or neighbours of the victim who offer themselves to help the victim to communicate with the health worker.
The aim of this project is to make the administration, institutions and service providers, from the health care field in this case, aware that it is not enough to speak languages to act as an interpreter. A professional interpreter must have certain knowledge and interpreting skills that can only be achieved with academic training, in addition to general knowledge about the subject they are dealing with and terminological knowledge according to the field where they are working. For obtaining effective results and being able to take care of the patients in the best and most complete way, it is very important to work with qualified interpreters, especially when working with foreign women who are victims of domestic violence, the subject of this project, considering that the victims' health, and sometimes even their lives, is at stake.
With the objective of making society aware of the issues mentioned here and for training the interpreters in such an important subject as interpreting for foreign women who are victims of domestic violence, we have made a guide for interpreters who work with these cases in the health care field, including a glossary of terms, the translation into English of the questions that the health workers use to ask the victims according to the kind of violence they suspect the woman is suffering and the phase in which the victim is, the code of ethics and the action protocol that the interpreters have to respect according to the situation they are in.

Keywords:

Interpreter, domestic violence, interpreting, medical interpreting, foreign women, translation and interpreting at the health care field, terminology, code of ethics.

1. Introducción.

El 20 de diciembre de 1993, La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en su Resolución 48/104 la <<Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer>>, en la que se define el significado del término "violencia contra la mujer": <<(...) por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada>>. Esta declaración, aunque contextualizaba el término "violencia de género" para este grupo de personas, no lo definía en sí.

Este término se nombró por primera vez en la Conferencia Internacional sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, para explicar que "la violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de la igualdad de desarrollo y paz, lo cual viola y menoscaba el disfrute de los deberes y derechos fundamentales", y en la que se instaba a los gobiernos a "adoptar medidas para prevenir y eliminar este tipo de violencia".

Pero no fue hasta que el Secretario General de las Naciones Unida emitió un informe adelantado sobre los resultados de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y del vigésimo tercer periodo extraordinario de la Asamblea General, titulado *La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI*, que se reconoció la importancia de la aclaración del concepto "violencia por motivos de género" hacia las mujeres: <<violencia por motivos de género es una forma de discriminación en el sentido de la definición del artículo 1 de la Convención y la discriminación contra la mujer es una de las causas principales de dicha violencia. Por otra parte, se destaca que la violencia por motivos de género impide gravemente que la mujer goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre. La recomendación general N° 19 sitúa la violencia por motivos de género en el marco de los derechos humanos. Los Estados, los organismos del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, así como los investigadores y las mujeres individualmente, utilizan este marco para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y para mejorar la rendición de cuentas».

A raíz de todo esto, se estableció la existencia de distintos tipos de violencia de género:

- Violencia física: cualquier acto violencia contra el cuerpo de la mujer usando la fuerza física o cualquier tipo de arma u objeto con el que se produzca o haya riesgo de producir lesiones físicas o daños, ejercido por el cónyuge o una persona relacionada sentimentalmente con la víctima.
- Violencia psicológica: toda conducta verbal o no verbal que dañe la estabilidad psicológica de la mujer, le produzca desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, culpabilización, aislamiento, exigencia de obediencia o sumisión, limitación de su libertad, indiferencia, rechazo etc. ejercida por el cónyuge o una persona relacionada sentimentalmente con la víctima.
- Violencia económica: cualquier acto intencionado y legalmente injustificado de privación o limitación de recursos para el bienestar físico y psicológico de la mujer y sus hijos/as o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en una pareja.
- Violencia patrimonial: cualquier acto que cause la pérdida, destrucción, perjuicio,

sustracción o retención de bienes comunes o propios de la víctima destinados a satisfacer sus necesidades.

- Violencia sexual o abusos sexuales: cualquier acto de naturaleza sexual ejercido por el (presunto) agresor sin consentimiento de la mujer, incluidas la imposición de relaciones sexuales no consentidas, mediante fuerza o con intimidación, y el abuso sexual en general, independientemente de si el (presunto) agresor tiene o no una relación conyugal o sentimental con la víctima.

2. Situación actual a nivel mundial.

Es un hecho real que en la actualidad mujeres de todo el mundo sufren violencia de género, ya sea de tipo física, psicológica o sexual. El último informe (2013) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la violencia y la salud, señala que el 30% de las mujeres de todo el mundo sufren violencia de género por parte de sus parejas, y estima que el 35% la sufrirán en un futuro, dentro de la pareja o fuera de ella.
Según la Misma Organización Mundial de la Salud, en Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, del 40 al 70% de las mujeres fallecidas son asesinadas a manos de sus parejas, y según numerosos estudios y encuestas a nivel mundial, la mitad de las mujeres fallecidas son asesinadas por sus parejas o ex parejas.
Existen diversos factores culturales, sociales, religiosos, económicos etc. por los que se da esta situación, pero todos forman parte de este alarmante y preocupante fenómeno a nivel mundial que es la violencia de género.

A continuación, vamos a ir analizando la situación del problema en distintas partes del mundo, según datos extraídos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ONU Mujeres:

Estados Unidos

Según el Departamento de Justicia de Estados Unidos, una de cada cuatro mujeres es víctima de violencia de género, y cada día tres mujeres mueren asesinadas por sus parejas. También según estas fuentes, 1,3 millones de mujeres son violadas en el país cada año y 5,2 millones de mujeres sufren acoso.
Según la ONU, el 45% de las víctimas mortales en Estados Unidos son mujeres asesinadas a manos de sus parejas o ex parejas, y el 82% de las niñas estadounidenses entre 12 y 16 años han sufrido algún tipo de acoso sexual en sus centros de estudio.

América Latina

Según un informe presentado el año pasado en Panamá por ONU Mujeres y por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el 53% de las latinoamericanas sufren algún tipo de violencia de género. Los países dónde más denuncias por violencia de género se han presentado son Bolivia (un 53% de las denuncias), Colombia (39%), Perú (39%), Ecuador (31%), mientras que en los países donde menos denuncias se han presentado a sido en Paraguay (18%), Jamaica (17%), República Dominicana (16%) y Haití (13%). En Colombia cada seis días muere una mujer asesinada a manos de su pareja o ex pareja.

El Mundo Árabe y Oriente Medio

Es un hecho que son los países árabes dónde más desigualdad hay entre hombres y mujeres. Esto es debido a razones ideológicas y de religión.
En el Mediterráneo Oriental, un 37% de las mujeres sufren violencia de género en el ámbito de la pareja, según datos recogidos por la OMS basados en Egipto, Iraq, Irán, Jordania y Palestina. El país dónde las mujeres están más oprimidas y tienen menos derechos es en Afganistán, debido a la fuerte presencia de los talibanes. En países como Arabia Saudí, Iraq, Israel, Yemen, Siria y Palestina, las mujeres también sufren mucha discriminación y se ven en ocasiones privadas de ciertos derechos fundamentales.

Asia

Los datos disponibles de Asia indican que el 37% de las mujeres sufre violencia de género en el ámbito de la pareja. En una encuesta realizada por la ONU en 2013, uno de cada cuatro hombres reconoció haber violado a una mujer. La India es uno de los países de Asia dónde la situación está peor para las mujeres.

África

El 36,6% de las mujeres africanas son víctimas de violencia de género. Otros problemas a los que se enfrenta la población femenina africana, además de la extrema pobreza en la que viven (es el continente con mayor tasa de pobreza en el mundo), es el sida (alrededor de 13 millones de mujeres del África subsahariana lo padecen) y la mutilación genital, la cual sufren un 90% de las mujeres en Somalia, Eritrea y Yibuti.

En el siguiente mapa se muestra la tasa de violencia de género hacia las mujeres en los distintos continentes.

FIGURA 1

(Mapa de la OMS que muestra la prevalencia de la violencia de género por parte de la pareja)

3. Situación actual en la Unión Europea.

A nivel europeo existen varias medidas para abordar el problema de la violencia de género, como la Directiva sobre las víctimas de delitos (2012/29/EU) y el Convenio del Consejo de Europa para prevenir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (también conocido como el Convenio de Estambul), aprobado en 2011.

El 5 de marzo de este año 2014, La Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (European Union Agency for Fundamental Rights- FRA) publicó un informe sobre la violencia de género en la Unión Europea. Los resultados de dicho informe están basados en entrevistas, de entre una y dos horas de duración, realizadas a 42.000 mujeres de 28 países de la UE (1.500 por cada país de la UE) de entre 18 y 74 años. Es el mayor estudio realizado jamás en el mundo sobre la violencia de género. Otros estudios conocidos realizados anteriormente fueron el estudio organizado por la Organización Mundial de la Salud en 10 países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica, y el estudio que realizó Estados Unidos a escala nacional (en los 50 Estados) sobre la violencia en la pareja y la violencia sexual.

El informe revela datos generales devastadores: una de cada tres mujeres europeas ha sufrido violencia física y/o sexual, unas 62 millones de mujeres, extrapolando los datos, y una de cada cinco mujeres reconoció haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o ex pareja. De manera más fragmentada, esta es la información que extraída del informe de 2014 de la agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea sobre la violencia de género:

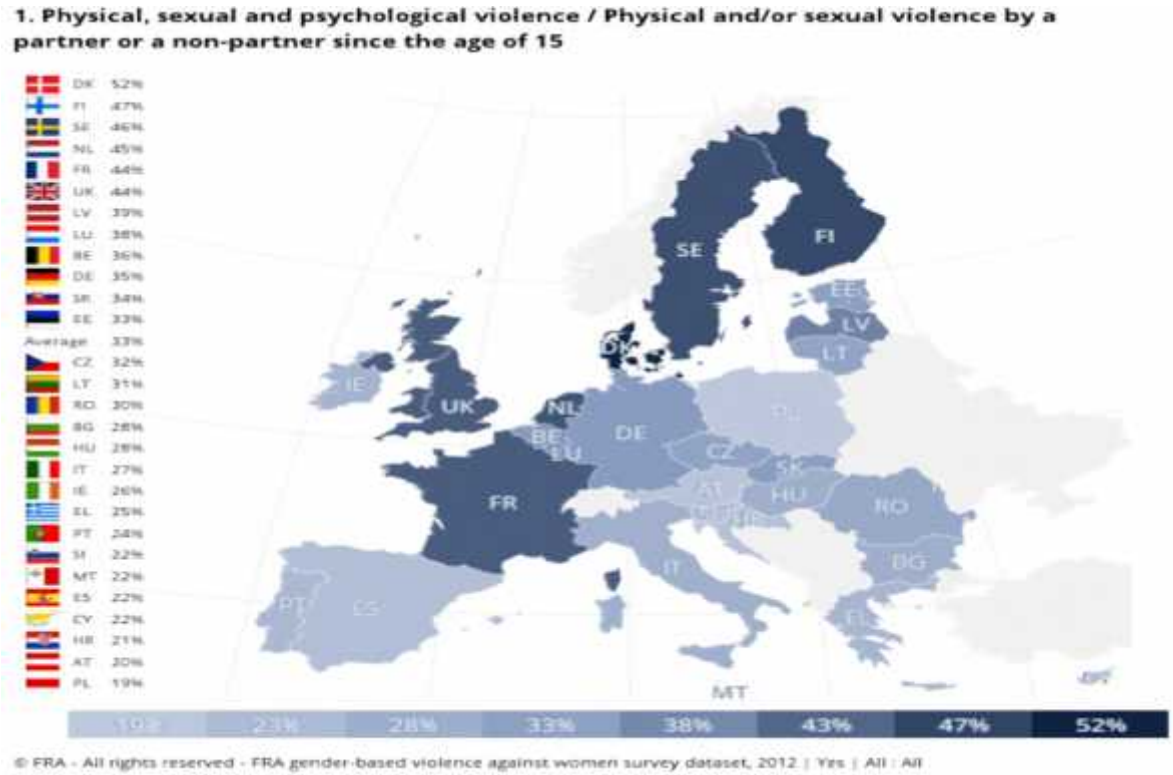
- ➔ 13 millones de mujeres de la UE experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a las entrevistas. Esto equivale al 7% de las mujeres en la UE con edad comprendida entre los 18 y 74 años.
- ➔ 3,7 millones de mujeres de la UE experimentaron violencia sexual en los 12 meses previos a las entrevistas. Esto equivale al 2% de las mujeres en la UE con edad comprendida entre los 18 y 74 años.
- ➔ Una de cada veinte mujeres (el 5% aproximadamente) ha sido violada desde los 15 años de edad.
- ➔ El 18% de las mujeres en la UE han sido objeto de acoso desde los 15 años de edad, y el 5% de las mujeres lo experimentaron en los 12 meses previos a las entrevistas. Estos datos supondrían que unas 9 millones de mujeres de la UE que sufrieron acoso en los 12 meses previos a las entrevistas.
- ➔ Alrededor del 12% de las entrevistadas confesaron haber experimentado algún tipo de agresión o incidente sexual por parte de un adulto antes de los 15 años de edad, lo que supondría 21 millones de mujeres en la UE.
- ➔ El 43% de las mujeres han sufrido violencia psicológica por parte de su actual pareja o ex pareja (humillaciones públicas, amenazas físicas, prohibición de salir de casa...).
- ➔ Casi la mitad de las mujeres en la UE (53%) procuran evitar la mayoría de las veces ciertas situaciones y lugares por miedo a sufrir agresiones físicas o sexuales.
- ➔ El 55% de las mujeres declararon haber sido víctimas de algún tipo de acoso sexual alguna vez. Un tercio de las víctimas confesaron que el autor era un compañero, jefe o cliente.
- ➔ Solo una de cada tres mujeres que sufrieron agresiones físicas por parte de su pareja y una de cada cuatro que las sufrieron por parte de otra persona informaron a las autoridades policiales o a otras organizaciones.

En cuanto a los resultados de las entrevistas en los diferentes países de la UE, se analizan cinco posibles razones por las que se dan estas diferencias (aunque se necesitaría una investigación más profunda para corroborarlas):

1) En según qué países, está más o menos aceptado culturalmente hablar con otras personas sobre experiencias en el ámbito de la violencia de género. En algunas culturas y sociedades los asuntos de violencia contra la mujer por parte de su pareja son privados y esta no suele hablar sobre ello con amigos o familia, y aún menos denunciarlo a la policía, por lo que esto ha de tenerse en cuenta a la hora de analizar los resultados de las entrevistas.
2) En los países dónde existe más igualdad de género es más normal que se denuncien y divulguen los casos de violencia hacia las mujeres.
3) En determinados países, las mujeres se exponen en mayor nivel a ciertos factores de riesgo para la violencia, por ejemplo, factores que conciernen al empleo (mujeres que trabajan fuera de casa) o factores relacionados el estilo de vida y la socialización (mujeres que salen a divertirse o tienen citas con otros hombres).
4) En algunos países la tasa de violencia de género va ligada a la tasa de crímenes violentos, por lo que esto también es un factor que hay que tener en cuenta.
5) Existe una estrecha relación entre el elevado consumo de alcohol por parte de la pareja masculina y el empleo de la violencia.

En la siguiente figura se muestran los porcentajes de mujeres que sufren violencia de género según el país de la UE.

FIGURA 2



(Conjunto de datos recopilados en la encuesta de la FRA sobre la violencia de género)

A la vista de los resultados de estas encuestas, en el mismo informe la FRA ha realizado una serie de propuestas para hacer frente a la situación:

- Todos los Estados Miembros de la UE deben considerar la violencia en la pareja como un asunto público y no privado, por lo que deberán tratar la violación dentro de la misma como un caso más de violación, y tratar la violencia doméstica como un asunto público de gran preocupación.
- Todos los Estados miembros de la UE deben desarrollar un plan específico de acción nacional contra la violencia hacia las mujeres.
- Los países de la UE deben revisar el alcance actual del acoso sexual y reconocer que puede darse en diferentes ámbitos y a través de diferentes medios (internet, teléfono etc.). También se debe alentar a la policía para que haga más fuerte su lucha contra el acoso cibernético.
- Igualmente, las plataformas de Internet y las redes sociales deben ser herramientas que ayuden a las víctimas de acoso cibernético a informar sobre ello.
- Los profesionales de la salud, los especialistas en atención a las víctimas y la policía deben contar con una formación adecuada y con los medios necesarios para atender a las víctimas. Asimismo, deben ser capaces de reconocer y entender el impacto de la violencia psicológica sobre la víctima y así garantizar la actuación contra todo tipo de violencia ejercida hacia las mujeres.
- Los servicios de apoyo especializados que atienden a las víctimas también deben reconocer y tratar algunos sentimientos negativos, como la culpa o la vergüenza.
- Las campañas en contra de la violencia hacia las mujeres deben dirigirse tanto a ellas como a los hombres, los cuales deberían participar activamente en las iniciativas.
- Se insta a los países europeos a ratificar la <<Convención europea para la prevención y lucha contra la violencia hacia la mujer y la violencia doméstica>>, para equiparar las legislaciones relativas a esta materia en todo el continente europeo.

4. Situación actual en España.

En España, actualmente existe una ley integral contra la violencia de género (Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género). Según esta ley, este tipo de violencia se produce como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, y se ejerce por parte de quienes son y hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia. Por lo que la Ley Integral regula la violencia física o psicológica ejercida contra las mujeres por hombres que son o ha sido sus parejas.
La violencia de género afecta a todo tipo de mujeres, independientemente de su edad, raza, nivel educativo, clase social, lugar de residencia, situación laboral, opción religiosa o ideología. La demostración más extrema de este tipo de violencia son las muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas.

En la actualidad, en España miles de denuncias por violencia de género son presentadas anualmente, y cerca de un centenar de mujeres mueren todos los años a manos de sus parejas o ex parejas. Según datos recogidos por estudios de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), en 2010

murieron 73 mujeres víctimas de este tipo de violencia, 61 mujeres en 2011, 52 en 2012, 54 en 2013 y 12 mujeres en lo que va de este año 2014 (según los datos recopilados hasta el 6 de marzo del 2014).

Según otro estudio realizado por la misma Delegación de Gobierno sobre el año 2012, de las 52 víctimas mortales que hubo, solo 10 de ellas habían denunciado a su agresor, y solo 4 de ellas tenían medidas de protección en vigor cuando sucedieron los hechos. Según el rango de edad, las víctimas mortales con 30 años o menos fueron 15 (el 28,8%), entre 31 y 64 años fueron 26 (el 50%) y de 65 años o más fueron 11 (el 21,2%). De esas 52 víctimas mortales, 41 eran españolas (el 78,8%) y 11 eran extranjeras (el 21,2%). Entre las nacionalidades de estas víctimas extranjeras, encontramos una mujer hindú, una marroquí, una peruana, una cubana, dos alemanas, una rumana, una ecuatoriana, una hondureña, una boliviana y una búlgara, entre otras. En la comunidad autónoma en la que se produjeron más víctimas fue en Cataluña, con 13 mujeres asesinadas, seguida por Andalucía, con 8, y Madrid y Valencia, con 6 mujeres asesinadas en cada una.

Otro informe de la misma delegación del año 2013 revela que de las 54 víctimas mortales de ese año, solo 11 denunciaron a su agresor (una de las cuales retiró la denuncia), y de estas solo 4 tenían medidas de protección en vigor cuando sucedieron los hechos. De las víctimas mortales, 41 eran españolas y 13 eran extranjeras. Entre las nacionalidades de estas víctimas extranjeras encontramos mujeres rumanas, marroquíes, vietnamitas, paraguayas, moldavas, polacas, bolivianas, búlgaras, ecuatorianas, peruanas e inglesas. Según el rango de edad, las víctimas mortales de entre 18 y 30 años fueron 13, las mujeres asesinadas de entre 31 y 64 años fueron 33, y mayores de 65 años fueron 7. En cuanto a las comunidades autónomas en las que más víctimas mortales hubo, se encuentra en primer lugar Andalucía con 11 mujeres asesinadas, seguida de Madrid y Valencia, con 9 víctimas en cada comunidad, y en cuarto lugar Cataluña y Castilla- La Mancha, con 4 víctimas mortales en cada comunidad también.

A continuación podemos ver el último informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre las víctimas mortales por violencia de género en las distintas Comunidades Autónomas desde 1999 hasta el 6 de marzo de 2014, y las víctimas mortales españolas y las extranjeras desde 1999 hasta el 7 de abril del 2014.

FIGURA 3

VÍCTIMAS MORTALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

	2014 6-mar	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
TOTAL	**12**	**54**	**52**	**61**	**73**	**56**	**76**	**71**	**69**	**57**	**72**	**71**	**54**	**50**	**63**	**54**
ANDALUCÍA	2	11	8	16	18	14	9	8	21	9	19	13	10	12	10	13
ARAGÓN	0	2	1	2	2	0	1	2	1	4	2	2	3	1	0	0
ASTURIAS	0	1	1	2	5	0	1	2	3	1	0	2	0	2	0	1
BALEARES	0	2	2	1	2	1	1	1	3	4	2	4	4	2	1	3
CANARIAS	1	2	2	3	7	5	5	6	4	6	2	6	7	5	5	2
CANTABRIA	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1
CASTILLA - LA MANCHA	0	4	4	1	3	1	3	5	4	2	4	2	0	2	3	5
CASTILLA Y LEÓN	0	3	2	2	4	1	6	3	3	4	2	4	4	1	3	3
CATALUÑA	4	4	13	9	11	10	10	12	10	8	11	12	7	7	8	9
C. VALENCIANA	1	9	6	8	8	9	10	10	8	6	9	7	9	9	7	6
EXTREMADURA	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	1	1	0	1	1
GALICIA	2	3	4	3	2	3	7	5	0	1	2	5	3	0	4	2
MADRID	2	9	6	9	7	5	11	9	5	4	5	5	4	6	17	4
MURCIA	0	0	0	2	1	2	4	2	3	2	4	3	0	2	1	1
NAVARRA	0	0	0	1	0	0	3	1	0	2	1	1	1	0	1	1
PAÍS VASCO	0	1	2	2	2	2	3	2	3	3	4	0	1	1	2	1
LA RIOJA	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	2	0	0	0	1
CEUTA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

FIGURA 4

VÍCTIMAS MORTALES SEGÚN NACIONALIDAD DE LA VÍCTIMA																
	2014 7-abr	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
TOTAL	21	54	52	61	73	56	76	71	69	57	72	71	54	50	63	54
Españolas	15	41	41	40	45	36	43	43	49	41	54	62	37	36	50	43
Extranjeras	6	13	11	21	28	20	33	28	20	16	16	9	13	9	9	7
No consta											2		4	5	4	4
% Víctimas extranjeras sobre total de víctimas de nacionalidad conocida	28,6	24,1	21,2	34,4	38,4	35,7	43,4	39,4	29,0	28,1	22,2	12,7	24,1	18,0	14,3	13,0

La mencionada Delegación del Gobierno para la Violencia de Género es la encargada de impulsar, coordinar y asesorar las medidas y políticas de Gobierno necesarias para la lucha contra las distintas formas de violencia de género.

En 2011, el Ministerio de Trabajo e Inmigración elaboró el "plan estratégico de ciudadanía e integración 2011-2014" (PECI), en el que señaló la importancia de diseñar políticas contra la violencia de género que alcancen a la población inmigrante, mediante campañas de detección, prevención, sensibilización, asesoramiento y protección.

En julio del 2013, el Consejo de Ministros aprobó la Estrategia para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2013-2016, un documento que establece 260 medidas destinadas a combatir la violencia de género entre los años 2013 y 2016. Este plan está estructurado en varios ejes de actuación, en los campos de prevención, detección de malos tratos, sensibilización, atención personalizada, coordinación administrativa e institucional y asistencia a los grupos más vulnerables.

A pesar de todas las medidas y campañas que el gobierno español realiza contra la violencia de género y del visible descenso de víctimas mortales en los últimos años, es necesario hacer más hincapié y realizar más esfuerzos en esta materia, ya que la situación actual en el país sigue siendo bastante preocupante.

5. Violencia de género y el ámbito sanitario.

Históricamente, la violencia de género se ha caracterizado por su invisibilidad, algo que permanecía oculto en el ámbito privado y se actuaba como si fuera inexistente. En la actualidad, debido a los cambios sociales ocurridos en los últimos años y a la concienciación de la sociedad sobre este problema, cada vez más mujeres denuncian casos de violencia de género, de hecho, se estima que desde 2002 a 2007 hubo un incremento en las demandas por violencia hacia las mujeres de un 43,5%. Sin embargo, a pesar de los progresos realizados en este ámbito, según el informe del 2013 de la Organización Mundial de la Salud el 30% de las

mujeres en el mundo han sufrido violencia por parte de su pareja o ex pareja, y el reciente informe de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) de marzo del 2014 revela que 62 millones de mujeres han sufrido violencia física y/o psicológica en la Unión Europea. En España los datos no difieren mucho. Además, cuando hablamos de violencia de género, no solo nos referimos a la violencia ejercida en el seno de la pareja, si no a cualquier forma de violencia perpetrada contra la mujer por el hecho de serlo, por lo que los datos reales de mujeres víctimas de violencia deben ser mucho mayores.

Muchas de las mujeres víctimas de la violencia de género acuden a los servicios sanitarios tras haber sufrido una agresión física o sexual. Algunas veces el motivo de la consulta es una lesión derivada directamente de la agresión, otras veces es una manifestación encubierta de la misma, y en otras ocasiones se trata simplemente de una forma de pedir ayuda indirectamente. De hecho, las mujeres víctimas de violencia de género acuden al médico entre un 1 y un 3% más que cualquier otra persona. Pero, de estos casos, solo se diagnostican entre el 5 y el 15%.
Esto es debido dos factores: por una parte, la mujer víctima de violencia de género no manifiesta abiertamente su situación, bien por vergüenza o por un sentimiento de culpabilidad, o porque no reconoce el hecho en sí como maltrato, por haber sufrido amenazas por parte de su agresor etc.; y, por otra parte, el personal sanitario no reconoce ni diagnostica el problema, bien porque lo consideran un problema de índole social y no sanitaria, por lo que no piensan que sea asunto de su competencia, por falta de tiempo o de un espacio íntimo para tratar el problema, por falta de preparación profesional para enfrentarse al asunto, por creencia de que es la víctima la que debe manifestar abiertamente su situación etc. A todo esto se le añade, en el caso de que el paciente sea un extranjero que no habla la lengua del país, la dificultad de comunicación debido al desconocimiento del idioma.

La violencia de género repercute muy seriamente en la salud de las víctimas, no solo físicamente debido a las lesiones que sufren, si no también puede producir unos daños psicológicos muy severos. Además, cuanto más prolongada sea la exposición a este tipo de malos tratos, mayor es el nivel de afectación a la salud de las mujeres que lo sufren, por lo que es necesario detenerlo de manera precoz y prevenir así su desarrollo, mantenimiento y secuelas. Para ello, es necesario que todo el personal sanitario se implique activamente, se les informe sobre el tema y reciban una formación específica para enfrentarse a este tipo de casos, saber detectarlos, poder proporcionar atención e información adecuada a la víctima y resolver cualquier tipo de conflicto que pueda producirse etc.

Un punto clave para la detención y atención de la violencia de género es el servicio de atención primaria, ya que es un recurso frecuentemente utilizado por las víctimas en las distintas fases del maltrato. Es la manera más fácil y más recurrente que tienen las mujeres de buscar ayuda, porque pueden burlar el control de su agresor al pedir cita por cualquier otro motivo.
Otro servicio fundamental para la detección y el tratamiento de la violencia de género es el servicio de salud mental. A menudo, cuando una mujer sufre violencia física o sexual, esto también le causa una serie de daños psicológicos, ya que el ejercicio de esa violencia sobre ellas perjudica a su autoestima y dignidad. Entre las consecuencias psicológicas que puede ocasionar este tipo de violencia destacan el estrés, la vergüenza, el sentimiento de culpabilidad, disminución de la autonomía y la valía personal, desesperanza y las emociones negativas como la tristeza, la indefensión, la ira, el miedo o la frustración (Lorente, 2008). En los casos más graves, pueden darse trastornos más graves como depresión, ansiedad o el

trastorno por estrés postraumático (TEP).

El servicio de urgencias tiene un papel bastante importante también, ya que constituyen uno de los primeros lugares de protección social al que acuden las víctimas, puesto que están siempre abiertos, existe libertad de acudir a ellos y pueden solucionar problemas médicos relacionados con el maltrato (Coll-Vinent Puig, 2008).
Y por último, la figura del trabajador social es muy importante también en el ámbito de la violencia de género, en la medida en que proporciona el servicio que aborda los factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad (Abreu Velázquez, 2009).

6. Violencia de género y las mujeres extranjeras.

En España, según le Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada posteriormente por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, todas las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género tienen garantizados los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Dicha Ley garantiza a las víctimas de violencia de género la proporción de todo tipo de servicios necesarios en su situación: asistencia sanitaria primaria, asistencia psicológica, ayuda social, asistencia jurídica gratuita si se cumplen las condiciones necesarias etc., incluso existe la posibilidad, si la mujer se encontrara en situación irregular en el país, de proporcionarle asilo o conseguirle un permiso temporal de residencia y trabajo.
A pesar de tener los mismos derechos, el número de mujeres extranjeras que acuden a los servicios sanitarios y reconocen haber sufrido malos tratos es muy inferior al de mujeres españolas. La Ley de Protección Integral contra la violencia de género reconoce que el colectivo de mujeres extranjeras es muy vulnerable ante la violencia de género y tiene más dificultades para acceder a los servicios públicos. Esta vulnerabilidad se debe a varios factores, como la falta de recursos económicos, ya que la mayoría de las veces las víctimas dependen económicamente de su agresor, la estancia irregular en España y el miedo a que se las deporte a su país de origen, la poca confianza en las instituciones públicas, aspectos culturales en los que no se cuestiona la dominación del hombre, problemas comunicativos por desconocimiento del idioma del país etc.
Otro gran factor que juega en contra de las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género y que les hace más vulnerables es la falta de apoyo social. Para romper un vínculo violento es fundamental contar con apoyo familiar, social e institucional, y muchas de estas mujeres carecen de redes próximas de apoyo y se encuentran solas en un medio nuevo en el que con frecuencia son víctimas de incomprensión cultural y social (Montañes y Moyano, 2006). Por si no tuvieran suficiente con todo esto, a veces también la sociedad les discrimina injustamente con actitudes etnocéntricas y prejuiciosas.
No existe un perfil concreto de mujer inmigrante maltratada, por lo que no es cierto que el maltrato afecte más a mujeres sin estudios, de clase baja o con personalidad más débil. Sin embargo, se dan una serie de circunstancias en torno la mujer inmigrante que suponen un factor de riesgo, las cuales podrían explicar el aumento de mujeres extranjeras por violencia de género, y dificultan la ruptura del ciclo violento: Experimentan el llamado "**Síndrome de Ulises**", cuyos síntomas principales son el sentimiento de soledad, sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia y el miedo o terror por las situaciones tan difíciles que atraviesan (Pelayo, 2009). Hay dos factores que explican porque se produce este "Síndrome de Ulises":

- El “duelo migratorio”, el cual es una situación psicológica que condiciona el comportamiento y las percepciones, en un primer momento, de las mujeres que deciden migrar. La mujer inmigrante experimenta un gran desarraigo: se encuentra en un país extraño, de costumbres diferentes, sin su familia (y sin sus hijos muchas veces) y, la mayoría de las veces, con sus expectativas frustradas. La migración es un proceso de cambio que está unido a una parte de duelo, en el sentido de separarse, dejar atrás, alejarse de aquello que tan cercano a ti y que está tan arraigado. Según Josefa Atxotegui, la persona que emigra se enfrenta a siete tipos de duelo: duelo por la familia y amigos, duelo por la lengua, duelo por la cultura, duelo por la tierra, duelo por el status social, duelo por perder el contacto con el grupo étnico de origen y duelo por la pérdida de salud asociada al proceso migratorio. Este último es debido a que el proceso de adaptación a la nueva vida influye en la salud de la mujer, ya que se producen una serie de problemas psicosomáticos y alteraciones psíquicas o mentales que, frecuentemente, son responsables de la depresión y la ansiedad.
- Las situaciones de estrés mantenido, provocadas por:
  - Presión por satisfacer las expectativas depositadas en ella por su familia y las marcadas por ella misma.
  - Dificultades e inestabilidad para conseguir un trabajo estable y una vivienda digna.
  - Dificultades para obtener los papeles que legalizan su situación.
  - Peligros sufridos en el proceso de migración.
  - Dificultades para la reagrupación familiar.
  - Problemas para la adaptación a la cultura, el lenguaje y el país de acogida.
  - Racismo, comportamiento despectivo y xenófobo por parte de la población autóctona.
  - Problemas para contactar con familiares y amigos del país de origen.
  - Desconfianza hacia la población autóctona y hacia los propios compatriotas.
  - Dificultades económicas que les impiden vivir de una forma digna y alimentarse adecuadamente.
  - Inseguridad para identificarse ante los servicios públicos por miedo a ser detenido y expulsado por la policía sin haber cumplido las expectativas deseadas.

En esta situación, podemos comprender que las mujeres inmigrantes soporten circunstancias de violencia de género, ya que emprender acciones legales contra su pareja supondría una aún mayor carga emocional y traumática en sus vidas, y lo pueden ver como una complicación añadida más que como una liberación, que, además, en algunos casos podría conllevar el rechazo de familiares y amigos: un nuevo desarraigo.
Todos estos factores específicos mencionados suponen una sobreexposición al maltrato para las mujeres extranjeras.

Por todas estas circunstancias, un estudio realizado en España, con datos reales sobre las víctimas mortales por violencia de género a manos de su pareja o ex pareja entre los años 1999 y 2006, demostró que el riesgo de morir víctima de malos tratos es mayor para las mujeres extranjeras residentes en España que para las propias españolas (Vives-Cases, Álvarez-Dardet, Torrubiano-Domínguez y Gil- González, 2008)
A todo esto, se le puede añadir la reforma actual que introduce el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, según la cual es obligatorio cotizar a la seguridad social para poder recibir asistencia sanitaria, siendo insuficiente acreditar la

residencia, lo cual es un factor más que incrementa la vulnerabilidad del colectivo de mujeres extranjeras que sufren violencia de género.

7. Intermediación lingüística y el ámbito sanitario.

Como hemos visto anteriormente, uno de los principales problemas que dificulta el acceso de las mujeres víctimas de violencia de género a los servicios sanitarios españoles son las barreras lingüísticas. En España, el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, reconoce todos los derechos a que la administración pública sanitaria "dé en términos comprensibles, al paciente y a sus familiares más allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento". A pesar de este artículo, en España en la actualidad la provisión los servicios de interpretación y mediación lingüística a la población extranjera que no habla la lengua del país solo es responsabilidad del Estado en aquellos ámbitos de los servicios públicos en los que la ley lo exige, limitándose esto a los procesos penales, según los artículo 440, 441 y 520.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. De esta manera, queda eximida la obligación del Estado de proporcionar intérpretes y mediadores lingüísticos en el ámbito sanitario.
Por lo tanto, en lo que concierne al ámbito sanitario en España, la interpretación y mediación lingüística depende de unas pocas iniciativas públicas y privados o de algunas comunidades autónomas, o también existe la posibilidad de que el paciente traiga su propio intérprete, o bien contratándolo con sus propios medios económicos o utilizando un amigo o familiar que le ayude.
Estas iniciativas de las que hablamos están dirigidas por distintos organismos. Algunas están dirigidas por universidades españolas, las cuales proporcionan alumnos en prácticas a determinados hospitales, como la Universidad Alcalá, que ofrece a sus alumnos del Máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos la posibilidad de hacer prácticas en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, y en el Hospital General de Guadalajara; también está la Universidad Jaume I, que ofrecía (en la actualidad ya no lo ofrece) a sus alumnos del Curso de Formación Superior de Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario la realización de prácticas profesionales en distintos centro de salud y hospitales, como el Hospital General de Castellón, o la Universidad de Alicante, que ofrece a sus alumnos de Traducción e Interpretación prácticas en la Clínica Medimar, el Hospital General Universitario de Alicante, en el Hospital General de Elche y en el Hospital General de la Vega Baja, entre otros.

Otras iniciativas están organizadas y dirigidas por distintas comunidades autónomas o ayuntamientos. Destacan, entre otros, la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, que ofrece todos los años 4 becas para mediadores interculturales en hospitales de la región, la Consejería de Sanidad de Murcia, que cuentan con mediadores lingüísticos de inglés, francés y árabe para los hospitales, o el Ayuntamiento de Parla, en Madrid, quien proporciona servicios de interpretación y mediación lingüística y cultural específicamente al ámbito sanitario.

También están las ONGs, como la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRA-DE), la Red Acoge, Cruz Roja y Médicos del Mundo, entre otros, que proporcionan servicios de

mediación e interpretación en hospitales y centros de salud de todas las regiones de España a los inmigrantes y refugiados que no hablan nuestro idioma.
Y por último están las iniciativas de entidades privadas, entre las que destaca la Red de Mediadores Interculturales de la Obra Social La Caixa, la cual, en colaboración con el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, proporciona servicios de mediación cultural en los servicios sanitarios; y las iniciativas puestas en marcha por hospitales privados, situados mayormente en las zonas de mayor afluencia turística, donde ofrecen servicios de interpretación en los idiomas más solicitados (alemán, inglés, francés etc.) como el hospital privado San Jaime, de Alicante, el Grupo Hospitalario Quirón o el Grupo Hospitalario Hospiten en las Islas Canarias.
También existe en algunos hospitales y centros de salud del país, sobretodo en Madrid y Andalucía, servicios de interpretación telefónica, los cuales son dirigidos por empresas privadas de traducción, como son Dualia e Interpret Solutions.

Junto a la falta de provisión por parte del Estado de servicios de interpretación en el ámbito sanitario, otra de las características de la mediación lingüística en nuestro país es la desprofesionalización del sector. Es habitual que las tareas de mediación lingüística en el ámbito sanitario las realicen mediadores sin formación en interpretación, otros profesionales del ámbito bilingües, mediadores voluntarios que colaboran con algunas ONGs (los cuales no suelen tener formación específica en interpretación tampoco) o familiares o amigos (en ocasiones, incluso niños) (Morera Montes, 2009). Esta situación se da incluso cuando son los propios hospitales o centros de salud los que proporcionan al intérprete. Es más sorprendente aún que se dé esta situación cuando numerosos estudios nacionales e internacionales demuestran que hace falta una formación como intérprete y mediador intercultural para llevar a cabo la realización de estas tareas, ya que un error grave en la interpretación puede dar lugar a un mal diagnóstico o tratamiento, lo cual puede tener consecuencias muy graves para la salud del paciente.
A nivel internacional, el panorama en algunos países es diferente en cuanto a la interpretación en el sector sanitario. Países como Australia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos tienen mayor cobertura de asistencia lingüística en el ámbito sanitario, cuentan con asociaciones y servicios de interpretes en hospitales (como la Asociación de Intérpretes Médico en California y la Asociación de Intérpretes Médicos en Massachusets, en Estados Unidos, y *Critical Link*, en Canadá), registros nacionales de intérpretes médicos (como el *National Register of Public Service Interpreters*, en Reino Unido) y con sistemas de acreditación de traductores e intérpretes sociales profesionales (como el dirigido por la *Australian National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*, en Australia).

A pesar de todos estos problemas y las deficiencias por parte de la administración y de las instituciones españolas, a nivel académico existe un creciente interés en el ámbito de la interpretación sanitaria. En los últimos años ha aumentado la oferta y demanda de cursos de formación superior y universitarios en mediación interlingüística e intercultural, además han surgido numerosos grupos de investigación, tanto a nivel nacional como internacional, cuyo objetivo es el conocimiento de las características de la mediación e interpretación sanitaria y de las prácticas habituales y necesidades de los profesionales y pacientes, la formación y la especialización de los intérpretes y mediadores, la profesionalización del sector y el reconocimiento de la interpretación en el ámbito sanitario.
Entre estos grupos consolidados en la investigación de la interpretación en el ámbito sanitario, a nivel nacional, cabe destacar el grupo Fitispos, de la Universidad Alcalá, GRETI, de la

Universidad de Granada, el grupo Miras, de la Universidad Autónoma de Barcelona, Alfaqueque, de la Universidad de Salamanca, el grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), de la Universidad Jaume I, y la Red Comunica. A nivel europeo, uno de los más importantes es *The Public Service Interpreting and Translation Network Group* (PSIT NG), de la London Metropolitan University, en Reino Unido.

En conclusión, como podemos ver, a pesar de que aún es necesario hacer muchos avances en el área de la interpretación y mediación en los servicios públicos, en concreto en el ámbito sanitario, ha habido y sigue habiendo un avance significativo en nuestro país en lo relativo a este sector.

8. Mediación lingüística y violencia de género.

La eliminación de las barreras lingüísticas que se le presentan a una mujer extranjera que es víctima de violencia de género debe ser un asunto prioritario, ya que este es uno de los factores más importantes que, junto con otros factores como la dependencia económica del agresor, la ausencia de apoyo familiar o social, el desconocimiento de sus derechos y de los servicios a los que puede acudir a pedir ayuda, su situación irregular en el país (a veces es incluso el propio agresor el que la amenaza con denunciar su situación a las autoridades), aspectos culturales etc., llevan a este colectivo de mujeres a un estado de auténtica vulnerabilidad y aislamiento.

La asistencia lingüística en el ámbito sanitario a las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género que desconocen el idioma del país es de suma importancia, ya que, como bien se declaró en la 49º Asamblea Mundial de la Salud, la violencia de género es un problema prioritario para la salud pública, y el sector sanitario es frecuentemente es el primer sitio donde las víctimas acuden. Por lo que es un sector clave para la detección y el asesoramiento sobre los maltratos, y es esencial que la víctima disponga de un apoyo lingüístico para entender y hacerse entender.
La ausencia de servicios de interpretación y mediación en el sector sanitario junto con la escasa o nula formación de los pocos que trabajan en este ámbito actúa como elemento disuasorio para las víctimas de malos tratos que quieren expresar su situación y pedir ayuda, lo cual puede traer graves consecuencias para la salud de estas si siguen estando expuestas a continuos malos tratos, además de ser un obstáculo para que los profesionales sanitarios realicen su labor de manera efectiva y correcta.
Esta falta de asistencia lingüística proporcionada por el Estado en los servicios sanitarios hace que las mujeres extranjeras víctimas de violencia dependan de terceras personas para comunicarse con el personal sanitario. La situación de aislamiento social en la que se suelen encontrar la mayoría de estas mujeres les impide que puedan encontrar a alguien de confianza que las ayude, y también incluso la vergüenza y temor que les supone exponer abiertamente su situación. Por estas razones, estas mujeres se desaniman y no se atreven a acudir a los servicios sanitarios para pedir ayuda.
Por otra parte, una comunicación inadecuada o errónea impide que los profesionales sanitarios asistan a las pacientes de la mejor manera posible de acuerdo a sus competencias. En este sentido, dejar el desempeño de la tarea de interpretación y mediación sanitaria a un familiar o amigo de la víctima, a un voluntario de una ONG que no es profesional ni tiene formación, o incluso a un profesional sanitario bilingüe, podría traer muchas consecuencias negativas para

la víctima y para su salud. Está demostrado mediante estudios y por la propia experiencia que una persona que no tiene ninguna formación sobre interpretación y mediación lingüística e intercultural no desempeña la tarea de una manera suficientemente satisfactoria como para que todas las necesidades de la víctima se vean cubiertas y no se vulnere ninguno de sus derechos, incluso aunque sean bilingües en ambas lenguas. Los mediadores e intérpretes no profesionales tienden resumir la información que proporciona la víctima y muchas veces incluso a omitir parte de esta, por lo que no transmiten la información fielmente. Tanto en la detección de la violencia de género como en la asistencia y asesoramiento a la víctima por parte de los profesionales sanitarios, es necesario que la comunicación entre ambos sea completa y precisa, además de totalmente fiable.
Además, si se trata de un amigo o familiar de la víctima el que actúa de intérprete, no se cumple el principio de neutralidad y confidencialidad que requiere la comunicación entre médico y paciente, sobretodo en el ámbito de la violencia de género. Incluso a veces estas personas tienden a aconsejar y asesorar a la víctima, influenciando y cohibiendo a esta de tomar sus propias decisiones.
Tanto los proveedores de servicios como la sociedad en general tienen que concienciarse de que, al igual que el asunto de la violencia de género es muy serio, de igual seriedad e importancia es el contratar a un intérprete con formación para los casos con víctimas extranjeras que no hablen nuestro idioma.

En el ámbito internacional son bastantes los proyectos e investigaciones dedicadas a la formación y especialización del intérprete y mediador lingüístico y al desarrollo de recursos en el contexto de la violencia de género. Podemos destacar en Estados Unidos el *Department of Justice Office on Violence Against Women* ("La Oficina del Departamento de Justicia encargada de la violencia contra las mujeres") ha publicado una guía sobre cómo deben trabajar los abogados con un intérprete en los casos de violencia de género (*Resource Guide for Advocates & Attorneys on Interpretation Services for Domestic Violence Victims*); en Australia, destacamos los materiales editados por la *Community Relations Commission for a multicultural New South Wales* (*Using Interpreters in Domestic Violence and Sexual Assaults Matters*) y el proyecto "*Breaking through the language barrier: Empowering refugee and immigrant women to combat domestic and family violence through cultural and language training*", liderado por Sandra Hale y financiado por el gobierno australiano; y en Canadá un grupo de intérpretes médicos especializados en la mediación en los juzgados de violencia doméstica de Ontario y en el Hospital Women's College, en Toronto.
Todo esto supone un avance para que los intérpretes se especialicen, tengan los conocimientos terminológicos adecuados a la situación, conozcan los aspectos teóricos generales del género y posean las habilidades psicológicas saber cómo actuar cuando interpretan a víctimas de experiencias traumáticas.

En el ámbito europeo y español, destaca un proyecto pionero llamado "*Speak out for support*" (SOSVICS), que se lleva a cabo desde hace un año, dirigido y coordinado por la Universidad de Vigo, con la colaboración de otras nueve universidades españolas, entre ellas la Universidad de Alcalá, y cofinanciado por la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea, cuyo objetivo es formar a los intérpretes profesionales para que estén especializados en el ámbito de la violencia de género.

9. Situaciones comunicativas en las diferentes etapas de atención.

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y que genera graves consecuencias para la salud, además de un coste sanitario y social muy elevado. Numerosos estudios de investigación y científicos constatan una creciente preocupación por la baja detección y el retraso en el diagnóstico de los casos de violencia de género.
Como ya hemos visto anteriormente, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la violencia de género es actualmente un problema de salud a nivel mundial, ya que más de un tercio de las mujeres en todo el mundo la sufren. La detección y la atención a la violencia de género en el ámbito sanitario, a nivel tanto de atención primaria y especializada como en urgencias, salud mental y medicina forense, se recogen en el Real Decreto 103/2006, de 15 de septiembre, según el cual se establecen unas medidas de actuación y una serie de servicios que el Sistema Nacional de Salud tiene que proporcionar.
La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró un *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012),* en el cual se establecen una serie de pautas para que el personal sanitario de las distintas áreas de la medicina puedan atender a las víctimas de la mejor manera y con la mayor eficacia posible. Tienen que cubrir todas las necesidades específicas de estas mujeres, las cuales son multidimensionales, por lo que tienen que tener en cuentas aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello han creado un modelo de atención integral a la salud, en el cual haya una implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios. En dicho protocolo se especifica <<El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de "interdisciplina", entendida como una forma de articulación, que, a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona. Desde la interdisciplina se procura romper con el aislamiento de los servicios y profesionales y se fortalece la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención. Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que existen para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que procura dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un Modelo de Atención Integral a la Salud.>> (página 36).

Este protocolo también recoge la atención a los hijos de las víctimas, en cuya salud también repercute la violencia de género, y los factores agravantes de la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia de género. Uno de estos agravantes que recoge es la inmigración, ya que, como también he mencionado anteriormente, las mujeres inmigrantes se ven afectadas en mayor medida por los problemas económicos y laborales, la falta de apoyo familiar y social, los problemas de comunicación debido a las barreras lingüísticas, la situación de irregularidad en el país, el desconocimiento de sus derechos y de los servicios de ayuda a su disposición a los que puede recurrir, el haber sufrido otros tipos de violencia, como discriminación, abuso, tortura etc.
En cuanto a las barreras idiomáticas que dificultan la comprensión y comunicación a las víctimas, en este protocolo se hace una mención especial a "la escasez de intérpretes con formación en violencia de género" (página 27). En la página 46 del mismo, también se reconoce entre las dificultades en el ámbito sanitario para identificar la violencia de género, la

“Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación”.

Con el objetivo de realizar una guía para preparar a los intérpretes del ámbito sanitario en esta materia, primero hay que analizar las diferentes etapas de asistencia a las víctimas en el campo médico y las principales características de las situaciones comunicativas en cada una de ellas.

9.1 Atención primaria y especializada

Una detección precoz en una situación de violencia de género es fundamental para proporcionar un diagnóstico y una atención e intervención temprana. La atención primaria en centros de salud es un escenario muy importante para dicha detección precoz, ya que todas las mujeres víctimas de violencia de género acceden a estos servicios al menos una vez, ya sea por motivos directa o indirectamente relacionados con los malos tratos que sufren, o por cualquier otro motivo, y normalmente los utilizan como primer recurso. Por esta razón, se recomienda al personal de atención primaria (el médico de familia) y de atención especializada (especialmente, ginecología y obstetricia) que tengan una actitud de alerta y estén atentos ante cualquier posible conducta, síntoma o signo de violencia de género. Para ello, se recomienda al personal sanitario realizar a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si se trata de la primera consulta (apertura de historia clínica) como si se trata de una consulta habitual posteriormente, una serie de preguntas exploratorias de abordaje psicosocial para detectar posibles casos de violencia de género, o directamente se informará a la paciente sobre la frecuencia de este fenómeno. En la atención a las mujeres que sufren violencia de género, además de la atención y el seguimiento de la víctima, también es muy importante la coordinación con el personal de trabajo social y pediatría si la paciente tiene hijos u otras personas dependientes a su cargo.

De esta manera, el intérprete tendrá que estar preparado para interpretar todo tipo de preguntas formuladas por parte del personal sanitario, como: “¿Cómo van las cosas en casa?”; “¿Le gusta como la tratan en casa?”; “¿Cómo es su relación de pareja?”; “¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? ¿Cómo lo manejan?”, o bien “Dada la frecuencia hoy en día del maltrato en el seno de la pareja, estamos preguntando a todas las mujeres que vienen a la consulta sobre la posibilidad de estar sufriendo violencia de género”. Estas preguntas se le plantearan a la paciente o bien en la primera consulta, o bien en consultas posteriores si el médico comprueba en su historial clínico que no se le han formulado anteriormente. La paciente puede responder a las preguntas de diversas maneras, para lo cual el intérprete también debe estar preparado.
En este proceso de preparación para las preguntas y respuestas, no es extraño tampoco ni debe pillar desprevenido al intérprete una descripción explícita de los malos tratos, una contestación con evasivas o una declaración incongruente de la paciente en la que declare tener problemas en la relación con su pareja pero a la vez minimice o excuse el comportamiento del mismo. El intérprete debe trasladar el mensaje de manera fiel, clara y concisa, y, en el caso de que fuera necesario, explicar las diferentes expresiones culturales para asegurar un completo entendimiento. También debe de prestar especial atención al lenguaje no verbal de la paciente y al tono en el que habla y/o responde las preguntas. De este modo, si el médico después de la entrevista con la paciente le pide información al respecto, el intérprete debe ser capaz de explicar si ha detectado un tono o una actitud de nerviosismo, tristeza, temor etc., o si ha podido percibir en la paciente unos determinados estados de ánimo,

como desesperanza, vergüenza, culpabilidad, temor etc. En estos casos, el intérprete tiene que ser también conocedor de las diferencias y características culturales de su idioma de trabajo y debe saber detectar como se expresan los distintos estados de ánimo en la cultura de la paciente. De no ser así, las mujeres inmigrantes estarían en una situación de desventaja, ya que seguramente el médico no sería capaz de detectar estos signos como podría detectarlos en el caso de pacientes autóctonas. Es igualmente importante que el intérprete conozca los diferentes estereotipos de género y mitos existentes en cada cultura relacionados con la violencia de género, pudiendo así servir como mediador cultural a la par que lingüístico.

Cuando un miembro del personal sanitario sospecha que su paciente es víctima de violencia de género, deberá confirmar o descartar esta situación de maltrato. Para ello, deberá realizar una **entrevista clínica específica** a la supuesta víctima. En dicha entrevista, el médico tiene observar las emociones y actitudes de la mujer, por lo que es fundamental que el intérprete preste detenida atención tanto al lenguaje verbal como al lenguaje no verbal para detectar cualquier signo que revele el estado emocional de la supuesta víctima. El médico también deberá adoptar una actitud y un tono empático, y utilizará lo que se ha denominado como "escucha activa", dando muestras en todo momento de estar escuchando a la paciente. El intérprete deberá respectar y reproducir fielmente el tono empático del doctor y también transmitir las muestras de atención y comprensión que este dé.

Una vez concluida la entrevista, el siguiente paso es la **valoración** del estado de la víctima. El miembro del personal sanitario deberá examinar tanto las lesiones y síntomas físicos de la víctima como su situación emocional, social, económica, ocupacional, familiar y laboral, informando en todo momento a la mujer sobre las exploraciones que se le realizan y su finalidad. También es muy importante para el personal sanitario obtener información sobre otros aspectos, como el tipo de violencia que sufre, la frecuencia y la intensidad de la misma, el comportamiento del agresor a nivel familiar y social, los mecanismos de defensa afrontados por la mujer y su motivación para el cambio. Por último, es de vital importancia saber si la mujer se encuentra en situación de peligro extremo (entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con cierto riesgo para la vida de la mujer) y si ella es consciente de esta situación. Posteriormente, el médico o el personal sanitario correspondiente realizará un criterio profesional basado en el conjunto de la entrevista y la valoración.

Una vez confirmada la sospecha de malos tratos, la siguiente fase es la **intervención** o **atención**, en la que se informa a la mujer de la situación en la que se encuentra y se realiza un plan de seguimiento y trabajo en consulta. En este proceso, se trabaja con la víctima para concienciarla de las repercusiones que pueden tener los malos tratos en su salud, se realiza una atención integral e interdisciplinar de los problemas físicos, psicológicos y sociales encontrados, y se establece un plan de consultas regulares de seguimiento para animar a la mujer a llevar a cabo una toma de decisiones para cambiar su situación, motivarla a participar de manera activa en su recuperación, ayudarla a afrontar su situación, prevenir nuevas situaciones de violencia, valorar sus progresos y, cuando sea posible, animarla a participar en sesiones grupales. También cuando sea necesario se derivará a la paciente a los servicios sociales, siempre, claro, con su consentimiento previo. A parte, en función de si la mujer no reconoce sufrir malos tratos o si se encuentra en situación de peligro extremo, se seguirá un determinado plan de actuación.

Si la mujer presenta indicadores de violencia pero no reconoce sufrir malos tratos, se registrará en su historial clínico la valoración realizada (la sospecha y la actuación realizada) y se informará a la mujer sobre dicha valoración de la situación en la que se encuentra. En consulta, se intentará establecer una relación de confianza con la mujer para ayudarle a tomar consciencia de las repercusiones que tienen los malos tratos en la salud, se planificará una serie de visitas de seguimiento para que la mujer sea capaz de reconocer su situación y tomar ciertas decisiones, se organizarán sesiones grupales, cuando sea posible, y, si existiera una sospecha consistente de violencia de género y se valorara que la mujer está en situación de riesgo extremo, se le comunicará al ministerio fiscal para que se encargue de su investigación.

Si la mujer reconoce sufrir violencia de género pero no se valora que esté en situación de peligro extremo, se tomarán las acciones mencionadas anteriormente y se derivará a la paciente a los servicios de trabajo social. Se le emitirá un parte de lesiones, cuando sea pertinente, y se atenderá también a sus hijos o a cualquier persona dependiente a su cargo.

Cuando se valore que la mujer se encuentra en situación de peligro extremo, se emitirá un parte de lesiones y el informe médico, y se remitirá estos documentos al juez con carácter inmediato, después de habérselos leído a la mujer, entregarle una copia de cada uno y explicarle sus implicaciones. También se derivará el caso con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas (teléfono 112).

En el caso de las mujeres inmigrantes, hay que tener que cuenta que las barreras culturales pueden plantear dificultades a la hora de que la víctima denuncie su situación, como pertenecer a un país de origen con costumbres y creencias sexistas que limiten la autonomía de la mujer, haber sido víctimas de trata o encontrarse en una situación administrativa irregular en el país. Además el intérprete debe trasmitir la información de manera accesible y precisa, considerando que, en ocasiones, la víctima posee un nivel educativo escaso, o no conoce las instituciones y servicios que se encuentran a su disposición.

9.2 Urgencias

El servicio de Urgencias es muy importante y juega un papel primordial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que siempre está abierto y es un dispositivo de acceso fácil al que suelen asistir en primera instancia estas mujeres que pueden estar siendo maltratadas y necesitan atención de manera puntual e inmediata. En estos servicios de urgencias, es frecuente que las lesiones y síntomas de la víctima sean más graves.
A pesar de de que Urgencias es un servicio que ocupa una posición privilegiada para detectar e intervenir en situaciones de violencia de género, no suelen declararse mucho casos. En muy pocas ocasiones el personal sanitario de urgencias sospecha o pregunta a la paciente sobre la posible existencia de malos tratos. Esto puede ser debido a varios factores, como la presión asistencial, la falta de tiempo para las cuestiones que no sean puramente asistenciales, la ausencia de espacios específicos donde se pueda crear un ambiente de privacidad e intimidad para hablar con la víctima, y la falta de formación y preparación para la complejidad de este tema. También están presentes los mitos y prejuicios en torno a la violencia de género y el miedo a intervenir ante una situación tan compleja. Por ello, es muy importante romper con estos mitos y prejuicios y formar al personal sanitario para que esté alerta y no tenga miedo a

preguntar ni a actuar cuando fuera necesario. De hecho, la OMS recomienda <<No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte». Y, según Coll-Vinent Puig (2008), <<muchos estudios muestran que alrededor de un 80% de las mujeres, independientemente de su edad o historia de maltrato, agradecerían que el personal sanitario les interrogase sobre este tema, y la gran mayoría de ellas esperan que sea el personal médico quién inicie el diálogo entorno al abuso>>.

Es necesario que la asistencia sanitaria sea inmediata, de calidad, eficaz y satisfactoria. Las víctimas de violencia de género que acuden a Urgencias pueden reconocer haber recibido malos tratos o no. Por ello, el personal sanitario tiene que mantenerse alerta, y, en caso de que tenga alguna sospecha de que la mujer está sufriendo malos tratos, realizarle una entrevista clínica específica. Para desarrollar esta entrevista, el personal sanitario tiene que crear un ambiente de confianza para que la mujer se sienta tranquila y segura y pueda hablar sin tapujos, a lo cual tiene que contribuir también el intérprete profesional para que este clima se produzca. La paciente tiene derecho a estar sola durante la entrevista, por lo que si le acompaña el supuesto agresor, o se sospecha que puede ser él, se llevará a la mujer a un sitio aparte con la escusa de evaluarla o realizarle cualquier prueba. Puede ser que la mujer presente indicadores de sospecha de malos tratos, pero tras la valoración no reconozca sufrir maltrato alguno. Esto es debido a que la mujer no es consciente de la situación de violencia de género que sufre (lo que los médicos llaman "**fase pre-contemplativa**"), o bien la mujer empieza a tomar consciencia de su situación pero lo oculta ante el personal sanitario por miedo, vergüenza, sentimiento de culpa o por cualquier otro motivo personal (esto seria lo que los médicos llaman la "f**ase contemplativa**").

Si se tiene una clara sospecha de que la mujer sufre malos tratos, al igual que en la atención primaria y especializada, se llevará un plan de actuación dependiendo de si la mujer reconoce o no sufrir violencia de género, o si se valora que puede encontrarse en situación de riesgo extremo. Además, hay que tener en cuenta que pueden llegar las pacientes con lesiones graves a nivel físico y/o psicológico, por lo que en ocasiones, además del personal sanitario de Urgencias, se necesitará la intervención urgente del personal de trabajo social y de psicología, y de médicos forenses incluso.

El intérprete deberá colaborar con el equipo mencionado para comunicarle a la mujer de manera clara y concisa la evaluación de su estado de salud y su diagnóstico, descubrir si tiene hijos u otras personas dependientes a su cargo y poner en su conocimiento la obligación legal que existe por parte del personal sanitario de notificar a las autorizadas judiciales la existencia de lesiones producidas por violencia de géneros, mediante un parte de lesiones y un informe médico. Una copia del parte de lesiones se le entregará a la mujer, a no ser que se sospeche que el agresor puede descubrirla y empeorar así la situación de la víctima, en cuyo caso la mujer podrá dársela a un amigo o familiar para que se la guarde. El intérprete, asimismo, deberá comunicar de manera precisa el estado de la víctima, para que así el personal sanitario pueda valorar si la víctima se encuentra en situación de peligro extremo y poder tomar medidas de seguridad en el caso de que así fuera.
Una vez proporcionados los cuidados asistenciales, se procederá a derivar a la víctima al ámbito especializado correspondiente, si fuera necesario, y se comunicará a atención primaria la situación de violencia de género detectada, para que se lleve a cabo un seguimiento de su

caso. Debido a la interdisciplinariedad del ámbito, el intérprete debe conocer el vocabulario jurídico además de la terminología médica, al igual que conocer la legislación respecto a los derechos de las mujeres inmigrantes víctimas de violencia de género. De esta manera, el intérprete podrá informar a la víctima de sus derechos al amparo de la ley.

9.3 Medicina Forense.

La valoración médico-forense del riesgo de violencia de género sirve de interés predictivo del comportamiento violento en el futuro de cara a la protección de las víctimas. Los objetivos de un médico forense son la investigación y valoración de los hechos denunciados, del posible clima violento y el riesgo de de nuevas agresiones, y la asesoría técnica en cuanto a la adopción de medidas.
La valoración médico-forense se basa en varias pruebas realizadas no solo al agresor, si no a la víctima también. Toda la información que se obtiene del agresor y de la víctima se plasma en el informe médico-forense, cuya finalidad es establecer un perfil psicológico del agresor y de la víctima, descubrir si hay personas cercanas que también se ven involucradas y aportar información sobre el riesgo y medidas necesarias para la protección de la víctima, dentro del ámbito jurídico. Dicho informe detallará las lesiones que presenta la víctima y anotará si son coherentes con la declaración tanto del agresor como de la víctima, y si desde el punto de vista médico-forense existen en la víctima secuelas físicas o psicológicas.

Estas pruebas que se realizan para escribir el informe consisten en una serie de entrevistas con el agresor y con la víctima, y exploración de ambos también, y la recogida de información médica y psiquiátrica del agresor, la salud mental del mismo, la situación sentimental y laboral de la pareja en el último año, antecedentes de otros tipos de violencia por parte de agresor, la valoración de la agresión actual, la vulnerabilidad de la víctima etc.

De la víctima se persigue averiguar la percepción subjetiva que tienen del peligro al que está expuesta, si ha retirado denuncias ya existentes anteriormente o si ha interrumpido el proceso de separación con su pareja, además de otros muchos datos para conocer su situación personal: soledad, discapacidad, dependencia etc. Todo esta información corresponde a preguntas que forman parte la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV-R) (Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010), recogida en el *Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género*, cuyo objetivo es el mismo que el del anteriormente mencionado informe médico-forense. En base a los resultados del EPV-R y a todos aquellos elementos que el médico considere relevantes y oportunos, se establecerá su juicio de valor distinguiendo entre riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo grave, entendiendo por riesgo grave la posibilidad de sufrir un episodio inminente de violencia con riesgo de lesiones o muerte para la vida de la mujer.

Para valorar un posible clima violento en el entorno doméstico de la víctima, se le harán preguntas sobre otras agresiones físicas o psicológicas que pueda haber sufrido ella u otros miembros de la unidad familiar, y sobre todo otros hechos que hayan supuesto una agresión a una persona. A la hora de valorar el riesgo de sufrir nuevas agresiones, además de la información obtenida durante la entrevista con el agresor, se tiene en cuenta todo lo referido a la víctima. Normalmente, se considerará que existe mayor riesgo de sufrir nuevas agresiones si la víctima justifica la agresión y la considera inevitable, si se siente culpable o si el agresor

consumo cualquier tipo de sustancia psicotrópica. También se tendrá muy en cuenta y se preguntará a la víctima sobre la omisión de obligaciones parentales, la violencia reiterada, la inducción a actos antisociales, situaciones de acoso y triángulos amorosos.

Entre las preguntas más frecuentas se encuentran aquellas sobre la formas y modos utilizados para agredir y el posible uso de instrumentos o armas en dichas agresiones, el contenido expreso de las amenazas formuladas mientras se producía la agresión, otros actos agresivos, posibles causas de las agresiones o la violencia, existencia de agresiones anteriores, humillaciones, sucesión de la violencia, existencia de otras víctimas, existencia de trastornos psicológicos (adiciones, delirios, ansiedad etc.), el consumo, tanto por parte del agresor como por la víctima, de alcohol o drogas etc.

Este intercambio comunicativo tendrá lugar en las consultas sanitarias o en las Unidades de Valoración Forense Integral, en las que recogerán pruebas de interés legal para su posterior análisis y examen, pudiéndose incluir fotografías. En el caso de que durante el reconocimiento físico de la víctima se produzca algún conflicto cultural, el intérprete, además de trasmitir la información lingüística, debe ser capaz de solventar esta diferencia de cultural y hacer comprender a la víctima el objetivo que tiene la realización de dicho reconocimiento.
Es importante tener en cuenta que, debido a la estrecha relación del carácter legal y judicial con la medicina forense, intervendrán en la situación comunicativa las fuerzas de seguridad, el presunto agresor e incluso familiares y testigos, a estos últimos a los cuales también se les suele entrevistar para realizar la valoración y el informe. Por ello, el intérprete debe mantener su profesionalidad ante todo y no dejar que las diferentes versiones afecten su equilibrio emocional, en el caso de que tenga que interpretar a más gente además de a la víctima.

9.4 Salud Mental

Como ya hemos visto anteriormente, las mujeres que sufren malos tratos no solo están expuestas a violencia física, si no que normalmente esta va acompañada de violencia psicológica a través de insultos, humillaciones, amenazas, limitación de la libertad, intimidación, exigencia de sumisión y obediencia, aislamiento social etc. Con el fin de conseguir el control, el agresor mina la autoestima de la víctima, en un proceso constante de desvalorización y sufrimiento. Esto daña la salud mental de la mujer, atenta contra su integridad psíquica y su bienestar emocional, y contra su dignidad como persona.
Las consecuencias que la violencia de género puede causar en la salud mental de las mujeres son múltiples y devastadoras: trastorno de estrés postraumático (TEP), depresión, ansiedad, trastorno de pánico y fobias, trastorno de la alimentación y sueño, disfunción sexual, trastornos psicosomáticos, baja autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa etc. Esta violencia psicológica puede incluso agravar enfermedades físicas, o llevar a la víctima al suicidio.
Los problemas más comunes a nivel psicológico causados por la violencia de género son la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Existen diferentes signos que indican que una persona sufre estrés, y a la vez existen diferentes tipos de estrés.
En cuanto a los signos del estrés, se dividen en varias categorías:

- Alteraciones del afecto: tristeza patológica; sentimiento de inutilidad, de incapacidad y de poco valor personal por parte de la mujer, lo cual suele ir acompañado de

autoreproches y de sentimiento de culpabilidad; ansiedad.

- Alteraciones del pensamiento: obsesiones, ideas derrotistas, pensamientos suicidas.
- Alteraciones de la conducta: desgano, apatía, disminución de la energía, cansancio injustificado.
- Alteraciones de las funciones vitales: alteraciones del sueño, disminución del apetito.
- Alteraciones somáticas: aparición de dolores inexplicables en diversas partes de cuerpo.

Y en cuanto a los tipos de estrés, existen tres variantes:

- Depresión leve: aparecen al menos dos de los siguientes síntomas: 1) ánimo depresivo, 2) pérdida de interés, 3) pérdida de la capacidad de disfrutar y 4) aumento de la sensación de fatiga, pero ninguno está presente en un grado intenso. Además, aparecen al menos dos de los signos mencionados anteriormente. La mujer tiene dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, pero no las abandona por completo.
- Depresión moderada: aparecen un mínimo de seis síntomas, al menos tres de los síntomas de la depresión leve y cuatro de los signos mencionados anteriormente. Algunos de los síntomas pueden presentar un grado intenso. La mujer tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades laborales y/o domésticas y sociales.
- Depresión grave: aparecen todos los síntomas mencionados en la depresión leve y al menos cuatro de los signos anteriormente mencionados, los cuales se presentan en un grado intenso. En este tipo de depresión suelen ser muy frecuentes la pérdida de estimación hacia sí misma, los sentimientos de inutilidad o de culpabilidad, y el riesgo de suicidio. La mujer no puede seguir con sus actividades laborales y/o domésticas y sociales.

En caso de que el personal sanitario sospeche de que la víctima sufre malos tratos, el personal especializado en salud mental tiene determinados métodos para saber si la víctima sufre violencia de género y ha sufrido daños psicológicos y en qué medida.
En España, por ejemplo, en algunas Comunidades Autónomas, como en la Comunidad de Murcia, se usa una técnica desarrollada por un grupo de trabajo de violencia familiar en Filadelfia llamado **RADAR** (**R**ecogida de datos en salud mental, **A**bordar con preguntas directas, **D**iagnóstico confirmatorio, **A**nalizar la seguridad y el riesgo, **R**espuesta sanitaria y social).

- La fase de Recogida de datos en salud mental se realiza en todos los casos. En cualquiera de ellos, el siguiente paso es el Abordar con preguntas directas, excepto que la mujer reconociera el maltrato y contara abiertamente sus experiencias, en cuyo caso se pasaría directamente al Diagnóstico confirmatorio.
- En la fase de Abordar con Preguntas, se realiza una serie de preguntas de cribado universal rutinario a la mujer, normalmente realizadas por el personal de enfermería. Desde enfermería desarrollarán estrategias de cribado y realizarán las preguntas según las necesidades de las mujeres, considerando las diferencias basadas en la etnia, clase, creencias religiosas, edad y orientación sexual. Si el cribado de preguntas es positivo, se anota en el historial clínico de la mujer, se comunica al profesional que va a hacerse cargo del caso y se pasa a la siguiente fase. Si el cribado es negativo, normalmente, se da por concluida la prueba de RADAR.
- En la fase del Diagnóstico, una vez se ha confirmado el cribado, se profundizará en el diagnóstico confirmatorio realizando una entrevista personal a la mujer, para así valorar el tipo de violencia que sufre.

- En la fase de Analizar la seguridad y el riesgo, una vez confirmada la existencia de malos tratos, se valorará la seguridad de la mujer y se evaluará el riesgo de agresión y/u homicidio hacia ella, sus hijos o cualquier persona dependiente a su cargo, así como el riesgo de suicidio de la propia mujer.
- En la fase de Respuesta sanitaria y social, si se confirma que la mujer ha sufrido violencia de género, se le proporcionará información sobre las alternativas terapéuticas disponibles en los servicios de Salud Mental. En estos servicios de Salud Mental se determinará el diagnóstico psicopatológico derivado y, posteriormente, se elaborará un plan terapéutico adaptado a las necesidades y a la situación de la mujer.

En otros países, para valorar la posibilidad y el grado en que una mujer puede presentar trastornos de salud mental, se utiliza el cuestionario SRQ, el cual es un instrumento sistematizado por la Organización Mundial de la Salud, con altos niveles de confiabilidad y validez. Este cuestionario está principalmente orientado a los servicios de atención primaria.

Este cuestionario está basado en 28 preguntas divididas por temáticas. Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos leves o de intensidad moderada, como pueden ser los trastornos depresivos, la ansiedad, la angustia etc. Nueve o más respuestas positivas en este grupo indican que la entrevistada tiene una alta probabilidad de sufrir una enfermedad mental. Las preguntas de la 19 a la 28 serán rellenadas por el personal de salud mental. Las preguntas de la 19 a la 22 indican trastornos psicóticos, y la pregunta 23 indica la posibilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas de la 24 a la 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol. Una sola respuesta positiva en este grupo indica que la mujer tiene un alto riesgo de sufrir alcoholismo.

A continuación, vemos un ejemplo de dicha cuestionario SRQ:

FIGURA 5

Fecha Entrevistador/a:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL/LA PACIENTE:

Nombre:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: Mujer Varón

Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....

.....

.....

1.	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO	☐
2.	¿Tiene mal apetito?	SI	NO	☐
3.	¿Duerme mal?	SI	NO	☐
4.	¿Se asusta con facilidad?	SÍ	NO	☐
5.	¿Sufre temblor en las manos?	SÍ	NO	☐
6.	¿Se siente nervioso/a o tenso/a?	SÍ	NO	☐
7.	¿Sufre de mala digestión?	SÍ	NO	☐
8.	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO	☐
9.	¿Se siente triste?	SI	NO	☐
10.	¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO	☐

11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SÍ	NO	☐
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SÍ	NO	☐
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?	SÍ	NO	☐
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SÍ	NO	☐
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	SÍ	NO	☐
16.	¿Se siente aburrido/a?	SÍ	NO	☐
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SÍ	NO	☐
18.	¿Se siente cansado/a todo el tiempo?	SÍ	NO	☐

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18: ☐

19.	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SÍ	NO	☐
20.	¿Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SÍ	NO	☐
21.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SÍ	NO	☐
22.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SÍ	NO	☐
23.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SÍ	NO	☐
24.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	SÍ	NO	☐
25.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	SÍ	NO	☐
26	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?	SÍ	NO	☐
27.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SÍ	NO	☐
28.	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	SÍ	NO	☐

En esta etapa de detección de la violencia de género mediante entrevistas, preguntas y cuestionarios es muy importante que el intérprete tenga una noción sobre la temática de las preguntas y conozca a la perfección la terminología usada en el ámbito de la salud mental. De los conocimientos previos del intérprete y de su preparación y formación puede depender que la víctima tenga un diagnóstico y un tratamiento adecuado. También, al igual que en los demás ámbitos y situaciones en el área sanitaria, es muy importante que el intérprete sea fiel y preciso.

Una vez realizadas las pruebas oportunas y diagnosticado el caso de violencia de género, hay que llevar a cabo un plan de actuación. Hay que llevar a cabo tareas de apoyo emocional, a través de orientación y asesoría. En este abordaje terapéutico, el especialista tiene que animar a la víctima a desahogarse y contar sus experiencias traumáticas, adoptará una escucha activa y le hará comprender que no es su culpa, que no tiene la necesidad de pasar por una situación así ya que no es algo normal, que no está sola y que es algo que le pasa a muchas mujeres. Tratará también los sentimientos de culpa, autoengaño, tristeza, vergüenza y la desconfianza

generalizada, frecuentes en los casos de violencia de género casos. Por último, la apoyará y animará para que rehaga su vida, tenga una mayor autonomía, busque un trabajo y vuelva a retomar su vida social y mantenga los cambios hechos progresivamente en su nueva vida. Todo esto se hará en un determinado número de sesiones terapéuticas previamente fijadas.

En esta fase, el intérprete además de conocer el tema y dominar la terminología, debe prestar mucha atención al lenguaje no verbal de la víctima y saber el significado en su cultura de todos los posibles gestos que pueda hacer, ya que de este puede depender mucho un buen diagnóstico del estado de la salud mental de la misma, y de esta manera saber cuál es el mejor tratamiento para ayudarla. Por supuesto, no solo que conozca los gestos y el lenguaje no verbal, si no que tenga un conocimiento general de la cultura de la víctima para evitar posible malentendidos que lleven también a un diagnóstico erróneo. Además, los profesionales de salud mental escucharán atentamente todo lo que la víctima les cuente de sus experiencias traumáticas y tendrán una actitud de empatía y comprensión hacia ella, algo que el intérprete tiene que saber transmitir también.

9.5 Dificultades específicas.

El trabajo del intérprete en los casos de violencia de género tiene una serie de dificultades añadidas, derivadas del contexto lingüístico en el que se desarrolla la interpretación. Es posible que el intérprete que trabaja en el ámbito sanitario se enfrente a tareas involucradas con casos de víctimas de violencia de género y no esté preparado para abordar tal situación o no conozca de antemano este tema, al igual que pasa con algunos profesionales médicos. Es muy importante y necesario que el intérprete esté preparado y tenga una noción del tema que trata para adecuar las estrategias comunicativas y de traslado de la información a la situación.

Tal y como alega el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género:* “Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados. También y además, como medida para garantizar su seguridad” (página 78).

La única manera en que las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género que no hablen nuestro idioma pueden recibir esta información es, la mayoría de las veces, a través de un intérprete que sea capaz de transmitirles el mensaje en su lengua. Por lo tanto, el papel del intérprete es crucial, no solo para informar a la víctima sobre todo lo anteriormente mencionado, sino también para trasladar a los profesionales del sector sanitario y del resto de los sectores la visualización del problema a través de la recogida del testimonio de la víctima, el cual debe ser muy riguroso y evitar imprecisiones que puedan alterar los hechos, luchando de esta manera no solo con las barreras lingüísticas, sino también con las barreras culturales que pueda haber. De esta manera, el intérprete es también una pieza clave para garantizar los derechos de autonomía de las víctimas extranjeras que no hablan el idioma del país.
Al conocido principio de confidencialidad hay que sumar los principios médicos de beneficencia (velar por la vida y la salud de la paciente) y no de maleficencia (evitar perjuicios y minimizar daños). El intérprete debe integrarse en esta situación en el equipo multidisciplinar que atiende a la paciente para proporcionar así una atención integral. Es

importante también destacar la importancia de que el intérprete desarrolle tácticas de autoconciencia y autocuidado para disminuir el impacto emocional provocado por la situación de la víctima de violencia de género, de manera que afecte en la menor medida posible al desarrollo de su trabajo.

Es necesario que las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género tengan acceso a documentos relevantes a su caso en su propia lengua, como el parte de lesiones, el informe médico o los consentimientos informados que deben firmar previamente a la atención de un forense. Es imprescindible trasladar a la paciente el contenido del parte de lesiones, del informe médico y del consentimiento informado, bien como traducción a la vista, o bien como traducción escrita. En cualquier caso, la paciente recibirá una copia de estos documentos redactados en la lengua de origen. Es recomendable que, además de la traducción a la vista de estos documentos en consulta (o la interpretación tras la lectura de los documentos por parte del personal sanitario), se proporcione a la paciente una traducción hacia su lengua de los mismos por escrito.

Aquí podemos ver como es un modelo de parte de lesiones e informe médico, extraído del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012):

FIGURA 6

Modelo de parte de lesiones e informe médico

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:

Relación de parentesco/vínculo con la mujer (pareja - ex pareja – padre – hijo – hermano - desconocido):
Nombre y apellidos:
Dirección y/o teléfono:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA MUJER:

Nombre y Apellidos:

DNI/NIE/PASAPORTE:

Fecha de nacimiento, Edad:

Estado Civil:

Dirección, Municipio (código postal):
Teléfono:

OTROS DATOS RELATIVOS A LA MUJER

Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:

Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades:

Si tiene personas dependientes a su cargo:

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

Centro Sanitario:
Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:
País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:

Tipo de violencia ejercida:
Uso de objetos en la agresión:
Estado psíquico y emocional: *(Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer).* El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva… Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.
Lesiones físicas que presenta: Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data ó posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías

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

OTROS DATOS CLÍNICOS
Pruebas complementarias realizadas:
Medidas terapéuticas *(incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales,tratamiento quirúrgico, etc.):*
Pronóstico clínico:

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:
En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer. Además, se recogerán:

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

Fecha /hora de la atención:

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

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

ANTECEDENTES
Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación):
Agresión puntual, primera vez ó reiteración de malos tratos:
Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
Otras personas que ha sufrido malos tratos en el mismo incidente ó en otras ocasiones *(Si la mujer tiene hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente)*
Testigos: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo:

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

OTROS DATOS
Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:
Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo.
Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer.
Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

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

El personal sanitario leerá al paciente todo lo estipulado en este documento antes de facilitarle la redacción definitiva del mismo. Además, se le explicará a la paciente el itinerario que seguirá este parte de lesiones e informe médico. Primero, estos serán enviados al Juzgado de Guardia, donde se registrarán. El Decanato de los Juzgados decidirá qué juzgado se ocupará del caso. El juez pertinente iniciará el proceso penal y dispondrá las diligencias de la investigación y las medidas de protección para la víctima. En el caso de haber solicitado una orden de protección, la víctima será llamada a declarar dentro de un plazo de 72 horas. También se llamará a declarar al presunto agresor y, si se acuerda que existe peligro para la

víctima, este será detenido. Si la mujer no declara o no confirma los hechos, el juez podrá archivar el caso o instruir el procedimiento que considere oportuno si hay sospechas congruentes de violencia de género y de ocultamiento por parte de la mujer. Si se confirman las sospechas, se continuará con el procedimiento y se podrá disponer una orden de protección con medidas penales y civiles, celebrar un juicio y dictaminar sentencia.

10. Resultados de las encuestas

Speak out for Support (SOSVICS), del cual hemos hablado anteriormente y para el cual vamos a realizar una guía para el intérprete, es un proyecto piloto en España y en Europa cuyo fin es la formación de intérpretes profesionales para el trabajo con mujeres extranjeras que son víctimas de violencia de género. SOSVICS está formado por nueve universidades españolas: la Universidad de La Laguna, la Universidad de Alicante, la Universidad de Vigo, la Universidad de Granada, la Universidad de Alcalá, la Universitat de Vic, la Universitat Jaume I, la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Salamanca. También colaboran con el proyecto varias asociaciones, como la Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales (APTIJ), la Fundación Academia Europea de Yuste, la Fundación Ana Bella, la Unidad orgánica de violencia de género del Cabildo de Tenerife, la Asociación Mercedes Machado, la *Rede de Mulleres Veciñais contra os Malos Tratos de Vigo*, el Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA), junto con la Magistrada de Violencia sobre la Mujer de Vigo, Paz Filgueira , y la Fiscala Marisa Bargés.
Todos los datos oficiales de SOSVICS que vamos a presentar y a analizar a continuación fueron presentados el 3 de abril en la 5ª Conferencia Internacional sobre Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos, celebrada en la Universidad de Alcalá.
La razón por la cual se inició este proyecto fue que, según encuestas realizadas y datos oficiales obtenidos en España en los últimos años, la prevalencia de la violencia de género entre las mujeres extranjeras duplica la de las mujeres españolas. A los trabajadores que normalmente tratan con víctimas de violencia de género, como los médicos, psicólogos, abogados, policías, trabajadores sociales etc., los forman para tratar este tipo de casos, pero ningún intérprete recibe información al respecto, ni hay ningún protocolo o manual que hable de cómo deben trabajar los intérpretes con las víctimas.
La falta de intérpretes especializados y formados en violencia de género puede derivar en varios problemas, entre ellos que la atención a las víctimas de violencia de género llega con dificultad a la población extranjera, o que cuando consiguen llegar a los servicios que les brinda el Estado y se les proporciona la ayuda de intérpretes, estos normalmente no son profesionales, lo cual puede conllevar a una comunicación inapropiada, inexacta e ineficaz, a la vulneración y desprotección de los derechos de las víctimas asistidas, a la ausencia de garantías en la interpretación y a la desconfianza por parte de las víctimas hacia los servicios.

Los objetivos principales de este proyecto son dos: crear recursos de formación para intérpretes en el ámbito específico de la violencia de género (es un ámbito que presenta características contextuales diferentes de cualquier otra situación de mediación lingüística) y contribuir a la concienciación y sensibilización de todas las partes implicadas sobre la necesidad de contar con profesionales formados en las interacciones mediadas por intérpretes.

Entre otras actividades, SOSVICS realizó una serie de cuestionarios dirigidos a profesionales

especialistas en violencia de género que hubieran atendido a víctimas que no hablasen ni español ni ninguna de las lenguas cooficiales. El contenido de estos cuestionarios eran preguntas sobre las barreras de comunicación, las experiencias previas con intérpretes y la formación de estos. Estas encuestas fueron enviadas a personal del ámbito judicial, del ámbito policial, del ámbito sanitario y del ámbito asistencial (Servicios Sociales, ONGs, redes de casas de acogida, asociaciones, Centros de Información a la mujer etc.).

Se recibieron 602 encuestas, de las cuales se analizaron 586. De todas estas, 73 (12,5%) eran encuestas realizadas por personal sanitario.
En cuanto a la experiencia de los profesionales de interpretación en casos de violencia de género, según las encuestas lo que más valoran los proveedores de servicios de los intérpretes es el conocimiento de los hábitos comunicativos (más de un 60%), seguido de una noción psicológica de la violencia de género, el conocimiento de los recursos sociales, conocimientos jurídicos, manejo de herramientas de TAO y, por último, conocimiento de idiomas, con un 12,24%. Los idiomas más solicitados, según los encuestados, son el árabe, rumano, portugués, inglés y búlgaro, seguidos en menor medida por el alemán, chino, italiano y francés.

En cuanto a la atención a las víctimas extranjeras de violencia de género y a sus necesidades, un 26,12% no hablaba el idioma con fluidez, un 36,12% esperaban ser consoladas, el 25,92% estaban cohibidas y no se atrevían a hablar, y en el 12,24% de los casos era otra persona la que hablaba por ellas. En cuanto al modo de comunicación con la víctima de violencia de género, la mayoría se comunicaba a través de un acompañante de la víctima (más de un 35%), un 35% a través de una persona externa, casi un 30% a través de un compañero de trabajo, casi un 15% a través de gestos, aproximadamente un 7,5% a través de software multilingües, y aproximadamente un 12,5% a través de otros medios.

Sobre las consideraciones con los intérpretes, un 86,46% de los encuestados informan a los intérpretes sobre las características del encuentro, un 90,61% informan a la víctima sobre la función del intérprete, un 29,28% piden a los intérpretes que resuman, un 23,76% dejan solo al intérprete con la víctima en algún momento, y aproximadamente el 50% interrumpe al intérprete mientras este realiza su trabajo.

En cuanto a los problemas con los intérpretes, los encuestados se quejan del desconocimiento de la terminología, de que el intérprete mantiene conversaciones con la víctima que no traduce, y de la falta de disponibilidad de intérpretes de determinadas lenguas. Sobre el papel del intérprete, no suele haber quejas. Tras el encuentro, el 50% de los proveedores de servicios le piden otras tareas al intérprete, como el acompañamiento de la víctima o acciones para trámites.

En cuanto a los conocimientos básicos de los intérpretes, el 21,56% de los encuestados declaran que el intérprete tiene conocimientos jurídicos, el 18,41% que poseen conocimientos sobre la violencia de género, el 18,17% que poseen conocimientos de idiomas y de la terminología en general, el 17,61% tiene conocimientos en psicología, y el 2,14% tiene conocimiento en el ámbito policial.

De acuerdo con la opinión de los proveedores de servicios encuestados en cuanto al tema de las habilidades básicas que un intérprete debe poseer, más del 50% declara que debe tener empatía, el 19,62% destaca la habilidad de la comunicación, seguido en orden de mayor a

menor porcentaje por saber escuchar, ser paciente, tener sensibilidad, el respeto, la comprensión, ser imparcial, ser asertivo, la objetividad, la discreción, ser profesional, no juzgar y ser amable.

A raíz de estas encuestas, los principales problemas que se encontraron fueron tres: problemas lingüísticos y culturales, el uso de intérpretes sin formación específica (intérpretes *ad hoc*) y la falta de conocimiento de la labor de los traductores e intérpretes.

También se realizó una encuesta a intérpretes profesionales con el objetivo de identificar las materias y contenidos prioritarios en la formación de intérpretes especializados en violencia de género, analizar las dificultades que se detectan en la formación de los intérpretes en este ámbito profesional y para diseñar estrategias que ayuden a mejorar y adecuar dicha formación. De las 56 encuestas que se mandaron, recibieron 27 respuestas.

Sobre los datos de los intérpretes encuestados, 22 eran mujeres y 5 hombres. La media de años de experiencia como intérprete profesional era 8,9. En cuanto a la situación laboral, 9 de ellos eran intérpretes en plantilla y 18 eran *freelance*. Sobre el ámbito de especialidad, 7 de ellos eran del ámbito social y sanitario, 11 de ámbito judicial y policial, 8 de ambos ámbitos, y 1 respuesta sin contestación. 20 de ellos tenían formación en traducción e interpretación y 7 restantes no tenían formación en el área.

El cuestionario consistía en tres preguntas abiertas sobre los contenidos y materias que ellos consideraban importantes para la formación de intérpretes en el ámbito específico de la violencia de género, las barreras, obstáculos o dificultades que se oponen a la formación de estos intérpretes y las estrategias que consideran más adecuadas para dicha formación.

Los resultados mostraron que los contenidos y materiales que los intérpretes consideran más importantes para la formación en el ámbito de la violencia de género son los contenidos sobre la propia interpretación, los contenidos sobre psicología y los conocimientos culturales. También, en menor medida, daban importancia a los contenidos sobre derecho, derecho, igualdad de género, violencia de género, sobre la policía, el tráfico y la trata de personas y sobre canales de apoyo institucional. En cuanto a los obstáculos que se oponen a la formación de intérpretes en dicho ámbito, destacan los obstáculos relacionados con contenidos de formación, los excesivos costes, otros obstáculos de formación y de la profesión, además de la accesibilidad a dicha formación.

Por todo ello, el proyecto SOSVICS va a poner en marcha contenidos, como manuales y guías, para formar a los intérpretes en el ámbito específico de la violencia de género, va a intentar facilitar el acceso a la formación y conseguir facilidades por parte de las instituciones públicas, y va a crear materiales como glosarios, *role plays* y otras estrategias que ayuden a estos intérpretes a completar la formación requerida en el campo de la violencia de género.

En este sentido, mi colaboración para el proyecto *Speak out for support* (SOSVICS) va a ser la creación (junto con el resto de los colaboradores del proyecto) de una guía para el intérprete que trabaja en el ámbito sanitario con casos de violencia de género, utilizando como base los resultados de las encuestas anteriores.

11. Guía para la interpretación en el ámbito sanitario en casos de violencia de género.

Hemos visto en los apartados anteriores la necesidad que tienen las mujeres extranjeras que no hablan nuestro idioma y que sufren violencia de género de poder comunicarse, contar su problema, recibir ayuda y salir del infierno en el que viven. Para poder ayudarlas, que no estén en situación de vulnerabilidad y se respeten sus derechos, es esencial contar con un intérprete o mediador lingüístico y cultural con formación, que esté especializado en este tipo de casos, conozca la terminología y todos los tipos de situaciones que se pueden dar en este contexto, y sepa comportarse y realizar su trabajo de manera profesional.
Para ello, el objetivo es realizar una guía para los intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario en casos de violencia de género, para proporcionarles así unas pautas de comportamiento y una terminología útil y prepararles para el tipo de situaciones a las que posiblemente tengan que enfrentarse, para que de esta manera estén preparados para todo y realicen su trabajo con la mayor eficacia y precisión posible.

11.1 Preguntas típicas para la interpretación en casos de violencia de género.

En los casos en los que se trabaja como intérprete de mujeres que sufren violencia de género, como hemos visto anteriormente, es muy importante saber interpretar de manera correcta y precisa todas las preguntas que le se hacen a la víctima para la detección y intervención en el problema.
Es muy importante el estilo de preguntas que el personal sanitario formula para conseguir una comunicación eficaz y para descubrir cuál es la raíz del problema, en este caso, la violencia de género en mujeres que lo ocultan o no son conscientes de su problema. Cambridge afirma que <<*the patient may well present symptoms unrelated to the real problems, and the diagnostic skill of the doctor relies heavily on skilful questioning*>> [es posible que el paciente presente síntomas que no estén relacionados con el problema real, y la habilidad del médico para diagnosticar depende en gran medida de su habilidad para preguntar] (1999:201). Cordella menciona que <<*the way in which the question is presented, therefore, can pre-determine the reply*>> [la manera en la que se formula la pregunta puede, por tanto, predeterminar la respuesta] (2004:32).
Según la fase, el tipo de violencia que sufra la mujer y el tipo de contexto en el que se produzca la comunicación (atención primaria, urgencias etc.), las preguntas varían.
En este caso, haremos un repaso de las preguntas más frecuentas en cada ámbito de especialización y realizaremos una traducción equivalente en inglés, mi lengua principal de trabajo.

FASE: <u>DETECCIÓN</u>. INDICADORES DE SOSPECHA
(Ejemplos de preguntas ante sospecha de malos tratos)

➢ <u>En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente.</u>

- ¿Cómo van las cosas en casa?

(*How is everything going at home?*)

- ¿Le gusta como la tratan en casa?

(*Do you like how you are treated at home?*)

- ¿Siente que no le tratan bien en casa?

(*Do you feel like you are treated well at home?*)

- ¿Está usted contenta con la relación con su pareja y sus familiares?

(*Are you happy about the relationship you have with your partner and your family?*)

- ¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene, ¿cómo lo manejan?

(*Do you have any conflict with your partner? If you do, how do you handle it?*)

- ¿Se encuentra actualmente en algún proceso de separación o divorcio?

(*Are you in the middle of a breakup or divorce currently?*)

- ¿Está viviendo alguna situación problemática? ¿Se siente intranquila, preocupada o triste?

(*Are you experiencing any problematic situation? Do you feel restless, worried or sad?*)

- ¿Colabora su pareja en las tareas del hogar?

(*Does your partner cooperate with the housework?*)

- ¿A qué cree que se debe su malestar o problema de salud?

(*What do you think you physical discomfort or health problem is due to?*)

- ¿Calificaría como satisfactorias sus relaciones afectivas y sexuales?

(*Would you describe your affective and sexual relationships as satisfactory?*)

- En muchas ocasiones las mujeres con este tipo de problemas suelen estar recibiendo algún tipo de maltrato, ¿es este su caso?

(O*n many occasions, women with this kind of problems are suffering from some type of abuse, is that your case?*)

- ¿Alguna vez ha experimentado en su vida una relación violenta?

(*Have you ever experienced any violent relationship in your life?*)

- En los últimos 12 meses, ¿la relación con su novio, esposo, compañero o última pareja es o ha sido violenta?

(*In the last 12 months, has the relationship with your boyfriend, husband, partner or ex-boyfriend been violent or still is violent?*)

➢ <u>En el caso de sospecha por lesiones físicas</u>

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte o puñetazo, ¿es eso lo que ha ocurrido?

(*This injury is normally the result of a shove, blow, cut or punch. Is that what happened?*)

- ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted? ¿Cómo? ¿Desde cuándo?

(*Does your partner or any other person use force against you? How? Since when?*)

- ¿Ha sufrido alguna agresión? ¿Qué ocurrió? ¿En algún momento se ha utilizado un arma contra usted?

(*Have you ever suffered from an assault? What happened? Has a weapon been used against you at any moment?*)

- En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?

(In many cases, the kind of problems that you present with (scars, former or current fractures,

haematoma, miscarriages...) are due to some type of violence that the woman is suffering, is that your case?)

➢ <u>En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados</u>

- Me gustaría conocer su opinión sobre los síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía). ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se debe? ¿Los relaciona con algo?
(I would like to know your opinion about the symptoms you told me about (anxiety, nervousness, sadness, apathy). Since when have you felt like that? What do you think it is the cause? Can you relate it with anything?)
- ¿Tiene algún problema con su pareja, algún familiar, sus hijos o hijas, o quizá con alguien del trabajo?
(Do you have any problem with your partner, any relatives, your children, or perhaps someone at work?)
- ¿Qué opina su marido o pareja de lo que le pasa? ¿Con qué lo relaciona él?
(What does your husband or partner think about what is happening with you? Does he relate it with anything?)
- ¿Qué opina su familia sobre su malestar?
(What does your family think about your physical discomfort?)
- Parece como si se encontrara alerta o asustada ¿qué teme?
(You look as though you were alert or scared. What are you afraid of?)
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué se lo impide?
(Do you have any difficulty meeting your friends or family? What stops you from doing this?)

➢ <u>En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad</u>

- Durante el embarazo a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja, ¿se encuentra usted en esta situación?
(During pregnancy, sometimes problems or conflicts with the partner get worse. Are you in this kind of situation?)
- ¿Cómo vive su pareja el embarazo? ¿Se siente apoyada?
(What is your partner´s experience of the pregnancy? Do you feel he is supporting you?)
- Se ha visto que al estar lejos del país los problemas de pareja pueden aumentar, ¿cómo va su relación? ¿Se siente sola?
(It is well known that sometimes when you are far away from your country problems between the couple increase. How is your relationship going? Do you feel lonely?)
- A veces cuando se va a vivir a un país nuevo es difícil encontrar trabajo y se desarrolla cierta dependencia de la pareja, ¿es ese su caso?
(Sometimes when you are going to live to another country it is difficult to find a job and you can develop a certain dependence on your partner. Is that your case?)

FASE: VALORACIÓN

(Ejemplos de preguntas para valorar la situación y el tipo de violencia que está sufriendo la mujer)

➢ <u>Violencia Física</u>

- ¿Su pareja la empuja o agarra?

(Does your partner shove you or grab you?)

- ¿Su pareja la golpea, le da bofetadas, patadas, la empuja, intenta estrangularla o cualquier otra agresión?

(Does your partner hit you, slap you, kick you, shove you, try to strangle you or any other kind of assault?)

- ¿Destruye propiedad personal o arroja cosas por todas partes?

(Does your partner destroy your personal belongings or throw things everywhere?)

- ¿Golpea o lanza cosas contra usted e, intencionadamente, no acierta para atemorizarla?

(Does your partner hit or throw things at you and intentionally miss just to intimidate you?)

- ¿Le impide tomar medicinas o conseguir atención médica? ¿Le niega el acceso a la comida, a la bebida o le impide dormir?

(Does your partner prohibit you from taking medicines or receiving health care? Does he deny you food, drinks or stop you from sleeping?)

➢ Violencia sexual

- ¿La presiona u obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no quiere?

(Does your partner pressure or force you to have sex when you don't want to?)

- ¿La presiona u obliga para realizar actos sexuales que usted no desea y le hacen sentir humillada?

(Does your partner pressure or force you to make sexual acts that you don't want to and which make you feel humiliated?)

- ¿La presiona u obliga a tener actividad sexual con otras personas, animales u objetos o a ser observada?

(Does your partner pressure or force you to have sex with other people, animals or objects or to be observed while you are doing it?)

- ¿La obliga a continuar el acto sexual aún cuando usted dice que ya no quiere continuar?

(Does your partner force you to carry on having sexual intercourse even when you say that you don't want to?)

- ¿La acusa de tener amantes y la insulta si usted introduce una variación en la actividad sexual habitual?

(Does your partner accused you of having lovers and insult you if you introduce a variation into the usual sexual activity?)

- ¿Se niega a usar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar?

(Does your partner refuse to use condom or does he impede or control the type of birth control you want to use?)

➢ Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?

(Does your partner shout at you frequently or talk to you authoritatively?)

- ¿Se pone celoso sin motivo?

(Does your partner become jealous for no reason?)

- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?

(Does your partner stop or hinder you from meeting your family or friends?)

- ¿Le culpa de todo lo que sucede?

(Does your partner blame you for everything that happens?)

- ¿La amenaza con quitarle a sus hijos o hijas si le abandona?

(Does your partner threaten to take away your children if you leave him?)

- ¿Ignora sus sentimientos o su presencia?

(Does your partner ignore you or your feelings?)

- ¿La amenaza con denunciarla a las autoridades (la policía, los tribunales o los servicios de protección infantil) por algo que usted no hizo?

(Does your partner threaten to report you to the authorities (the police, the courts or the child protection services) for something that you didn't do?)

- ¿Amenaza con hacerle daño o quitarle a los niños?

(Does your partner threaten to hurt you or take away your children?)

- ¿Amenaza con dañar a sus familiares, amistades o, incluso, animales domésticos?

(Does your partner threaten to hurt your family, friends or even your pets?)

- ¿La atemoriza por medio de miradas, actos o gestos?

(Does your partner intimidate you through glances, acts or gestures?)

- ¿Exhibe armas para atemorizarla, o directamente la amenaza con las armas?

(Does your partner show you weapons to scare you, or directly threaten you with them?)

- ¿Emplea el enfado o el "mal genio"- o el anuncio de que se enojará y de que usted ya sabe lo que ocurre- para lograr que usted haga lo que el quiere?

(Does your partner use irritation or bad temper- or warn that he will get angry and that you know what will happen then- to get you to do what he wants?)

- ¿La amenaza con revelar detalles de su vida íntima a sus amigos, familiares o empleador/a?

(Does your partner threaten to reveal details of your personal life to your friends, family or employer?)

- ¿La amenaza con denunciarla como inmigrante ilegal? (si es el caso))

(Does your partner threaten to report you as illegal immigrant? (if that is the case))

- ¿La amenaza con hacerla encerrar en un hospital psiquiátrico?

(Does your partner threaten to lock you up in a mental hospital?)

- ¿Le dice que no será capaz de sobrevivir usted (ni sus hijos) si le abandona y que si lo hace no la dejará en paz?

(Does your partner tell you that you (neither your children) won't survive if you leave him and that if you do, he won't leave you in peace?)

- ¿Recibe llamadas telefónicas de su pareja incluso cuando están separados?

(Do you receive phone calls from your partner even when you are separated?)

- ¿Posee un comportamiento violento fuera del hogar?

(Does your partner have a violent behaviour outside of your home?)

- ¿Presenta trastornos paranoides, celos extremos o control excesivo sobre las actividades que realiza?

(Does your partner present paranoid disorders, extreme jealousy or excessive control over the activities you do?)

- ¿Alguna vez ha amenazado con matarla a usted y a sus seres queridos y suicidarse después?

(Has your partner ever threatened to kill you and your loved ones and then commit suicide?)

- *Maltrato psicológico orientado a la dependencia emocional*

- ¿La insulta, le grita, la menosprecia, hace comentarios racistas, sexistas u homófobos sobre usted, su familia de origen, o de modo genérico para que se sienta ofendida?

(Does your partner insult you, shout at you, look down on you, make racist, sexist or homophobic comments about you or your family of origin, or in a generic way in order to offend you?)

- ¿Constantemente la critica o la menosprecia a usted y a su capacidad como esposa, pareja, trabajadora o madre?

(Does your partner continuously criticise you or look down on you and your ability as wife, partner, worker or mother?)

- ¿Se comporta de una manera muy protectora o se vuelve extremadamente celoso?

(Does your partner behave in a very protective way or become extremely jealous?)

- ¿Le pone trabas para que vea a sus familiares o amistades, o habla mal de su familia y amistades?

(Does your partner obstruct you from meeting your family or friends, or speak badly about your family and friends?)

- ¿Le impide ir donde quiera, cuando quiera y con quien quiera?

(Does your partner impede you from going wherever you want, whenever you want and with whoever you want?)

- ¿La humilla o avergüenza frente a otras personas?

(Does your partner humiliate or embarrass you in front of other people?)

- ¿Cuestiona su apariencia física diciéndole que es fea o poco atractiva?

(Does your partner question your physical appearance telling you that you are ugly or unattractive?)

- ¿Le asegura que nadie más la amará?

(Does your partner assure you that nobody else will love you?)

- ¿Le repite que usted no sería nada de no ser por él?

(Does your partner tell you repeatedly that you wouldn't be anything if it wasn't for him?)

- *Maltrato psicológico orientado a la dependencia económica*

- ¿Le niega el acceso a los bienes de la familia, como las cuentas bancarias, las tarjetas de crédito o el automóvil?

(Does your partner deny you access to the family assets, bank accounts, credit cards or car?)

- ¿Le impide abrir una cuenta bancaria personal?

(Does your partner impede you from opening your own bank account?)

- ¿Controla todas las finanzas, le obliga a rendir cuentas de lo que gasta, o toma o pide su dinero por la fuerza o con excusas?

(Does your partner control all the finances, make you give an explanation about the money you spend, take or ask for your money by force or with excuses?)

- ¿Le impide obtener o mantener un trabajo o estudiar?

(Does your partner impede you from getting or maintaining a job or studying?)

- ¿Le limita el acceso a la atención médica?

(Does your partner restrict you access to health care?)

- *Chantaje emocional orientado al control psicológico*

- ¿La amenaza con suicidarse?

(Does your partner threaten to commit suicide?)

- ¿La culpabiliza de exponer a los niños a escenas de peleas y violencia?

(Does your partner blame you for exposing the children to fight and scenes of violence?)

- ¿Le dice que la ama y que por eso pierde el control?

(Does your partner tell you that he loves you and that's why he loses control?)

- ¿La acusa de no darle suficiente atención, amor o sexo y con eso justifica sus conductas agresivas?

(Does your partner accuse you of not giving him enough attention, love or sex and with that he justifies his aggressive behaviour?)

- ¿Deja de hablarle o de relacionarse afectiva/sexualmente con usted para castigarla?

(Does your partner stop talking or having affective/sexual relationships with you just to punish you?)

- ¿La amenaza con abandonarla o buscar una amante?

(Does your partner threaten to leave you and look for a lover?)

- <u>Violencia ambiental</u>

- ¿Da golpes en las paredes o puertas?

(Does your partner hit the doors or walls?)

- ¿Destruye objetos queridos por usted?

(Does your partner destroy objects which are important to you?)

- ¿Maltrata a sus mascotas?

(Does your partner mistreat your pets?)

- <u>Preguntas sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia</u>

- ¿Desde cuándo sufre esta situación?

(How long have you been suffering this situation?)

- ¿Con que frecuencia de producen los episodios violentos?

(How often do the violent episodes occur?)

- ¿Hay momentos en los que él es cariñoso y la trata bien?

(Are there any moments when he is loving and treats you right?)

- ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?

(Does your partner apologise after an assault, give you a present, or behave as if nothing had happened?)

- ¿La intensidad, frecuencia y gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?

(Have the intensity, frequency and gravity of the violence been growing over time?)

- <u>Preguntas en el caso de que tenga hijos</u>

- ¿Sus hijos suelen presenciar la violencia?

(Are your children used to witness these acts of violence?)

- ¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos?

(Is the physical, affective or sexual violence also directly aimed at them?)

- ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?

(How do you think this violence is affecting them?)

➢ PREGUNTAS SOBRE EL PRESUNTO AGRESOR

- ¿Ha vivido situaciones de maltrato con sus anteriores parejas?

(Has your partner experienced situations of abuse with his previous partners?)

- ¿Se han producido conductas violentas con otras personas?

(Has your partner shown violent behaviour with other people?)

- ¿Ha presenciado situaciones de maltrato, abuso o agresión sexual durante su infancia?

(Has your partner experienced situations of maltreatment, abuse or sexual aggression during his childhood?)

- ¿Tiene actualmente trabajo estable?

(Does your partner currently have a stable employment?)

- ¿Su pareja presenta algún tipo de dependencia, como drogas o alcohol?

(Does your partner have any kind of addiction, like drugs or alcohol?)

- ¿Sufre remordimiento tras agredirla? O, por lo contrario, ¿se muestra cruel y la trata con desprecio y apatía?

(Does your partner feel regret after assaulting you? Or, on the contrary, does he seem cruel and treat you with disdain and apathy?)

- ¿Trata de justificar su conducta?

(Does your partner try to justify his behaviour?)

- ¿Se siente especialmente vulnerable por algún tipo de enfermedad, soledad o dependencia?

(Does your partner feel especially vulnerable due to any kind of illness, solitude or addiction?)

- ¿Dónde está el agresor?

(Where is the aggressor now?)

- ¿Ha intentado suicidarse en alguna ocasión?

(Has your partner ever tried to kill himself?)

- ¿Posee antecedentes penales y/o policiales?

(Does your partner have a criminal record?)

- ¿Presenta una orden de alejamiento? ¿La ha quebrantado en alguna ocasión?

(Does your partner have a protective order? Has he ever infringed it?)

➢ PREGUNTAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA VÍCTIMA

- ¿Tiene un amplio círculo de amistades? ¿Conocen sus amistades o familiares la situación? ¿Le ayudarían?

(Do you have a wide "circle of friends"? Does your family or friends know about the situation you are going through? Would they help you?)

- ¿Presenta algún tipo de dolencia o malestar?

(Do you have any illness or physical discomfort?)

- ¿Tiene hijos o personas a su cargo?

(Do you have children or any other dependant person?)

- ¿Se encuentra en una situación de dependencia económica o física respecto a su pareja?

(Are you in a situation of economic or physical dependency with respect to your partner?)

- ¿Se siente en situación de peligro inminente? ¿Tiene miedo por sus hijos?

(Do you feel in a situation of immediate danger? Do you fear for your children?)

- ¿Se siente segura en casa? ¿Puede ir a casa ahora?

(Do you feel safe at home? Can you go home now?)

- ¿Están sus hijos seguros?

(Are your children safe?)

FASE: <u>INTERVENCIÓN</u>

(Ejemplos de preguntas para la puesta en marcha de soluciones)

- ¿Es usted consciente de que puede denunciar la situación?

(Are you aware that you can report this situation?)

- ¿Conoce los diversos grupos de apoyo que ofrece este centro sanitario/comunidad autónoma para mujeres que se encuentran en su misma situación?

(Do you know about the several groups of support that this health center/Autonomous Region offers for women who are in your same situation?)

- ¿Es usted consciente de que la violencia continuará e irá en aumento y de que no podrá corregir la conducta del agresor?

(Are you aware that the violence will continue and it will increase and that you can't correct the behaviour of the aggressor?)

- ¿Es consciente de que el sistema de pediatría y los profesionales de Trabajo Social pueden ayudarla en su situación?

(Are you aware that pediatrics service and professionals Social Workers can help you with your situation?)

- En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de las autoridades un caso de malos tratos mediante envío al juzgado del parte de lesiones e informe médico, ¿cree que esto la pondría en peligro?

(In Spain, there exists the legal responsability to inform the authorities about a case of domestic violence by sending the injury and medical report to the Court. Do you think this could put you at risk?)

- La legislación protege sus derechos, ¿desea solicitar una orden de protección?

(The legislation protects your rights, would you like to apply for a protective order?)

- ¿Es consciente de que tiene derecho a denunciar su situación?

(Are you aware that you have the right to report your situation?)

- ¿Es consciente de que puede solicitar el acceso a una vivienda protegida?

(Are you aware that you can request access to state-subsidized housing?)

- ¿Sabe que su situación administrativa como mujer inmigrante no le impide solicitar una orden de alejamiento?

(Do you know that your administrative status as an immigrant woman doesn't impede you from requesting a protective order?)

- ¿Sabe que si sus ingresos económicos, computados anualmente y por unidad familiar (excluyendo los del agresor) no superan el doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), tiene derecho a un abogado o abogada del turno de oficio

del Colegio de Abogados que le defienda gratuitamente?
(Do you know that if your income, which is calculated annually and per family unit (excluding the aggressor) doesn't exceed twice the Public Income Index (IPREM), you have the right to be defended for free by a legal aid lawyer from the Bar Association?)

11.2 Terminología para la interpretación en caso de violencia de género.

Para un intérprete que trabaja en el ámbito sanitario con casos de violencia de género, es fundamental conocer toda la terminología relacionado con la temática para desempeñar de la mejor manera posible su trabajo, y para ayudar a las víctimas, respetar y proteger sus derechos.
En vocabulario de la violencia de género es muy amplio, y es diferente según en los diferentes escenarios y situaciones en los que se trabaje. Para empezar, el intérprete tiene que conocer en qué consisten todos los tipos de violencia que existen y sus equivalentes en su lengua de trabajo: violencia sexual, violencia física, violencia psicológica etc.

Según el tipo de violencia que se trate tiene un tipo de terminología u otra, por ejemplo, no es el mismo vocabulario el que se usa en los servicios de salud mental que puedan tratar a nivel psicológico a una víctima de violencia de género que el que se usa para tratar a la misma en los servicios de urgencias. En los servicios de salud mental se utilizaran términos como coacción, chantaje psicológico, estrés postraumático, ansiedad, celos extremos, trastornos paranoide, baja autoestima etc. Por lo contrario, en los servicios de urgencias se suele utilizar términos que se refieren más a lo físico, como dolencia, enfermedad, hematoma, fractura, lesión, traumatismo, chequeo médico, auscultar etc., además de hablar de los términos que designan a las distintas herramientas médicas que se usan para tratar a las pacientes, como bisturí, radiografía, escayola, aguja y dar puntos, jeringuilla, inyección y anestesia etc.
En cuanto a la medicina forense, además de usarse términos relacionados con lo físico, también se utilizan términos jurídicos y administrativos cuando se le informa a la víctima de los derechos que tiene en su situación y los servicios que hay a su disposición, o cuando se le informa sobre la obligación que tienen los servicios sanitarios de avisar a las autoridades si detectan un caso de violencia de género. Entre los términos usados en este ámbito se encuentran Decanato de los Juzgados, Juzgado de Violencia sobre la mujer, Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI), denuncia, orden de alejamiento, antecedentes penales/policiales, antecedentes médicos y psiquiátricos etc.
En el ámbito de Trabajo Social se usan algunos términos administrativos también o términos que tratan otra temática, ya que son los servicios que se encargan de averiguar la situación económica, laboral y administrativa de la mujer, si tiene hijos u otras personas dependientes a su cargo y asesorarla sobre cómo tratar con su situación y salir de ella con ayuda. Entre el vocabulario que se usa en estos servicios podemos destacar, por ejemplo, personas dependientes, vivienda protegida, Servicio de Protección de menores, grupos terapéuticos, inestabilidad laboral, situación administrativa irregular etc. Por último, en la medicina especializada, en concreto en ginecología y obstetricia, que son los servicios especializados que más atienden a mujeres víctimas de violencia de género, sobre todo si estas están embarazadas y puede estar en riesgo la salud del bebe y de la madre debido a los malos tratos que sufre, se usa otro tipo de terminología específica, como embarazo, ecografía, lactancia, parto, epidural, Sida, puerperio etc.

Como podemos observar, el intérprete tiene que poseer un amplio conocimiento terminológico que abarca varias áreas dentro del ámbito de la violencia de género, no solo del género médico y los distintos subgéneros de este, si no también terminología jurídica y administrativa. Para ayudar a los profesionales de la interpretación que trabajan con mujeres maltratadas, vamos a elaborar a continuación un glosario de términos en español con su equivalente en inglés que abarcan las diferentes áreas del ámbito sanitario donde se prestan servicios a las víctimas de violencia de género. En alguna ocasión, se añadirá también un comentario para explicar el término en español.

ESPAÑOL	**INGLÉS**	**COMENTARIOS**
Abandono de tratamiento psiquiátrico o psicológico	Dropping out of psychiatric or psychological treatment.	
Aborto involuntario	Miscarriage	
Abuso psicológico	Psychological abuse	
Abuso sexual	Sexual abuse	
Acceso a vivienda protegida	Access to state-subsidized housing	
Acción legal	Lawsuit/ legal action	
Acoso	Harassment	
Acoso sexual	Sexual harassment	
Acumulación de tensión	Accumulation of tension	
Agresión física	Physical assault/Physical aggression	
Agresión sexual	Sexual assault/Sexual aggression	
Agresor	Aggressor	
Aislamiento	Isolation	
Algoritmo de actuación	Algorithm of proceedings	Protocolo de actuación que tienen los profesionales sanitarios y algunos otros cuerpos profesionales.
Alteraciones psíquicas o mentales	Psychological and mental disorders	
Aguja	Needle	
Amenaza	Threat	
Anamnesis médica	Medical history/Patient history/ History taking/ Anamnesis	Conjunto de datos e informaciones del paciente anteriores a la enfermedad.
Anestesia	Anaesthesia	
Ansiedad	Anxiety	

Antecedentes de agresiones físicas	Precedents of physical assaults	
Antecedentes de agresiones sexuales	Precedents of sexual assaults	
Antecedentes de enfermedad mental	History of mental illness	
Antecedentes médicos y psiquiátricos	Medical and psychiatric history	
Antecedentes personales	Personal history	
Antecedentes policiales/penales	Police/Criminal Record	
Apatía	Apathy	
Asistencia jurídica inmediata	Immediate legal assistance	
Atención especializada	Specialized care	
Atención primaria	Primary care	
Atención psicosocial	Psychosocial	
Atención sanitaria integral	Comprehensive Health Care	
Atestado policial	Police report	
Auscultar	To auscultate	
Autoreproche	Self-reproach	
Autoridad judicial	Judicial authority	
Baja autoestima	Low self-esteem	
Bienestar emocional	Emotional welfare/emotional well-being	
Bisturí	Scalpel/ surgical knife	
Brecha	Gash/wound	
Calma o reconciliación	Calm and reconciliation	
Camilla	Examination table	
Cansancio injustificado	Unjustified fatigue/unjustified tiredness	
Celos extremos	Extreme jealousy	
Celos patológicos	Morbid jealousy/ Pathological jealousy	
Centro sanitario	Health center	
Chantaje	Blackmail	
Chequeo médico	Health check/medical checkup/medical examination	

Coacción	Coercion	Coaccionar: to coerce/to pressure
Conducta controladora	Controlling behaviour	
Consulta (del médico)	Examination room/consulting room	
Consumo/abuso de alcohol/drogas	drugs/alcohol consumption/overuse	
Control prenatal	Prenatal control	
Contusión	Contusion	
Corte	Cut	
Cribado	Screening	
Cuerpos de seguridad	Security forces	
Dar puntos de sutura	To suture	Puntos (de sutura): stitches
Decanato de los Juzgados	Administrative Office of the Courts	
Declaraciones judiciales	Court resolutions/Court orders	
Denuncia	Complaint/report	
Depresión	Depression	
Desgano	Apathy/indifference	
Detección precoz	Early detection	
Disfunción sexual	Sexual dysfunction	
Documentación médica y psiquiátrica	Medical and psychiatric documentation	
Dolencia	Illness/Sickness/Disease	
Duelo migratorio	Migratory grief/Migration mourning	
Ecografía	Ultrasonography/echography	
Embarazo	Pregnancy	
Empujón	Shove/Push	
Enfermedad de transmisión sexual	Sexually transmitted disease	
Entrevista clínica específica	Specific clinical interview	
Epidural	Epidural	
Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV-R)	Severe Intimate Partner Violence Risk Prediction Scale-Revised.	Esta escala es un instrumento de valoración que consta de 20 ítems y que se centra en la

		predicción del riesgo de homicidio o violencia grave. Los ítems están agrupados en cinco categorías: datos personales, situación de la relación de pareja, tipo de violencia, perfil del agresor y vulnerabilidad de la víctima.
Escayola	Plaster	
Escucha activa	Active listening	
Estereotipos	Stereotypes	
Estrés postraumático	Post-traumatic stress	
Evaluación clínica y psicométrica	Clinical and psychometric evaluation	
Ex pareja	Ex-partner/former partner	
Exploración médica	Medical examination	
Explosión o agresión	Explosion or aggression	
Factores de riesgo	Risk factors	
Fobias	Phobias	
Fractura	Fracture/Break	
Género	Gender	
Grupos terapéuticos	Therapeutic groups	
Guardia Civil	(Spanish) Civil Guard	
Hematoma	Haematoma	
Herida	Wound/Injury	
Historia clínica	Medical record/Medical history/Case history	
Historial de conductas violentas	Violent behaviours history	
Homicidio	Homicide	
Humillar/humillación	To humiliate/Humiliation	
Ideación suicida/ Tentativa de suicidio del agresor	Suicidal ideation/Suicide attempt of the aggressor	
Inestabilidad laboral	Labour instability	
Informe de alta	Discharge report	
Informe médico	Medical report	
Intervención pericial	Expert intervention	

Intervención sociosanitaria	Sociosanitary intervention	
Intimidación	Intimidation	
Invisibilización de la mujer	Invisibilisation of women	
Inyección	Injection	
Jeringuilla	Syringe	
Judicatura	Judicature/Judiciary	
Juez de instrucción	Examining magistrate	
Juzgado	Court	
Juzgado de guardia	Summary court/police court	
Juzgado de Violencia sobre la mujer	Court for Violence Against Women	
Lactancia	Breastfeeding (period)	
Lesión	Injury	
Libertad provisional	Probation	
Machismo	Chauvinism	
Malestar	Physical discomfort	
Maltrato	Maltreatment	
Medicina legal y forense	Legal and forensic medicine	
Médico forense	Forensic doctor	
Ministerio fiscal	Public Prosecutor's office	
Mujer maltratada	Maltreated woman/Battered woman	
Nerviosismo	Nervousness	
Obstetricia y Ginecología	Obstetrics and Gynaecology	
Orden de protección	Protective order	
Paliza	Beating/Thrashing	
Pareja	Partner	
Parte de lesiones	Injury report	
Parto	Birth/Delivery	
Patriarcado	Patriarchy	
Pederasta	Peadophile	
Pediatría	Pediatrics	
Permiso penitenciario	Release on Temporary License/Temporary Release/Temporary License	

Personal sanitario	Healthcare workers	
Personas dependientes	Dependant persons	
Policía autonómica	Regional police	
Policía local	Local police	
Policía nacional	National police	
Prevención	Prevention	
Prevención primaria	Primary prevention	
Prevención secundaria	Secondary prevention	
Prevención terciaria	Tertiary prevention	
Problemas psicosomáticos	Psychosomatic problems	
Profesional sanitario	Healthcare professionals	
Protección de la víctima	Protection of the victim	
Puerperio	Postpartum	
Puñetazo	Punch	
Quebrantamiento de la orden de alejamiento	Breach of the protective order/Breach of the Restraining order	
Quemadura	Burn/Scald	
Racismo	Racism	
Radiografía	Radiography/X-ray (photography)	
Resiliencia	Resilience	Capacidad de adaptación o de recuperación
Retirar una denuncia	To withdraw a complaint	
Salud mental	Mental health	
Sentimiento de culpabilidad	Feeling of guilt	
Separación/divorcio	Separation/divorce	
Servicio de Protección de Menores	Child Protection Services	
Servicios de salud	Health service	
Servicios especializados	Specialised service	
Sida	AIDS	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: acquired immune deficiency syndrome
Síndrome de Estocolmo	Stockholm syndrome	Reacción psicológica en la

		cual la víctima de un secuestro, o una persona retenida contra su voluntad, desarrolla una relación de complicidad y un fuerte vínculo afectivo con quien la ha secuestrado
Síndrome de Ulises	Ulysses syndrome	También conocido como síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple
Sistema Nacional de Salud	National Health System	
Situación administrativa irregular	Irregular administrative situation	
Sumisión	Submission/Submissiveness	
Tentativa homicida	Homicidal attempt/Murderer attempt	
Trabajo social	Social work	
Trastorno convulsivo	Seizure disorder	
Trastorno de pánico	Panic disorder	
Trastorno de personalidad del Cluster B de DSM-IV-TR y del Cluster A	Personality disorder of Cluster B and of Cluster A of the DSM-5	El DSM-IV enumera los criterios diagnósticos generales que debe cumplir un trastorno de la personalidad, además de los criterios específicos para cada trastorno de la personalidad en particular
Trastornos paranoide	Paranoid disorders	
Trata de mujeres	Trafficking of women	
Traumatismo físico	Physical trauma	
Traumatismo	Trauma	
Tristeza	Sadness	
Unidad de Valoración Forense Integral (UVFI)	Comprehensive Forensic Assessment Unit (UVFI)	
Urgencias	Emergency department	
Uso de armas	Use of weapons	
Valoración médico forense urgente	Urgent medical-forensic assessment	Procedimiento de valoración del riesgo de violencia de género

Víctima	Victim	
Víctimización secundaria	Secondary victimisation	
Violar/violación	To rape/ rape	
Violencia ambiental	Environmental violence	
Violencia de género	Gender violence/Domestic violence	
Violencia económica	Economic violence	
Violencia física	Physical violence	
Violencia grave	Serious violence/Severe violence	
Violencia psicológica	Psychological violence	
Violencia sexual	Sexual violence	
Violencia simbólica	Symbolic violence	
Violencia social	Social violence	
Vivienda protegida	State-subsidized housing	
Vulnerabilidad de la víctima	Victim's vulnerability	
Xenofobia/Xenófobo	Xenophobia/ xenophobic, xenophobe	

11.3 La labor del intérprete.

En esta parte de la guía vamos a tratar el comportamiento del intérprete: los distintos tipos de interpretación que existen, los principios de interpretación, y el papel de los intérpretes en cuanto a el código de ética que tienen que respetar, las competencias y habilidades que estos deben poseer, la preparación y el desarrollo del proceso interpretativo y los diferentes tipos de dificultades que puede encontrarse los profesionales al realizar su labor.

11.3.1 Definiciones, técnicas y modalidades de interpretación

Antes de hablar del proceso interpretativo y de los principios y el código de ética que deben respetar los intérpretes profesionales, debemos dejar claro el significado de algunos conceptos claves en la materia y de todas las técnicas y modalidades de interpretación que existen y que pueden usarse para desarrollar nuestro trabajo. Aunque en este trabajo solo vamos a movernos en la modalidad de interpretación en el ámbito sanitario y las técnicas más frecuentes que se suelen usar en el trabajo con víctimas de violencia de género son la interpretación consecutiva y la susurrada, es interesante conocer las otras modalidades y técnicas de interpretación que existen y apreciar las diferencias visibles entre todas ellas.

Lo primero, un traductor e intérprete, como bien especifica el nombre de su profesión, es una

persona que trabaja traduciendo e interpretando. Aunque ambos términos, traducción e interpretación, expresan la acción de transmitir un mensaje de una lengua a otra, cada uno de ellos se desarrolla por un medio distinto:

-Traducción: proceso de convertir un mensaje de una lengua de origen a una lengua meta distinta por escrito.
-Interpretación: proceso de convertir un mensaje de una lengua de origen a una lengua meta distinta de manera oral.

Por lo que traducción e interpretación no son sinónimos. Aunque el término "traducción" puede y suele usarse en sentido amplio, la diferencia entre ambos es que la traducción se realiza por medio escrito y la interpretación se realiza oralmente.

- Intérprete: Un intérprete es un profesional formado, el cual juega un papel en el proceso comunicativo de tercera persona imparcial y neutral, y que debe poseer ciertas habilidades lingüísticas (ser bilingüe en sus lenguas de trabajo), conocer las técnicas interpretativas, estar especializado en el contenido de las diferentes áreas temáticas con las que trabaja y en terminología técnica para, de manera efectiva, facilitar la comunicación entre dos o más personas que no hablan el mismo idioma.
- Idioma: Conjunto de palabras y sus sistemas para el uso común de personas que son de la misma comunidad o país, de la misma zona geográfica o que tienen la misma tradición cultural.
- Dialecto: Una de las formas subordinadas o variedades de una lengua que surge de las peculiaridades locales del vocabulario, la pronunciación o de las frases hechas o dichos.
- Lengua de partida: Es la lengua desde la cual se lleva a cabo la interpretación, es decir, la lengua que habla el orador que va a ser interpretado.
- Lengua de llegada: Es la lengua hacia la cual se lleva a cabo la interpretación, es decir, la lengua que habla el oyente hacia el que va dirigida la interpretación del intérprete.

Técnicas de interpretación:

- Interpretación consecutiva: En la interpretación consecutiva, el intérprete empieza a hablar una vez el orador de la lengua de partida haya terminado su discurso. En este proceso, el intérprete se queda de pie o sentado al lado del orador de la lengua de partida, escuchándole y tomando notas en una libreta, y una vez este termine su discurso o haga una pausa, el intérprete transmite el mensaje completo en la lengua de llegada. Normalmente suelen ser intervenciones cortas, ya que a la gente no le gusta estar mucho tiempo escuchando al orador sin entender lo que dice. 10 o 15 minutos seguidos de discurso ya se considera mucho para una comunicación interpretada de manera consecutiva. En este tipo de interpretación, una buena técnica de toma de notas por parte de intérprete es fundamental, sobre todo para las intervenciones más largas. La toma de tomas en la interpretación consecutiva es un complemento a la memoria inmediata, que es el arma más poderosa de los intérpretes. Este tipo de interpretación es propia de reuniones de negocios, reuniones entre altos cargos de estado etc.
- Interpretación simultánea: En la interpretación simultánea, el intérprete transmite el mensaje desde la lengua de partida hacia la lengua de llegada de la manera más rápida posible al mismo tiempo que el orador está hablando. Normalmente, para llevar a cabo

este trabajo los intérpretes se encuentran en cabinas insonorizadas, desde donde pueden ver al orador, escucharle a través de unos auriculares y transmitir el mensaje a los oyentes en la lengua de llegada a través de un micrófono. Los oyentes tienen también unos auriculares que están conectados a la cabina del intérprete, y de esta manera pueden escucharle.

- Traducción a la vista: Aunque se denomina "traducción a la vista", se trata de un tipo de interpretación en realidad. En la traducción a la vista, el intérprete lee en voz alta un documento escrito en la lengua de partida como si estuviera escrito en la lengua de llegada. Es decir, al intérprete se le pide que lea un documento escrito en la lengua de partida pero lo trasmita de manera oral en la lengua de llegada.
- Interpretación susurrada: En la interpretación susurrada, también conocida como *chuchotage* en francés o *whispering* en inglés, el intérprete se sitúa de pie o sentado al lado de una pequeña audiencia y, mientras el orador pronuncia su discurso en la lengua de partida, el intérprete les susurra una interpretación simultánea de la comunicación en la lengua de llegada. La audiencia hacia la que interpreta el intérprete no suele ser mayor de tres personas.
- Interpretación de enlace o bilateral: la interpretación de enlace o bilateral, a diferencia de la interpretación consecutiva en la que solo interviene un orador y varios receptores, consiste en transmitir entre unos y otros lo que se dice en una conversación entre dos o más personas. En este tipo de interpretación, se suele interpretar de manera consecutiva y con toma de notas.
- Interpretación de relé: En la interpretación de relé (*relay interpreting* en inglés) intervienen dos intérpretes: el primero interpreta al orador desde la lengua de partida hacia una tercera lengua que entienda y trabaje el segundo intérprete, el cual interpretará desde dicha lengua hacia la lengua de llegada de la audiencia o el receptor. Es un tipo de interpretación en el que se aumenta el riego de fallos, omisiones o imprecisiones, ya que el segundo intérprete tiene que confiar en que el primer intérprete trasmita desde la lengua de partida hacia la tercera lengua toda la información de manera correcta para que él pueda transmitir perfectamente en mensaje hacia la lengua de llegada. De no ser así, el mensaje puede llegar a la lengua de llegada de manera incompleta o errónea.

Modalidades de interpretación:

- Interpretación de conferencias: esta modalidad de interpretación consiste en interpretar en una conferencia, entendiéndose por "conferencia" cualquier reunión de profesionales del mismo sector (congresos profesionales, reuniones de políticas internacionales etc.). En esta modalidad se suele utilizar la técnica de interpretación simultánea. La interpretación de conferencias se puede dar tanto en el ámbito público (en organismos como la Unión Europea, la ONU, la OTAN etc.) como en el ámbito privado (empresas o entidades privadas que organizan el congreso o la conferencia).
- Interpretación de acompañamiento: en esta modalidad de interpretación el intérprete acompaña a una persona o a una delegación o comité durante un tour, una visita, una entrevista o una reunión, mientras realiza sus servicios de interpretación para este o estos clientes. Se suele usar la técnica de interpretación de enlace o bilateral.
- Interpretación en el ámbito judicial: la interpretación judicial es aquella que se realiza en los tribunales de justicia o tribunales administrativos. Cuando se trata de los tribunales de justicia, el intérprete suele trabajar para el ámbito público, sin embargo, normalmente cuando se trata de un tribunal administrativo, al intérprete le contrata un

particular o una empresa o entidad privada. El intérprete debe poseer conocimientos legales y jurídicos para trabajar en este ámbito.

- Interpretación en el ámbito sanitario: al igual que la interpretación en el ámbito judicial (cuando se trata del área pública), la interpretación en el ámbito sanitario es un subtipo dentro de la interpretación en los servicios públicos o interpretación comunitaria. Esta modalidad de interpretación consiste en facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y/o sus familiares, y suele usarse la técnica de interpretación consecutiva o interpretación susurrada. Se puede desarrollar tanto en el ámbito público como en el privado. El intérprete debe poseer un amplio conocimiento general de medicina y manejar muy bien la terminología médica en ambas lenguas de trabajo.
- Interpretación en los servicios públicos o interpretación comunitaria: esta modalidad de interpretación tiene lugar en el ámbito legal, sanitario, social, de educación y en cualquiera de los sectores públicos. El trabajo en este ámbito puede ser difícil para el intérprete debido a la carga emocional y a la responsabilidad que tiene el intérprete al tener en muchas ocasiones incluso la vida de una persona en sus manos, por lo que también es un trabajo que puede producirle mucho estrés. Los intérpretes suelen utilizar la técnica de interpretación consecutiva o susurrada, en algunas ocasiones.
- Interpretación en los medios de comunicación: esta modalidad consiste en ruedas de prensa y entrevistas grabadas o en directo con políticos, artistas, músicos, deportistas o personalidades conocidas del mundo de los negocios y las finanzas. La técnica que suelen usar los intérpretes es, o bien interpretación simultánea, situándose el intérprete en una cabina insonorizada, o bien interpretación consecutiva, en la que el intérprete se sitúa sentado cerca del o los ponentes para poder, normalmente, realizar interpretación bilateral también de las preguntas que hagan los medios de comunicación.
- Interpretación en lengua de signos: este tipo de modalidad se realiza cuando el ponente se dirige a un o unos receptores que son sordos o tienen graves deficiencias auditivas. Para realizar esta comunicación, intérprete usa el lenguaje de signos, el cual debe dominar a la perfección para transmitirle el mensaje de manera completa y fiel al receptor o receptores. Normalmente se usa la técnica de interpretación simultánea, aunque también es posible usar la interpretación consecutiva en algunas ocasiones.

Otros tipos de interpretación:

- Interpretación telefónica: en este tipo de interpretación se conecta a intérpretes profesionales vía telefónica con dos o más personas que desean mantener una conversación pero no hablan el mismo idioma. En esta situación se utiliza normalmente un teléfono con dos auriculares, uno para cada parte, y al otro lado del teléfono se encuentra el intérprete en un espacio físico distinto, que puede ser su lugar de residencia o de trabajo. La interpretación telefónica tiene el inconveniente de que el intérprete no puede ver a ninguna de las personas a las que interpreta, por lo que no puede interpretar el lenguaje no verbal, lo cual puede llevar a malentendidos o confusiones. Se utiliza la técnica de interpretación consecutiva y bilateral.
- Interpretación de videoconferencia: en este tipo de interpretación el intérprete está conectado por medio de audio y video con las personas que hablan dos idiomas distintos y necesitan su ayuda para comunicarse. Para ello, el intérprete utiliza desde su casa o lugar de trabajo un ordenador con webcam y micrófono, mientras que sus clientes pueden estar en cualquier otro lugar del mundo. Se usa modalidad de

interpretación consecutiva la mayoría de las veces. Este tipo de interpretación se está empezando en poner en marcha en el ámbito judicial en muchos países, y en muchos otros se está estudiando su puesta en marcha.

11.3.2 Principios de la interpretación

Además de un código de ética formal y bien establecido para la interpretación en los servicios públicos que los profesionales del sector deben respetar y cumplir, también existen tres principios que hay que tener que cuenta a la hora de trabajar en este ámbito con los proveedores de servicios:

Principio de Responsabilidad
El intérprete es responsable de la calidad del trabajo que ofrece, tanto ante el paciente que requiere su ayuda para resolver su problema como ante el proveedor o los proveedores de servicios o las personas que lo han contratado. Por lo que el intérprete es la única persona responsable de su propia actuación y debe ser consciente y manifestarlo si en algún momento se ve impedido para realizar su trabajo, ya sea por motivos físicos o psicológicos o por motivos de desconocimiento del vocabulario y/o la temática que están tratando. Es decir, debe ser consciente de los conocimientos y capacidades que van más allá de sus competencias e informar de ello inmediatamente a las partes involucradas. También tiene que ser capaz de identificar y corregir sus errores tan pronto como sea consciente de ellos. Es muy importante que el intérprete tenga siempre este principio de responsabilidad en mente (sin que se convierta en un factor de estrés para él que pueda impedirle o hacerle más difícil su trabajo), ya que la salud o incluso la vida del o de la paciente puede estar muchas veces en su mano y depender de profesionalidad y sus habilidades interpretativas. Por supuesto, el intérprete no es el único que tiene responsabilidades. Los proveedores de servicios también tienen su parte de responsabilidades y tareas, las cuales tienen que complementar con las del intérprete y trabajar en equipo. Cada uno tiene que ser consciente de sus propias responsabilidades y de las responsabilidades del otro.

Principio de liderazgo
A pesar de que el intérprete tiene que hacer posible la comunicación entre el personal sanitario y la paciente de manera que menos se perciba que él está allí, es decir, como si fuera prácticamente invisible, hay ciertos aspectos en los que el intérprete tiene que llevar la iniciativa y mostrar en cierto sentido un poco de liderazgo. Por ejemplo, el intérprete tiene que tomar la iniciativa al presentarse a las partes, explicándoles un poco los principios del código de ética por los que se rige, pidiéndoles que se dirijan el uno al otro y, normalmente, acordando con ellos la técnica de interpretación que va a usar. También forma parte del principio de liderazgo que el intérprete, pasando desapercibido durante el resto de la conversación, pida aclaración a ambas partes cuando lo necesite, explique alguna referencia cultural para evitar que puedan darse conflictos o malentendidos y pida a las partes que hablen más despacio si fuera necesario para poder coger toda la información o, incluso, pare en algún momento a alguna de las partes si se están extendiendo mucho en el discurso y el intérprete ve que no podrá reproducirlo de manera completa y precisa. A pesar de esos determinados puntos donde el intérprete debe tomar la iniciativa, el resto de la conversación debe ser guiada y llevada por el o los proveedores de servicios, ya que son los profesionales médicos los que mejor conocen las técnicas para conseguir información del paciente y poder ayudarle de la

mejor manera posible con su problema, y el intérprete solo es un “instrumento” para ayudar a que la comunicación entre ambos sea posible.

Principio de trabajo en equipo
El éxito de la labor interpretativa (aunque esta depende en gran parte del intérprete) y del poder ayudar, en este caso, a una mujer extranjera víctima de malos tratos, e incluso salvarle la vida, es algo que depende totalmente del trabajo en equipo entre intérprete y los proveedores de servicios, junto con la buena colaboración de la víctima, aunque en menor parte. A veces, para hacer que esto sea posible, el intérprete se reúne con el proveedor de servicios poco antes de empezar a trabajar y acuerdan cosas como la técnica de interpretación que va a usarse, el tiempo de turno de palabra o de las intervenciones para que no sean ni muy cortas ni muy larga y el intérprete puede realizar bien su labor, discutir sobre las posibles dificultades u obstáculos que pueden encontrar y como llegar a una solución etc. El intérprete y los proveedores de servicios tienen que conocer las responsabilidades y papeles de cada uno y compenetrarse para trabajar juntos con el fin de obtener los mejores resultados posibles en cuanto a ayudar y salvar a las pacientes. Para formar un buen equipo, ambos también deben que mostrar un respeto, consideración e entendimiento mutuo.

11.3.3 El papel del intérprete

En este apartado nos metemos de lleno en el papel del intérprete: cuál es el código de ética que debe respetar, las competencias y habilidades que debe que poseer y como debe de manera apropiada preparar y desarrollar la labor interpretativa.

11.3.3.1. Código de Ética

Existen diferentes códigos de ética en diversos países que establecen unas pautas que deben respetar los profesionales de la interpretación para realizar su trabajo de la manera más eficaz y completa posible. En España todavía no existe un código de ética formal y normalizado para los intérpretes en los servicios públicos, ya que ni la propia profesión está reconocida oficialmente. En otros países como Canadá, Australia, Reino Unido y Estados Unidos, donde la profesión de interpretación en los servicios públicos está ampliamente reconocida y valorada, existen códigos de ética formalmente establecidos, o bien por los gobiernos o por las asociaciones de traductores e intérpretes. También existen códigos de ética según el ámbito de los servicios públicos en el que el intérprete trabaje. Por ejemplo, la *National Association of Judiciary Translators and Interpreters* (NAJIT) de Estados Unidos tiene su propio código de ética para los intérpretes que trabajan en el ámbito legal y judicial, al igual que el N*ational Council on Interpreting in Health Care* (NCIHC), estadounidense, la *International Medical Interpreterts Association* (IMIA), también estadounidense, el *National Register of Public Service Interpreters*, de Reino Unido, y la *Healthcare Interpretation Network* (HIN), de Canadá, tienen sus propio código de ética para los servicios de interpretación comunitaria en el ámbito sanitario (aunque las dos últimas también establecen unas pautas para la interpretación en el ámbito judicial y en el ámbito comunitario en general). Vamos a usar de referencia al NCIHC y a la HIN para establecer nuestro código de ética para trabajar con mujeres víctimas de violencia de género.

<u>Precisión y fidelidad</u>

1. El intérprete transmitirá el mensaje de la manera más completa, fiel y precisa posible

de acuerdo con sus competencias, sin realizar ninguna modificación, añadidura u omisión en el significado del mismo.

2. El intérprete avisará a ambas partes de que interpretará todo lo que se diga durante el encuentro. El intérprete no solo no atenderá a peticiones de no transmitir un mensaje a la otra parte, si no que informará a la otra parte de tal petición.
3. El intérprete imitará el registro, el tono y el estilo del hablante. Si el paciente no entiende el registro del proveedor de servicios o viceversa, será responsabilidad de las partes el pedirle explicación a la otra o pedirle que baje o suba el registro, pero nunca será responsabilidad del intérprete el tener que hacerlo por su cuenta.
4. El intérprete deberá manejar el flujo de la conversación, pidiendo al orador una pausa o que hable más lento si fuera necesario.
5. El intérprete se asegurará de que el significado de ningún gesto o lenguaje corporal, así como tono de la voz, se pierda en la comunicación, realizando la aclaración correspondiente si fuera necesario.
6. El intérprete pedirá repetición o aclaración cuando algo no le haya quedado claro. Cuando así lo haga, se lo comunicará a ambas partes. De esta manera, el intérprete se asegurará de haber entendido el mensaje y de que el oyente lo entienda también.
7. El intérprete corregirá siempre sus errores tan pronto como sea consciente de ellos.
8. El intérprete será totalmente transparente.
9. El intérprete solo resumirá la comunicación cuando ambas partes tengan conocimiento de ello y le den su consentimiento.

Confidencialidad

1. El intérprete mantendrá la confidencialidad y no revelará ningún dato, ya sea de manera oral o escrita, sobre la información que tratará durante el desempeño de su labor, a no ser que se le exija por ley.
2. El intérprete comunicará a las partes que respetará en todo momento la confidencialidad del encuentro.
3. Para mostrar dicha confidencialidad y para la tranquilidad de la paciente y/o del proveedor de servicios si fuera necesario, el intérprete destruirá delante de ambas partes todas las notas que haya tomado durante la interpretación de la comunicación.
4. El intérprete, cuando sea necesario para un trabajo de colaboración con otros profesionales, podrá participar en discusiones relevantes con otros intérpretes, representantes autorizados de agencias de interpretación o con los propios proveedores de servicios, teniendo siempre terminantemente prohibido revelar información confidencial.

Imparcialidad

1. El intérprete mantendrá en todo momento la imparcialidad, absteniéndose de dar consejos u opiniones propias, así como de mostrar preferencia o involucrarse personalmente con alguna de las partes.
2. El intérprete informará a ambas partes de su deber de mantenerse imparcial.
3. El intérprete no permitirá que los juicios personales o los valores culturales afecten o influencien su objetividad.
4. El intérprete rechazará el trabajo cuando tenga algún interés personal en el resultado del encuentro.
5. El intérprete rechazará el trabajo cuando su relación personal o cualquier tipo de relación que pueda tener con alguna de las partes pueda afectar a su imparcialidad.

6. El intérprete rechazará el trabajo cuando se dé alguna situación, factor o alguna creencia existente que pueda representar un conflicto potencial para él mismo que pueda afectar su imparcialidad y precisión.
7. Cuando se dé alguna de las tres anteriores circunstancias, el intérprete informará a la agencia de interpretación o al proveedor de servicios sobre la existencia de estos hechos que pueden afectar a la capacidad del intérprete para mantenerse imparcial y ser fiel y preciso.

Respeto

1. El intérprete mostrará respeto por las partes involucradas en el encuentro.
2. El intérprete utilizará maneras o formas profesional y culturalmente apropiadas de mostrar respeto.
3. El intérprete promoverá la comunicación directa entre ambas partes durante el encuentro.
4. El intérprete adoptará un comportamiento que promueva la autonomía y la toma propia de decisiones por parte del paciente.

Conocimiento cultural

1. El intérprete deberá tener un amplio conocimiento y entender las culturas de sus lenguas de trabajo para desempeñar su labor interpretativa.
2. El intérprete estará alerta ante cualquier posible malentendido cultural que pueda surgir durante el encuentro con las partes.

Límites del papel de intérprete

1. El intérprete realizará las tareas profesionales que estén dentro de lo establecido en su labor, respetando los límites de su papel profesional y absteniéndose de involucrarse personalmente de cualquier manera durante el encuentro con las partes.
2. La función del intérprete es permitir la comunicación entre las partes, las cuales hablan por sí mismas y toman sus propias decisiones.
3. El intérprete limitará su actividad profesional a interpretar durante el encuentro.
4. El intérprete no defenderá, mediará o hablará en nombre de ninguna de las partes.
5. El intérprete no entrará en ninguna discusión ni dará consejos o expresará opiniones personales sobre los asuntos que se tratan en el encuentro, ni mostrará ninguna reacción respecto a la información tratada a ninguna de las partes.
6. El intérprete evitará el contacto innecesario con cualquiera de las partes, incluido el contacto físico. Únicamente podrá producirse un contacto previo al encuentro para confirmar los detalles del mismo y acordar algunas pautas básicas para la comunicación, como por ejemplo la técnica interpretativa que va a usarse o la posición física que van a adoptar las partes para el encuentro.
7. El intérprete no proporcionará servicios distintos a los propios de interpretación.
8. El intérprete salvaguardará en todo momento su propia privacidad, bienestar y seguridad.

Defensa

1. El intérprete podrá actuar en defensa y en nombre del paciente únicamente cuando la salud, el bienestar o la dignidad del mismo se vea en peligro, para protegerle de daños serios o para corregir un maltrato o abuso hacia el mismo por parte de los proveedores

de servicios.

Responsabilidad

1. El intérprete es responsable con respecto a las partes y a la organización que contrata sus servicios de la calidad de la interpretación que proporciona.
2. El intérprete rechazará tareas que requieran conocimientos o habilidades que van más allá de sus competencias.
3. El intérprete informará a las partes si en algún momento durante el encuentro se hace visible que el nivel de conocimientos necesarios va más allá de las competencias del intérprete.
4. El intérprete rechazará continuar con su tarea si en cualquier momento se da una circunstancia o condición que pueda impedirle cumplir con alguno de los principios éticos o competencias exigidas de su profesión, como puede ser el cansancio del intérprete, el desconocimiento de la terminología especializada o la deficiencia auditiva de la comunicación.
5. El intérprete mantendrá su papel y se ceñirá a los límites y obligaciones que este implica, y tomará las medidas convenientes para que las partes conozcan exactamente cuál es su papel.
6. El intérprete actuará en todo momento en cumplimiento con la ley y respetará los principios éticos de su profesión.

Profesionalidad

1. El intérprete debe en todo momento actuar de una manera ética y profesional.
2. El intérprete actuará de manera coherente de acuerdo a su criterio profesional y el protocolo de la profesión.
3. El intérprete es responsable de un desempeño profesional de su labor.
4. El intérprete muestra respeto a los profesionales con los que trabaja.
5. El intérprete desempeña sus tareas de la manera más discreta posible.
6. El intérprete estará preparado para todas las tareas que se le encomienden y completará las tareas que haya aceptado.
7. El intérprete llegará a tiempo al lugar donde se haya acordado realizar el encuentro.
8. El intérprete defenderá unas condiciones de trabajo que respalden la calidad de la interpretación.
9. El intérprete vestirá con un atuendo formal y profesional cuando realice tareas interpretativas presenciales.
10. El intérprete deberá tener una formación académica y profesional, una competencia lingüística y unas habilidades interpretativas adquiridas que le permite llevar a cabo su labor de manera completa y satisfactoria.

Desarrollo profesional continuo

1. El intérprete se compromete a desarrollar continuamente sus conocimientos lingüísticos y culturales y sus habilidades de interpretación a través de una educación autodidacta formal o informal.
2. El intérprete asistirá a los cursos disponibles y hará exámenes para obtener una acreditación o certificación.
3. El intérprete estará preparado para demostrar sus certificaciones o acreditaciones, su formación y la experiencia pertinente.
4. El intérprete busca y acepta correcciones o comentarios críticos o de evaluación para

mejorar su desempeño.
5. El intérprete apoyará el desarrollo profesional de sus compañeros de profesión.
6. El intérprete participará en las organizaciones o actividades que contribuyan al desarrollo de la profesión.

11.3.3.2 Competencias del intérprete

Para realizar un buen trabajo de interpretación, no basta con conocer y respetar el código de ética de los intérpretes en los servicios públicos. El intérprete debe poseer ciertas habilidades y conocimientos, los cuales solo se adquieren a través de formación. Mucha gente cree que para ser intérprete solo es necesario tener un nivel alto en el idioma con el que se va a trabajar. La experiencia ha mostrado que esta percepción el totalmente errónea y que para ser intérpretes, además de dominar el idioma, necesitas haber aprendido y adquirido ciertas habilidades que son propias de la profesión y que a veces son incluso más importantes que los idiomas. A continuación explicaremos estas habilidades y las enfocaremos un poco a su desempeño en el ámbito sanitario en casos de mujeres víctimas de violencia de género.

Competencias lingüísticas

El intérprete debe de tener un nivel de entendimiento y conocimiento en sus lenguas de trabajo bilingüe o prácticamente nativo, además de conocer también los distintos registros y variedades de estas, y debe ser capaz de comprender el mensaje en la lengua de partida y aplicar sus conocimientos para transmitir el mensaje de la manera más fiel y precisa posible en la lengua de llegada. Por supuesto, también debe dominar terminología de sus diversas áreas de trabajo. En esta caso, como ya hemos explicado anteriormente, es muy importante que el intérprete conozca la terminología que suele ir asociada a los casos de malos tratos en las diferentes situaciones (urgencias, medicina especializada, salud mental etc.) y en los distintos tipo de violencia de género que existen (violencia física, psicológica, sexual etc.). Por lo que el intérprete tiene que conocer y saber traducir a sus lenguas de trabajo tanto términos como “violación”, “agresor” y “paliza” como “chantaje emocional”, “ansiedad”, “depresión”, “parte de lesiones”, “autoridad judicial”, “intervención pericial” etc. De esta manera, el intérprete podrá ayudar a la víctima de manera eficaz y profesional en todos los ámbitos que lo necesite, es decir, de manera interdisciplinar.

Competencias interpretativas

Las competencias interpretativas son muy importantes en el proceso de la interpretación y solo se adquieren mediante formación. La competencia interpretativa es la habilidad para interpretar un mensaje de una lengua a otra de manera pertinente, incluyendo también la evaluación y comprensión del mensaje original para transmitirlo a la lengua de llegada sin cometer ninguna omisión, añadido, tergiversación o errores. También es esencial que el intérprete conozca y sea consciente de su papel durante el encuentro con las partes con las que va a trabajar. En cuanto a las habilidades interpretativas, el intérprete debe ser capaz de realizar una escucha activa del mensaje, tener una buena memoria y una buena toma de notas como apoyo para asegurar la precisión de la información que interpreta, tener ciertas habilidades de análisis para analizar el mensaje y ser capaz de verbalizar y transponerlo mentalmente hacia la lengua de llegada antes de interpretarlo.

Habilidades interpersonales

El intérprete, a diferencia de en la interpretación de conferencias, en este ámbito tiene

contacto directo tanto como con las pacientes como con el personal sanitario, por lo que debe poseer ciertas habilidades interpersonales. El intérprete debe tener unas habilidades comunicativas muy buenas, debe ser respetuoso, educado, tener tacto, y, en estos casos, mostrar también cierta empatía hacia la víctima para que esta pueda sentirse mejor y más relajada. También debe tener capacidad de relacionarse bien con la gente, no juzgar a nadie y tener un comportamiento siempre ético y profesional.

Competencias oratorias

La oratoria es un componente clave en la formación de los intérpretes. A pesar de que la mayoría de la gente piensa que la oratoria es solo necesaria para realizar discursos en público o delante de una gran audiencia, los intérpretes que trabajan en entornos pequeños, y sobre todo en situaciones tan importantes como interpretar a una víctima de violencia de género que necesita ayuda, tiene que tener también una buenas habilidades de oratoria y de expresión para saber expresar bien todas las ideas.

Conocimiento cultural

El intérprete debe conocer los rasgos característicos de la cultura de sus lenguas de trabajo, actuando así no solo de intérprete o mediador lingüísticos, sino también de mediador intercultural. De esta manera, el intérprete podrá entender y explicar a las partes involucradas en el proceso interpretativo las posibles diferencias culturales que puedan surgir durante el encuentro y evitar así posibles malentendidos o conflictos. Este conocimiento cultural es muy importante en los casos de mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, ya que en muchas culturas las mujeres tienen miedo o no se sienten cómodas hablando delante de un hombre sobre malos tratos, o incluso sienten pudor a hablar de sexo, ya que pueden considerarlo un tema tabú, o de ser examinadas o exploradas por el personal sanitario. El intérprete debe conocer estas características culturales y ser capaz de informar de ello al personal sanitario pertinente, de tal manera que estos le puedan explicar a la mujer la importancia y finalidad de su tarea y que las mujeres lo comprendan y sean capaces de colaborar. También puede darse el caso de que algunos términos no sean conocidos en algunas culturas y la persona no sepa el significado de lo que le están transmitiendo, por lo que el intérprete debe ser consciente de cuáles son esos términos y ser capaz de explicar su significado a la parte correspondiente.

Competencias técnicas y de búsqueda

Los propios expertos reconocen la necesidad e importancia de que los intérpretes conozcan la terminología técnica y tengan conocimiento de la materia en los campos relevantes. Para ello, las competencias de búsqueda consisten en la habilidad para adquirir información lingüística adicional y el conocimiento especializado necesario para interpretar en casos específicos. Por ejemplo, para trabajar en el ámbito de la violencia de género con mujeres extranjeras, el intérprete no solo tiene que conocer la terminología especializada, como ya hemos hablado en el apartado de las competencias lingüísticas, si no también debe tener nociones sobre los tipos de violencia de género que hay, la situación actual del problema a nivel mundial, los distintos procesos de detección y tratamiento de la violencia de género, los mecanismos e instituciones de ayuda y defensa a los que pueden acudir estas mujeres etc. Esta competencia de búsqueda también incluye tener experiencia en el uso de herramientas de búsqueda y la habilidad de desarrollar estrategias para usar de manera eficiente las fuentes de información disponibles.

Todas estas habilidades y competencias se adquieren mediante formación académica y profesional, por eso es tan importante que las agencias y los proveedores de servicios se conciencien de que deben contratar a intérpretes y traductores profesionales para ayudar y tratar a los pacientes de la mejor manera posible y con la mayor eficacia y calidad.

11.3.3.3 Preparación y desarrollo de la interpretación

En esta fase se va a tratar como preparar primero y desarrollar más tarde el proceso de la interpretación en el ámbito sanitario en casos de violencia de género, lo que podríamos considerar el punto clave y más importante del manual.

Preparación

La fase de preparación empieza cuando el intérprete recibe la llamada con la oferta de trabajo y la acepta. El intérprete debe preguntar en qué situación del ámbito sanitario va a interpretar a la víctima de malos tratos (urgencias, atención especializada, salud mental etc.), para así ser consciente del tema que va a tratar y la terminología que va usar. También debe preguntar y anotar la fecha, hora y lugar de la reunión, información sobre como acceder al lugar en transporte público o en vehículo propio, la persona por la que tiene que preguntar una vez llegue a dicho lugar, y, si es posible, que le faciliten la nacionalidad de la víctima, para recopilar así información de su cultura.

Una vez acordado todo esto, el intérprete debe prepararse para la interpretación. Deberá repasar el vocabulario especializado y obtener información sobre el ámbito concreto que va a tratar y sobre aspectos culturales que debe conocer que pueden ser importantes o incluso es probable que creen algún conflicto en tales situaciones. El día de la reunión, el intérprete deberá llegar una mochila con todas las cosas que le serán útiles para realizar su trabajo: una botella de agua, dos o tres cuadernos de notas para la interpretación consecutiva, un par de bolígrafos, dinero, preferiblemente monedas, por si el encuentro se alarga y tiene que cogerse algo de comer en un máquina, o incluso puede traerse él mismo de casa algún tentempié o bocadillo, el cargador de teléfono por si se queda sin batería, pañuelos de papel, caramelos de menta o miel por si se le seca la garganta y el vocabulario impreso por si lo necesitara, o incluso algún diccionario electrónico.

El intérprete llegará puntual al lugar del encuentro, vestido de manera formal y profesional, y preguntara por la persona que le indicaron en su día. Aunque no siempre se hace, es recomendable que el intérprete se reúna poco antes del encuentro con el personal de atención sanitaria con el que va a trabajar para tratar sobre algunos asuntos clave para desarrollar la interpretación, respetando siempre el intérprete su papel de imparcial. Entre estos asuntos está la sala o lugar concreto donde va a tener lugar el encuentro, el tipo de interpretación que se va a utilizar durante el encuentro, si consecutiva o susurrada, o incluso alguna vez alternando las dos, y la manera de sentarse, la cual depende en gran parte de la técnica de de interpretación que se decida utilizar. Si se usa la interpretación consecutiva, lo más indicado es que se sienten en triángulo, y en el caso en que se combinen ambas técnicas de interpretación, el intérprete se sentará igualmente en triángulo y cuando vaya a susurrarle la interpretación a una de las partes, avisando previamente, se acercará a la parte correspondiente para susurrarle en voz baja la interpretación y que la puedan oír. En ocasiones, si el proveedor de servicios conoce a la paciente y su caso y sabe que va a tener que relatar experiencias muy traumáticas, es recomendable que se lo comunique al intérprete y este se posicione detrás del paciente, para evitar así alguna situación tensa, pero no demasiado lejos, ya que tiene que escuchar a la

paciente y al doctor y que estos le escuchen a él también, y a veces las víctimas cuando cuentan experiencias traumáticas tienden a bajar mucho el volumen de la voz. El intérprete también informará al personal sanitario de que, una vez estén reunidas todas las partes implicadas en el encuentro, él realizará una presentación a las partes en ambos idiomas con los que va a trabajar, y seguidamente el médico o miembro del personal sanitario correspondiente podrá proceder a preguntar o dirigirse al paciente, de que en ningún momento el intérprete se puede quedar solo con la paciente debido a su código de ética y el principio de imparcialidad, y de que el intérprete no realizará ninguna tarea que sea diferente a la de facilitar la comunicación y el entendimiento entre las partes. Es importante que el intérprete le explique todo esto al personal sanitario, ya que no todos ellos han trabajado alguna vez con intérpretes ni saben cómo trabajar con ellos.
Una vez terminado todo esto, solo queda esperar a que se produzca el encuentro y el desarrollo de la interpretación.

Desarrollo

Una vez en el lugar concreto donde se celebra el encuentro, con todos los participantes presentes (la víctima, el personal sanitario y el intérprete) y situados en su sitio, la primera tarea del intérprete es presentarse a ambas partes y dejar claro cuál es su función y los principios por los que se rige, para que no haya confusiones. El intérprete dejará claro que es un profesional, que es imparcial, confidencial y preciso, y también puede pedirles a las partes que se dirijan directamente el uno al otro, decir que en ocasiones podrá usar la interpretación susurrada para hacer que la comunicación sea más ágil, o comunicarle a la paciente que tomará notas durante el encuentro para interpretar, pero que las destruirá una vez acabado este, para que esta confíe en el intérprete y esté más cómoda y aliviada. A continuación damos un ejemplo, en español e inglés, de cómo podía ser esta presentación:

<<Hola, mi nombre es XXX. Soy un/una intérprete profesional presente aquí para ayudarle a comunicarse con (la paciente o el doctor, enfermera, psicólogo etc.). Interpretaré fielmente todo lo que usted diga. Soy imparcial y confidencial. Tomaré algunas notas para interpretar de manera precisa, pero las destruiré antes de abandonar la sala. En ocasiones utilizaré la interpretación susurrada para agilizar la comunicación. Por favor, diríjase directamente a (la paciente o al doctor, enfermera, psicólogo etc.)>>.

<<Hello, my name is XXX. I'm a professional interpreter present here to help you to communicate with the (patient or doctor, nurse, psychologist etc.). I will interpret faithfully everything you say. I'm impartial and confidential. I may write a few things to help me to interpret accurately, but I'll destroy my notes before I leave. Sometimes I will use whispering interpretation to make the communication easier. Please, speak directly to the (patient or doctor, nurse, psychologist etc.)>>.

Por supuesto, en el supuesto de que intérprete se llamado para interpretar en una situación en la que la víctima este en urgencias y su vida pueda correr peligro, este se saltará las formalidades con el personal sanitario y las presentaciones e irá directo a ayudar a la víctima y a los proveedores de servicios a comunicarse.
El intérprete renunciará al trabajo si en el momento de la reunión con las partes descubre que una de las partes involucradas es una persona con la que mantiene una relación más allá de lo estrictamente profesional, ya sea un familiar, amigo, vecino o conocido, de manera que esta relación que mantiene con una de las partes pudiera afectar al desempeño profesional de la

labor del intérprete y a su cumplimiento con el código de ética de la profesión.
Una vez terminadas las presentaciones, empezará la comunicación entre la paciente y el miembro del personal sanitario y, con ello, la interpretación por parte del intérprete.
El intérprete interpretará de manera fiel y precisa toda la comunicación entre la paciente y el personal sanitario, usando el vocabulario indicado para cada situación del encuentro, sin realizar añadiduras, omisiones o modificaciones, y manteniendo el estilo, registro y tono del hablante, sin necesidad de imitar al mismo. Por ejemplo, si la paciente llora o grita en algún momento dado de la comunicación explicando algún episodio dramático o doloroso de las experiencias de malos tratos vividas, el intérprete adoptará un tono neutral o mantendrá el tono con el que ha hablado esta, pero sin necesidad de gritar o de exagerar excesivamente el tono como si estuviera llorando él también, ya que el miembro del personal sanitario correspondiente ya habrá reconocido si la paciente ha llorado o gritado puesto que es algo que se percibe sin necesidad de entender el idioma que habla el otro. El personal sanitario, normalmente, hablará a la víctima con un tono empático, el cual el intérprete debe reproducir también. Aunque es tarea del personal sanitario adaptar el registro para que la víctima le entienda y si esta tiene alguna duda de algún término o proceso le pregunte al personal sanitario directamente, el intérprete, en estas situaciones de interpretación con víctimas de violencia de género, ayudará en todo lo posible a que la víctima entienda todo lo que le explica el personal sanitario, o bien parafraseando o explicando algún término específico que este le diga a la víctima, o bien, directamente, si se percata de que la víctima puede no entender o no entiende el registro en el que el médico o miembro del personal sanitario habla, explicárselo al mismo y decirle que adapte el registro a la víctima. Esta última opción es la más recomendable, ya que no es tarea del intérprete estar bajando o subiendo el registro de los hablantes, si no es tarea de ambas partes el adaptarse el uno al otro en cuanto al registro de la comunicación.
El intérprete estará en todo momento atento al lenguaje no verbal y a los gestos de la paciente y los interpretará igualmente o realizará las aclaraciones pertinentes al personal sanitario en el caso de que el gesto sea distinto en la cultura de la paciente y en la del proveedor de servicios y/o pueda surgir algún malentendido o conflicto. El intérprete deberá también traducir y adaptar culturalmente algunas frases populares o dichos que traducidos literalmente no tienen sentido para la otra persona.
El intérprete también deberá interpretar de manera fiel y exacta las palabras malsonantes o las amenazas que pueda pronunciar la paciente, sin hacer sus palabras más suaves u omitir alguna parte.
El intérprete deberá preservar el principio de imparcialidad y no ponerse del lado de ninguna de las partes ni implicarse en el caso, pero en estas situaciones con víctimas de violencia de género, el intérprete deberá mostrar empatía con la paciente a través del tono de voz, un lenguaje corporal abierto, expresiones faciales como una leve sonrisa, o un gesto de afirmación para que la paciente vea que le sigue, la comprende y se preocupa por ella y va a ayudarle en todo lo que pueda. En cuanto al contacto visual, por aquello de mostrar empatía con la paciente, se recomienda mirar a los hablantes de vez en cuando y durante un breve espacio de tiempo, ya que el intérprete no debe hacerse mucho notar en la conversación debido a que solo está allí presente para ayudar a las partes a comunicarse y no para formar parte de la comunicación. Pero, por otra parte, si el intérprete se está iniciando en la profesión y mirando a las partes el proceso interpretativo puede hacerse más complejo para él, o incluso confundirle, o el intérprete puede verse afectado por las experiencias traumáticas que cuenta la paciente, es recomendable que evite cualquier contacto visual. Si finalmente decide mantener el contacto visual, el intérprete deberá mirar al interlocutor y al entorno con una

expresión relajada, con la cabeza erguida y los brazos a ambos lados del cuerpo.
El intérprete interpretará en primera persona, a no ser que vea que el evento traumático que está contando la paciente puede afectarle demasiado psicológicamente, en cuyo caso cambiará a la tercera persona. Si se da tal caso de que el intérprete se está viendo afectado por la historia que está contando la víctima, este nunca debe reflejarlo en sus expresiones faciales, ya que puede asustar o confundir a la paciente. Cuando el intérprete quiera pedir o realizar una aclaración o corrección, hablará en tercera persona, diciendo <<el intérprete necesita/quiere hacer una aclaración/corrección>>.
El intérprete no puede decirle a la paciente cosas como <<No llores, todo va a salir bien>> o <<No pasa nada, estás a salvo, puedes hablar>>, incluso si lo hace porque observa que la actitud del proveedor de servicios es un poco dura o distante. No solo es algo que quebranta el principio de imparcialidad por parte del intérprete, si no que si a la paciente posteriormente le ocurre algo y se acuerda de lo que le dijo el intérprete, esto puede acarrearle a él incluso problemas legales. Es tarea del médico, psicólogo o cualquier otro miembro de personal sanitario decirle este tipo de cosas a la víctima, y si su actitud es de seriedad o de distanciamiento respecto a ella, seguramente ellos como profesionales que son tengan un motivo justificado para ello.
Normalmente, el intérprete dejará hablar a la víctima y después interpretará el mensaje, pero, según Marjory Bancroft, de *The Voice of Love*, grupo que trabaja interpretando a víctimas de guerra, torturas o violencia sexual, si la paciente habla tan rápido que el intérprete no es capaz de tomar las notas necesarias y/o no le da tiempo a interpretar de manera simultánea y susurrada todo fielmente, interrumpirá a la paciente y le pedirá que hable más despacio. En ningún caso debe callarse y resumir o solo interpretar la información que ha sido capaz de recopilar. El mismo caso se aplica con el personal sanitario. La misma Marjory Bancroft también afirma que, aunque el intérprete no puede tener contacto físico con la paciente, es posible que la paciente le agarre como un acto reflejo mientras está contando un episodio traumático de su experiencia de malos tratos. En esta caso, si esto ocurriera y la paciente agarrara del brazo al intérprete, Marjory recomienda que el intérprete ponga la mano libre que le queda con suavidad sobre la mano con la que la paciente le agarra, vaya poco a poco y lentamente librando la mano que agarra la paciente y finalmente retire ambas manos con suavidad y tacto hasta depositarlas en su propio regazo.
El recomendable que el intérprete interprete todo el encuentro de una vez y sin descansos, pero si ve que en algún momento de la comunicación se encuentra muy cansado, saturado o incluso afectado por los acontecimientos dramáticos que esta relatando la paciente y no se ve capaz de seguir proporcionando una interpretación de calidad de acuerdo a sus principios y su código de ética, este podrá pedir un descanso, dándole a ambas una explicación razonable para ello. El intérprete también podrá beber algún trago de agua durante del encuentro, para no agotarse ni que se le seque la garganta.
Se recomienda al intérprete no aceptar en ningún momento regalos de ninguna de las partes.
En estos casos en los que el intérprete trabaja con víctimas de violencia de género, es muy importante que este sea una persona respetuosa, comprensiva y paciente, y que no juzgue a la víctima ni por su cultura ni por nada de lo que cuente, ni haga conjeturas ni suposiciones, ya que no hay un solo prototipo determinado de víctima de malos tratos. También es importante saber que muchas mujeres, por razones culturales o personales, se sienten más cómodas hablando de sus experiencias sobre malos tratos delante de una mujer, ya que el hablar sobre sexo o violaciones o hablar mal de su pareja delante de una persona del mismo sexo puede hacerlas sentir pudorosas y cohibidas y que no lo cuenten todo o no se expresen la mejor manera posible para que se las pueda ayudar. Por tanto, un intérprete hombre no debe sentirse

ofendido ni mal si la mujer extranjera víctima de violencia de género indica que prefiere una mujer intérprete.
Finalmente, cuando el intérprete acabe y antes de despedirse de ambas partes, destruirá y tirará enfrente de la víctima las notas que haya tomado para su interpretación, tal y como le ha indicado al principio a la misma.

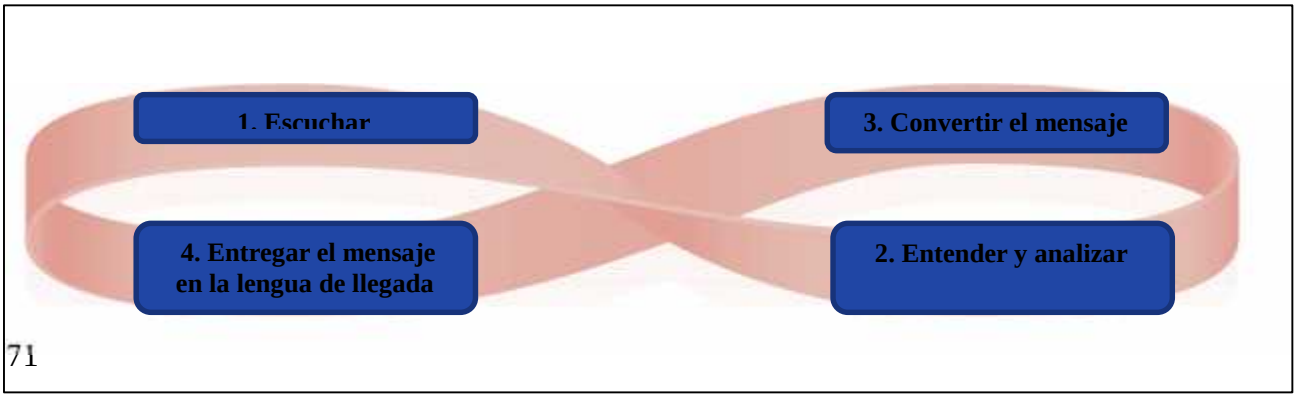
11.3.4 Dificultades de la interpretación

Como hemos comentado anteriormente, a la dificultad que tiene el intérprete interpretando a una mujer extranjera víctima de violencia de género por la terminología, la situación etc., se le añaden otras dificultades culturales, psicológicas y de otros tipos derivadas de los distintos aspectos del contexto interpretativo. El intérprete tiene que ser consciente de que todo este tipo de dificultades añadidas existen y ser capaz de prepararse y concienciarse para superarlas sin que afecten a su trabajo como profesional ni a él mismo como persona.

11.3.4.1 Aspectos del contexto comunicativo: experiencias de violaciones, tortura, violencia infantil etc.

La mayoría de las mujeres que son víctimas de violencia de género han sufrido todo tipo de situaciones traumáticas y dolorosas, desde violencia física, insultos, vejaciones, humillaciones, dependencia económica etc. hasta violaciones, abortos involuntarios debido a una fuerte paliza, torturas física o psicológica en algunos casos, o incluso puede que hayan vivido situaciones de violencia hacia sus propios hijos por parte del maltratador. Normalmente los proveedores de servicios hacen a las víctimas de malos tratos todo tipo de preguntas y hacen que estas les cuenten sus experiencias traumáticas con todo lujo de detalles, para de esta manera conseguir un diagnóstico y una intervención completa y lo más eficaz posible, y para que conste y quede por escrito a nivel judicial por si la víctima decide denunciar al maltratador, pedir una orden de alejamiento o pedir que le pongan medidas extraordinarias de protección. Cuando estas mujeres son extranjeras y necesitan un intérprete que les ayude a contar su historia y experiencias al personal sanitario, el intérprete en cierto sentido experimenta también estas situaciones traumáticas que ha vivido la paciente, y no solo una vez, si no cuatro, ya que, durante el proceso interpretativo, el intérprete primero escucha el mensaje, luego lo entiende y analiza, posteriormente convierte mentalmente el mensaje desde la lengua de partida hacia la lengua de llegada, y finalmente interpreta el mensaje en la lengua de partida.
A continuación, podemos ver una gráfica que muestra este proceso de cómo el intérprete procesa cuatro veces el trauma que cuenta la víctima.

FIGURA 7



Para sobrellevar este trabajo, el intérprete debe tener una estabilidad emocional y ser una persona equilibrada, capaz de controlar sus emociones e impulsos, y que no se altere con facilidad en su trabajo. Aún así, puede haber una situación que le afecte más por determinadas circunstancias y que se vea afectado de manera más evidente.
Cuando el intérprete se ve en esta situación, puede verse bloqueado o afectado por los acontecimientos dramáticos que está contando la víctima, y que esto también afecte al buen desempeño de su labor como profesional de la interpretación. El intérprete puede verse afectado por los hechos que cuenta la víctima debido a que sean de una violencia extrema e inhumana o porque le recuerde a alguna situación vivida en el pasado, o bien una experiencia personal o vivida por un familiar o amigo cercano. Para evitar verse afectado por la información que relata la víctima, el intérprete, primero, tiene que ser consciente de que existe esta circunstancia de poder verse afectado y, segundo, debe tener preparadas una serie de estrategias para abordar y resolver el problema.
Si el intérprete se ve afectado por todo esto durante el desempeño de su trabajo en el encuentro, lo primero que puede hacer es intentar recordarse a si mismo cual es su papel como profesional, respirar profundamente un par de veces para relajarse y coger aire, centrarse en un punto físico en concreto de la sala o en su libreta de notas para distraerse y despegarse un poco del contenido y que no le afecte tanto la situación, incluso puede cambiar de primera a tercera persona su interpretación.
Es muy importante que los intérpretes se habitúen a tratar estos temas desagradables durante el desarrollo de su trabajo y que aprendan canalizar sus emociones de manera que no les afecte a su vida diaria y personal, ya que si no lo hacen, esto puede acarrearle graves consecuencias para su salud y bienestar mental y emocional, incluso afectarles en sus relaciones con la familia y los amigos, en su vida laboral, en la vida sexual con su pareja, y en su salud en general, pudiendo incluso desembocar en alguna enfermedad grave a nivel físico o psicológico.

11.3.4.2 Aspectos culturales

A todo lo anteriormente mencionado como dificultades que puede encontrarse el intérprete trabajando con mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, se añaden determinados aspectos y factores de la cultura de la víctima que pueden dificultar el proceso comunicativo.

Los factores culturales son aquellos que influyen en la interrelación de las personas y que determinan el comportamiento de una sociedad en general. Entre estos factores culturales se incluyen ideas, costumbres, elementos simbólicos, hábitos, valores, leyes y poderes.

Uno de los aspectos culturales que puede dificultar al trabajo de un intérprete en el ámbito sanitario con mujeres extranjeras que han sido víctimas de violencia de género son por ejemplo el pudor a hablar abiertamente de sexo. En muchas culturas, como puede ser la cultura árabe, y la cultura de algunos países africanos y latinoamericanos, el sexo es un tema tabú, del cual se habla muy poco en el ámbito doméstico, con qué menos en el ámbito público con personas desconocidas, y, por supuesto, también suelen ser muy pudorosas en cuanto a desnudarse delante de alguien que no sea su marido. Este aspecto es muy importante cuando, por ejemplo, un médico, con la asistencia de un intérprete, tiene que realizar unas preguntas y explorar a una mujer extranjera que ha sufrido una violación por parte de su pareja.

Seguramente, cuando el médico empiece a preguntarle a la mujer sobre su vida sexual o cuando le indique que tiene que desnudarse para hacerle una exploración, esta se asustará o se quedará callada, inmóvil y cohibida sin saber qué hacer, puede incluso ocurrir que la mujer abandone las instalaciones médicas y desista en la decisión de denunciar su situación, ante la estupefacción del médico, el cual no conoce la cultura de la víctima y puede incluso pensar que el intérprete no ha interpretado de manera correcta y por eso la víctima no ha entendido nada. En estos casos, el intérprete tiene que conocer este aspecto cultural determinado y ser capaz de comunicárselo al personal sanitario, de tal manera que no haya confusiones y el médico o el proveedor de servicios correspondiente pueda explicarle a la víctima que es algo totalmente normal y necesario para ayudarle en su caso y que no tiene nada que temer ni de qué avergonzarse ya que está en manos de profesionales.
Otro aspecto importante de la cultura musulmana y por el cual el personal sanitario masculino puede sentirse ofendido si lo desconoce y el intérprete no se lo hace saber es que las mujeres no miran a los ojos a los hombres cuando hablan, si no que normalmente hablan con la mirada baja. Esto es un símbolo de sumisión y se debe a que debe ocultarse para observar el mundo exterior, al cual tiene el acceso vedado. Obviamente, es un aspecto general de la cultura, pero no tiene por qué darse para todas las mujeres musulmanas. Como dice Corsellis (2002:71-90) <<Hay ocasiones en las que hay que hablar de individuos más que de grupos>>.

Algo muy importante que hay que tener en cuenta en la fase de detección de la violencia de género es que los factores culturales inciden en las normas y los valores que determinan la masculinidad y la feminidad, y en la construcción de roles de género, incluso en muchos contextos definen el punto hasta el cual la mujer tiene control o puede tomar decisiones sobre su vida y su salud. Estas normas o valores de género, las cuales están culturalmente definidas, pueden crear contextos en los que la violencia de género contra la mujer se considera normal y aceptable. Es también cierto que durante siglos ciertas costumbres, tradiciones y preceptos religiosos se han usado para justificar ciertas formas de violencia contra la mujer. Esto se da en muchas culturas africanas, en la cultura musulmana e incluso en algunas culturas de latinoamericana y culturas asiáticas, como la cultura china e hindú, en las que el hombre predomina sobre la mujer. Por ejemplo, el antropólogo estadounidense Marvin Harris decía lo siguiente sobre el machismo en Latinoamérica: <<...a los hombres se les exige ser el macho, es decir, valientes, sexualmente agresivos, viriles y dominantes sobre las mujeres. En casa, controlan el dinero a sus mujeres, comen primero, esperan obediencia inmediata de sus hijos, especialmente de sus hijas, van y vienen a su antojo y toman decisiones que la familia entera debe acatar sin discusión>>. El crecer en una sociedad que las discrimina las hace sentirse incompetentes, sumisas y sin valores. Es por esto que muchos casos de violencia de género entre la población extranjera no se detectan, ya que las mujeres no le dan importancia ni lo denuncian, al considerar que su marido o pareja es superior a ellas y tiene derecho a maltratarlas, y que es algo normal y debe mantenerse dentro del ámbito familiar y privado.

Algunos de los factores culturales que pueden incurrir en la violencia sobre las mujeres son: las normas sociales que legitiman el control sobre el comportamiento de las mujeres; la aceptación de la violencia como procedimiento de resolución de conflictos; la noción de la masculinidad unida a la dominación, el honor y la agresión; los roles de género basados en la cultura patriarcal; el desequilibrio del poder que disminuye la autonomía sexual de la mujer y propaga la libertad sexual y control del hombre sobre su sexualidad; la consideración de la violencia doméstica como un asunto del ámbito privado; la práctica tradicional de la poligamia reconocida en algunas comunidades; la percepción de la violencia como algo

“normal” y “aceptable” por parte del maltratador, la mujer y la comunidad en general; las prácticas tradicionales perjudiciales, como la ablación del clítoris a las mujeres, el matrimonio de menores o la preferencia de tener un hijo varón; las actitudes de ciertas comunidades que legitiman y toleran la violencia de género hacia la mujer; y valores y preceptos fundados en ciertas tradiciones religiosas.
Es por todo esto que se recalca tanto la importancia de que el intérprete conozca las culturas de los países que hablan sus lenguas de trabajo, y sobre todo en temas tan delicados como el de la violencia de género en mujeres extranjeras, en el cual es de vital importancia conocer todos estos aspectos culturales para que la víctima pueda obtener una atención completa por parte del personal sanitario sin que puede surgir ningún problema que le dificulte o impida salir de la situación en la que se encuentra como víctima de malos tratos.

11.3.4.3 Otro tipo de dificultades

A parte de los factores culturales, los aspectos del contexto comunicativo, el tema y la terminología tratada, existen otros tipos de dificultades que los intérpretes pueden encontrarse y que deben conocer y estar advertidos sobre ellas.
Por ejemplo, como hemos comentado de manera breve anteriormente, hay muchos proveedores de servicios en el ámbito sanitario que no han trabajado nunca con intérpretes, porque lo que no están acostumbrados ni saben cómo desempeñar esta tarea de trabajo conjunto con el intérprete. Por eso hemos hablado de que, si es posible, es importante que el intérprete tenga una reunión previa al encuentro con el miembro del personal sanitario correspondiente, y de que una de las cosas que debería explicarle en esa reunión previa es como se trabaja con un intérprete y las tareas y obligaciones del mismo. Aún habiéndole explicado con anterioridad su papel, el intérprete puede encontrarse con que durante el encuentro el personal sanitario le encomiende una tarea que no es propia de su profesión, como explicarle a la víctima algún término que desconozca, en vez de que se lo explique el mismo proveedor de servicios y el intérprete lo interprete, tal y como debería ser acorde con la función de cada uno, o como acompañar a la víctima a la farmacia o a cualquier otro servicio hospitalario, lo cual además podría hacer al intérprete incumplir el principio de imparcialidad al quedarse a solas con la paciente. Esto es algo que pasa normalmente aunque el intérprete haya explicado previamente que su única función es la de facilitar la comunicación entre ambas partes, por lo que el intérprete no deberá sorprenderse si esto le pasa y deberá, educadamente y con respeto, recordar al personal sanitario pertinente lo que anteriormente le explicó.

Aunque no es algo común y es muy raro que ocurra, el intérprete también puede encontrarse con que el proveedor de servicios del ámbito sanitario contesta o habla mal a la paciente o la trata con desprecio, la ignora o incluso la insulta debido a su raza, religión, cultura o a cualquier otro motivo o prejuicio que pueda tener este hacia la víctima. Este es el único caso en el que el intérprete tiene permitido según su código de ética quebrantar el principio de imparcialidad y defender a la víctima, en caso de que la dignidad, la salud o el bienestar de la paciente pueda verse en peligro debido a un mal comportamiento o maltratos o abusos por parte de algún miembro del personal sanitario. Si se da este caso, el intérprete saldrá a la defensa de la paciente y le hará saber al proveedor de servicios que no tiene ningún derecho a tratar de esa manera a la víctima y que no va a consentir ese comportamiento, ya que ni es ético, ni profesional ni humano. Si el proveedor de servicios no cambia de actitud, el intérprete deberá informar de ello a un superior o encargado del centro sanitario u hospital

donde haya tenido lugar en encuentro entre las partes, y realizar una queja por escrito a la administración responsable, e incluso, si se ha producido una comportamiento grave hacia la víctima, el intérprete debe hacerle saber a la paciente que tiene el derecho y el deber de denunciar ante las autoridades judiciales o policiales dicho comportamiento despectivo, maltrato o abuso que ha sufrido hacia su persona.

Por último, también puede darse el caso de que el intérprete se encuentre a un proveedor de servicios que le habla mal, le desprecia o infravalora su trabajo. En ese caso, el intérprete amablemente le pedirá que sea una persona profesional y que se dirija a él educadamente, ya que está allí con el único cometido de ayudar a comunicarse a él o ella y a la paciente, y que deben trabajar correctamente y con respeto mutuo por el bien de la víctima. Si el miembro del personal sanitario sigue actuando de la misma manera respecto al intérprete, el intérprete tiene dos opciones: seguir facilitando la comunicación entre las partes, si el problema es mínimo y el intérprete es capaz de ignorarlo y seguir al 100% con su labor interpretativa, para así no perjudicar a la víctima, y al finalizar el encuentro dar queja al superior o es responsable del centro sanitario u hospital donde se encuentre, o bien renunciar a seguir trabajando con esa persona y dar parte por escrito de los sucedido a la administración correspondiente o al superior o encargado del centro sanitario u hospital donde se encuentre.

11.3.5 El impacto psicológico sobre el intérprete

Como hemos explicado anteriormente, cuando un intérprete tiene que trabajar en el ámbito sanitario con mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, como es este caso, tiene en muchas ocasiones que escuchar e interpretar historias y experiencias de violencia extrema, violaciones, vejaciones, humillaciones etc. vividas por la víctima. En la mayoría de las ocasiones, estas experiencias tienen una gran carga emocional y traumática para la víctima, la cual se puede transmitir también al intérprete y este puede sufrir ciertas consecuencias y daños a nivel psicológico, a largo o corto plazo. Los intérpretes que han tenido experiencias traumáticas en sus vidas anteriormente o están atravesando momentos de fuerte impacto emocional, como por ejemplo un divorcio, la enfermedad de un familiar o una persona cercana etc., son más vulnerables a padecer consecuencias negativas (Valero, 2006).
A nivel fisiológico, los síntomas más perceptibles son fatiga, mareos, opresión en el pecho, tensión, dolor de cabeza o de espalda etc., los cuales pueden ir acompañados de dificultades relacionadas con el comportamiento, como pérdida del apetito, insomnio, conducta antisocial, incapacidad para descansar bien, consumo de alcohol o tranquilizantes etc. A nivel cognitivo, se perciben síntomas como la falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, confusión, hipervigilancia, desconcierto, pensamientos intrusivos o recurrentes, disminución de la capacidad para razonar, pérdida de la noción del tiempo etc. Y, por último, a nivel afectivo se pueden observar síntomas como ansiedad, tristeza, indefensión, miedo, agitación, irritabilidad, enfado o furia etc.
Además de todos estos síntomas, las consecuencias de trabajar en contextos de fuerte impacto emocional y no tener ayuda psicológica pueden derivar en graves alteraciones emocionales, como pueden ser estrés, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), problemas de percepción y de memoria, enoclofobia (miedo a las multitudes) o agorafobia (miedo a los espacios abiertos), el Síndrome del Superviviente, desgaste por empatía ("*compassion fatigue*"), fatiga profesional (también conocida como el "síndrome *burnt out*"), o el conocido "trauma del vicario", ocasionado por la escucha reiterada de relatos traumáticos y horrorosos, y la impotencia que siente la persona al no poder actuar ni hacer nada frente a lo acontecido a

la víctima. Todo esto se manifiesta para el intérprete en apatía, desmotivación, falta de ilusiones, agotamiento a nivel físico y mental, pérdida o falta de energía, sensación de frustración, problemas de corazón etc.

Todo esto también puede tener consecuencias a nivel laboral y personal. A nivel laboral, las consecuencias más inmediatas son: aumento de absentismo laboral, tendencia a abandonar el puesto de trabajo, deterioro en la calidad del trabajo, menor implicación laboral y aumento de problemas interpersonales. A nivel personal, el efecto de estas alteraciones emocionales puede crearle al intérprete problemas con sus familiares y amigos, problemas para relacionarse con ellos, pérdida de la confianza en las personas cercanas, pérdida de la libido y cambios o alteraciones en las relaciones sexuales, e incluso puede provocar el aislamiento del intérprete, o que este se considere a él mismo una víctima de la situación.

A pesar de que se ha demostrado que estos problemas existen y pueden darse en las personas que trabajan con victimas que han vivido experiencias y traumas horribles en sus vidas, y de que ha habido casos de intérpretes que se han visto afectados por alguno o algunos de estos síntomas y trastornos emocionales, son muy pocas las instituciones, ONGs o agencias de interpretación que proporcionan a sus intérpretes asesoramiento y ayuda psicológica en estos casos.

11.3.5.1 Técnicas útiles de autoayuda

Existen numerosos y variados estudios sobre los efectos que pueden tener sobre los intérpretes los testimonios de víctimas de experiencias traumáticas o violentas. Aunque muy pocas instituciones, organizaciones o agencias de traducción ofrecen apoyo psicológico a sus intérpretes, si hay varios ensayos y estudios que proporcionan algunas pautas, consejos o técnicas que los intérpretes pueden llevar a cabo para no sufrir las consecuencias físicas, psicológicas, afectivas y cognitivas, ni los trastornos emocionales anteriormente mencionados.

Antes de trabajar en este ámbito, el intérprete debe ser consciente de que pueden darse situaciones que le afecten a nivel emocional y personal. Por esta razón, debe conocer y llevar a cabo algunas técnicas psicológicas que pueden ayudar a prevenir los síntomas mencionados en el apartado anterior, ya que, aunque los síntomas son menos severos que los que sufren las víctimas, si no se tratan o se hace algo para evitarlos, pueden convertirse en problemas muy graves.

Para evitar que el intérprete se quede bloqueado o en shock durante el proceso interpretativo y pueda alejarse un poco de la historia que está contando la víctima, muchos expertos recomiendan llevar en el blog de notas alguna frase escrita que nos motive, o incluso algún dibujo o imagen que nos haga recordar algo gracioso y nos evada por un momento de el acontecimiento traumático que estamos interpretando. También hay profesionales del ámbito sanitario que, después de una sesión intensa de interpretación en un contexto donde ha habido una gran carga emocional y traumática, organizan una breve “sesión terapéutica” (“*debriefing*”) con el intérprete para ver cómo se siente y como se ha sentido durante el proceso interpretativo en el encuentro, lo cual es muy recomendable y de mucha ayuda para los profesionales de la interpretación.

Es recomendable que después de estos encuentros de gran carga emocional y traumática, el intérprete salga y se reúna con sus familiares, amigos o pareja para charlar, tomar algo o cenar y así puede evadirse y olvidarse todas las malas experiencias que ha tenido que escuchar e interpretar. Si no se ha producido una “sesión terapéutica” posterior con un profesional y el intérprete necesita hablar y desahogarse, puede llamar a un compañero de la profesión para

hablar con él, sin contar nunca datos personales de la víctima que pueda suponer un quebrantamiento del principio de confidencialidad por parte del intérprete. También se recomienda que los intérpretes realicen actividades que les gusten, como ir al cine, leer, escuchar música, escribir etc., o incluso actividades deportivas o ejercicios de relajación que les ayuden a quemar adrenalina y a relajarse y evadirse del asunto en cuestión. La anteriormente mencionada Marjory Bancroft recomienda que el intérprete se elabore un plan propio de bienestar, en el que se especifique la actividad que se va a realizar, cuantos días o veces a la semana o al mes se va a realizar, el sitio dónde se va a realizar y durante cuánto tiempo se va a realizar dicha actividad. Para que sea un plan completo y eficaz, se recomienda al menos tener cinco actividades especificadas en dicho plan.

Por último, y a modo de curiosidad, existe una "dramaterapia" (refiriéndose al uso intencional y planeado de los aspectos curativos del drama en el proceso terapéutico), usado por muchas asociaciones e instituciones y cuya diseñadora pionera fue Sue Jenning, la cual lo definió como <<la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intensión que es terapéutica>> (Jenning S., 1994). Este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, desde el teatro y los juegos de roles ("*role plays*") ficticios, en la co-visión grupal interdisciplinaria, en situaciones que son propicias a crear estrés profesional. La Asociación Británica de Dramaterapia es uno de los organismos que se encarga del desarrollo y evaluación de la dramaterapia.

11.4 Casos prácticos

En este apartado vamos a poner en práctica la aplicación del protocolo y la guía de actuación que hemos elaborado para los intérpretes que trabajan con mujeres víctimas de violencia de género, para mostrar cómo debería y no debería actuar un intérprete cuando trabaja con estos casos. Para ello, vamos a crear dos situaciones ficticias no muy extensas (*role plays*) en las que la víctima acude a los servicios sanitarios debido a problemas derivados de los malos tratos que sufre, y para comunicarse con el personal sanitario cuenta con la ayuda de un intérprete. En el primer caso, el intérprete no es profesional y no tiene formación ninguna, ni en conocimiento y habilidades interpretativas ni en el tema en concreto (intérprete "ad hoc"), y en el segundo caso el intérprete es un profesional, formado además en la especialidad de la temática de la violencia de género en el ámbito sanitario

Me gustaría especialmente decir que las referencias culturales que se puedan dar en estos *role plays* son algo generalizado y para nada tienen que ser un rasgo que identifique a una persona o un conjunto de personas de la misma cultura, ya que la mayoría de las veces cuando hablamos de rasgos culturales, son rasgos individuales de determinados individuos concretos y no rasgos generales de todo el colectivo. Y, por supuesto, nada de lo aquí escrito tiene como objetivo ofender a ningún miembro de ninguna cultura, ya que se trata de situaciones totalmente ficticias que solo sirven para ejemplificar cuál debería ser el comportamiento y las habilidades de un intérprete bien formado y cuáles son los comportamientos erróneos y las deficiencias interpretativas y terminológicas que no pueden permitirse de un intérprete profesional.

11.4.1 Intérprete sin preparación en casos de VG

La primera situación se desarrolla en el ámbito de urgencias de un hospital. En primer lugar, se pondrá brevemente en contexto la situación, luego, con el guión presente, pasaremos a analizar y comentar la actuación del intérprete. En este primer caso, se trata de un intérprete "ad hoc".

Una paciente de nacionalidad nigeriana acude a los servicios de urgencias del hospital con su pareja debido a una fractura de radio y cúbito y algunos cortes y arañazos. Tras hacerle una radiografía, y ante las sospechas de que podía tratarse de un caso de violencia de género, los médicos deciden hacerle una entrevista clínica a la paciente a solas, separándola así con escusas del que podría ser el supuesto agresor.

M=Médico
P=Paciente

- El intérprete no hace una presentación formal a ambas partes, como debería hacer cualquier profesional de la interpretación para darse a conocer y explicar sus funciones y su código de ética, si no que saluda a ambos en el idioma correspondiente de cada uno y espera a que empiecen a hablar entre ellos.

M: Buenas noches, señora. Cuénteme, ¿qué le ha ocurrido exactamente?
Good evening, lady. Tell me, what has happened exactly?

- El intérprete transmite la información de manera correcta y sin ningún problema.

P: Hello doctor. Well, tonight I was washing up after dinner when I realised I haven't checked the letterbox today, so I decided to do it. I was dark because and I forgot to turn the lights on, so finally I stumbled over something and fell in the rose bush that I have in my garden. I also hurt my arm with some rocks that were on the way.
Hola doctor. Bueno, estaba fregando después de la cena cuando me di cuenta de que no había comprobado el buzón hoy, así que decidí hacerlo. Estaba muy oscuro y se me olvidó encender las luces, por lo que finalmente tropecé y me caí sobre un arbusto. También me lastimé la mano con algunas piedras que había en el suelo.

- El intérprete transmite todo correctamente (aunque omite pequeños detalles y hace en algunas ocasiones traducciones un poco libre), excepto que traduce "*rose bush*", que es un rosal, por "arbusto" en general.

D: Dígame, ¿cuánto tiempo lleva usted viviendo en España?
Tell me, how long have you been living in Spain?

- El intérprete transmite todo de manera correcta.

P: I came here six months ago to live with my husband, who arrived here 2 years ago.
Vine hace seis meses a vivir con mi marido, que llegó aquí hace dos años.

- El intérprete transmite todo de manera correcta.

D: ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Siente que le tratan bien? ¿Está contenta con la relación que tiene con su marido?
How is everything going at home? Are you happy about the relationship you have with your husband?

- El intérprete, o bien por no tener una buena memoria inmediata o bien por falta de una técnica de toma de notas satisfactoria, olvida transmitir una de las preguntas del doctor. Las otras dos preguntas las transmite de manera correcta.

P: Yes, everything it's fine at home. My husband and I have arguments sometimes, but like all couples. He is a little bit chauvinist and has a controlling behaviour, but it is something normal from men in our culture.
Sí, todo va bien en casa. Mi marido y yo a veces discutimos, pero como todas las parejas. Él tiene un fuerte temperamento, pero es algo normal de los hombres en nuestra cultura.

- El intérprete aquí comete varios errores muy graves. No solo omite, por desconocimiento del término o por olvido, la descripción que la víctima hace sobre su marido como "machista", si no que confunde el término "controlling behaviour" ("comportamiento controlador") con "fuerte temperamento". Aquí el intérprete muestra desconocimiento sobre la terminología y falta de preparación sobre el tema. De esta manera el médico no percibe nada alarmante ni grave en el comportamiento del marido de la víctima.

D: ¿Calificaría como satisfactorias las relaciones afectivas y sexuales con su marido?
Would you describe the affective and sexual relationships with your husband as satisfactory?

- El intérprete transmite la información de manera correcta.

P: … (La paciente se queda en silencio y mira hacia otro lado).

- El intérprete comete aquí el fallo de no explicarle al doctor que en la cultura de la paciente el sexo es un tema tabú y que no hablan habitualmente del tema, y menos aún con un hombre desconocido. El médico, un poco confuso y perplejo, continua con la ronda de preguntas.

D: En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (fracturas, cortes y hematomas) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?
In many cases, the kind of problems that you present with (fractures, cuts and brushes) are due to some type of violence that the woman is suffering, is that your case?

- El intérprete transmite casi todo correctamente, excepto la palabra "hematomas", que en vez usar el término especializado "*haematomas*", utiliza "*brushes*", que sería en español el equivalente a "moratones", un término menos técnico. Una vez más, seguramente esto sea dado al desconocimiento terminológico por parte del intérprete.

P: (contesta de manera seria, ya que está aún cortada por la pregunta anterior del doctor) mmm...No, that's not my problem at all.

No, ese no es mi problema.

- El intérprete no expresa el tono dubitativo con el que ha contestado la mujer. Debido a esto y a la seriedad de la paciente, el doctor piensa que se ha podido sentir molesta por las preguntas anteriores y decide cambiar de tema, dándole los resultados de la radiografía y mandándola a enfermería a que le hagan los cuidados necesarios.

D: De acuerdo. Según la radiografía, tiene usted una fractura de cúbito y radio. La enfermera la acompañará a la enfermería a que le curen las heridas y le escayolen el brazo. Tendrá que volver en un par de semanas para una revisión.
All right. According to the x-rays, you have a fracture in your arm. The nurse will go with you to the infirmary to heal your wounds and to put in a plaster on your arm. You will have to come back in a couple of weeks for a check-up.

- El intérprete, una vez más desconoce la terminología y en vez de especificar que la paciente tiene una fractura de cúbito y radio ("*an ulna and radius fracture*"), habla de una fractura general en el brazo. El resto de la información la transmite de manera correcta.

P: Ok, thank you doctor. Good-bye.
Vale. Gracias doctor. Adiós.

- El intérprete transmite la información de manera correcta.

D: Adiós.
Good-bye.

- El intérprete transmite la información de manera correcta.

Como hemos podido observar a lo largo de este diálogo, el intérprete "ad hoc" ha cometido varios errores y omisiones terminológicas, no ha aclarado una referencia cultural clave y no se ha presentado correctamente ante las partes como debería hacer un intérprete profesional. El resultado ha sido que esta mujer, la cual efectivamente sufría malos tratos por parte de su pareja y necesitaba que la ayudaran y asesoraran, no ha sido diagnosticada como víctima de violencia de género por lo médicos, si no que ha sido curada y enviada a casa, por lo que seguirá sufriendo estos malos tratos y puede incluso que su vida corra peligro.

11.4.2 Intérprete con preparación en casos de VG

La segunda situación se desarrolla en el ámbito de atención especializada de ginecología. En primer lugar, se pondrá brevemente en contexto la situación, luego, con el guión presente, pasaremos a analizar y comentar la actuación del intérprete. En este caso contamos con un intérprete profesional, con formación académica y formación especializada en el ámbito de la violencia de género.

Una mujer británica de 56 años acude a la consulta de ginecología debido a ciertas molestias vaginales. Tras examinarla, la ginecóloga decide hacerle una serie de preguntas personales a modo de entrevista clínica, ya que sospecha que la mujer puede estar sufriendo abusos

sexuales. En este caso, contratan a una intérprete mujer, ya que este ámbito especializado requiere cierta intimidad y las pacientes prefieren contar con profesionales que sean mujeres para que las atiendan.

D=Doctora
P=Paciente

- La intérprete se presenta de manera profesional, explicando su tarea y los principios éticos por los que se rige su trabajo, primero en inglés hacia la paciente y luego en español hacia la doctora.

D: Buenos días. Dígame, ¿qué le ocurre?
Good morning. Tell me, what seems to be the problem?

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

P: Well, like a couple of weeks ago I started to feel some kind of discomfort in my vagina and it hasn't stop yet. Now it hurts and the pain gets a little bit worse every day.
Bueno, hace como unas dos semanas empecé a sentir algunas molestias en la vagina y aún las tengo. Ahora me duele y el dolor empeora un poco cada día.

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

D: Vale, voy a hacerle una exploración. Por favor, pásese detrás del biombo, desnúdese de cintura para abajo y túmbese en la camilla.
Ok, I'm going to examine you. Please, go behind this room divider, undress from the waist down and lay down on the examination table.

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

D: (Después de examinarla durante unos minutos) Vale. Ya puede vestirse.
OK. You can get dressed again.

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

D: (La doctora vuelve a sentarse en su silla y, tras vestirse de nuevo, la paciente hace lo mismo): Bien, tiene usted algunas lesiones en la vagina que pueden ser el resultado de haber sido forzada a mantener relaciones sexuales. ¿Ha sido usted víctima de violación?
Well, you have several injuries in your vagina that could be the result of having been forced to have sexual relationships. Have you ever been victim of rape?

- La intérprete transmite la información de manera correcta y utilizando la terminología adecuada.

P: No...Never. My husband is the only men with who I have ever slept.
No...Nunca. Mi marido es con el único hombre con el que me he acostado.

- La intérprete transmite la información de manera correcta y expresa el tono dubitativo

de la paciente.

D: ¿Calificaría de satisfactorias las relaciones sexuales con su marido?
Would you describe the sexual relationships with your husband as satisfactory?

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

P: I...I don't know...I don't feel comfortable talking about that.
Yo...No sé...No me siento cómoda hablando de esto.

- La intérprete transmite la información de manera correcta y el tono dubitativo de la paciente, y le explica a la doctora que en la cultura británica las personas son muy reservadas y tradicionales, y a veces pudorosas para hablar de determinados temas personales con desconocidos, sobre todo si son personas adultas de edad avanzada.

D: No se preocupe señora, hablar de sexo es algo muy normal, sobre todo en el ámbito médico. Yo soy una profesional y solo quiero ayudarla. ¿Tiene algún problema con su marido?
Don't worry lady, talking about sex is something which is quite normal, especially at the health care field. I'm a professional and I just want to help you. Do you have any problem with your husband?

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

P: Ok. Well...I don't know if I like having sex with my husband...
Vale. Bueno...No sé si me gustar mantener relaciones sexuales con mi marido...

- La intérprete transmite la información de manera correcta y expresa el tono dubitativo de la paciente.

D: ¿Su marido la presiona u obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no quiere?
Does your husband pressure or force you to have sex when you don't want to?

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

P: (tras dudarlo un segundo, se pone a llorar desconsoladamente) Yes! He forces me to do whatever he wants whenever he wants, and sometimes he even hurts me if I try to resist.
¡Sí! Me obliga a hacer lo que él quiere cuando él quiere, y a veces incluso me pega si me resisto.

- La intérprete transmite toda la información de manera correcta e incluso transmite el tono lloroso y de angustia de la paciente, pero sin imitarla.

D: Está bien. Cálmese y no se preocupe. Usted sufre violencia física y sexual a manos de su marido, lo cual es un claro caso de violencia de género. Vamos a ayudarla, pero necesito que me lo cuente todo, ¿de acuerdo?
It's all right. Calm down and don't worry. You are suffering from physical and sexual abuse at

the hands of your husband, which is a clear case of domestic violence. We are going to help you, but I need you to tell everything, okay?

- La intérprete transmite toda la información de manera correcta, emplea los términos especializados adecuados y utiliza el mismo tono de empatía que ha utilizado la doctora.

P: Yes! I will tell you everything, but help me, please! I'm desesperate! I can't live like that any more...
¡Sí! Se lo contaré todo, pero, ¡ayúdeme, por favor! ¡Estoy desesperada! No puedo vivir así más tiempo...

- La intérprete transmite la información de manera correcta y sigue empleando el tono de desesperación y angustia de la víctima sin caer en la imitación.

D: No se preocupe. Le voy a realizar una entrevista clínica específica y le entregaré los resultados y el informe médico a los trabajadores sociales y psicólogos del hospital y a su médico de cabecera, para que entre todos podamos ayudarla a salir de la situación que está viviendo.
Don't worry. I'm going to make you a specific clinical interview and I will send the results and the medical report to the social workers and psychologists of the hospital and to your GP, so together we can help you to get out of the situation you are going through.

- La intérprete transmite la información de manera correcta, mostrando una vez más que domina la terminología y empleando el mismo tono empático de la doctora.

P: Thank you, doctor. You are my saviour.
Gracias doctora. Es usted mi salvadora.

- La intérprete transmite la información de manera correcta.

Durante todo el diálogo hemos podido comprobar que la intérprete es una profesional, con formación académica y formación especializada en el ámbito de la violencia de género, y ha demostrado poseer amplios conocimientos terminológicos, ha sabido presentarse a ambas partes de manera profesional, aclarando sus funciones y principios éticos, aclarar referencias culturales necesarias para evitar conflictos o equivocaciones y adoptar el tono de voz de los interlocutores sin caer en la imitación.

12. Recursos para los intérpretes

Desde la página web del Proyecto SOSVICS se ha elaborado una extensa lista de recursos útiles para los intérpretes que trabajen con mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, tanto en el ámbito sanitario como en el jurídico. Me gustaría destacar alguno de estos recursos que me han parecido más interesantes, sobre todo los destinados al ámbito sanitario, que es la especialidad a la que he destinado mi trabajo.

– Diccionarios: Podemos encontrar diccionarios monolingües en inglés, como el diccionario Oxford y Cambridge online, el diccionario Merriam-Webster online y el *British National Corpus;* también diccionarios monolingües en español, como el diccionario CLAVE, el diccionario de la Fundación Español Urgente (fundéu) y el diccionario Salamanca, al igual que diccionario bilingües español-inglés, como el wordreference, linguee, the Free dictionary, reverso, lexicool y Dicciomed, el cual es un diccionario bilingüe de medicina y biología muy interesante y completo.

– Corpus, bases de datos terminológicas y otros recursos de traducción: Existen también una gran variedad de bases de datos terminológicas en varios idiomas como la base de datos canadiense TERMIUM, la base de datos terminológicos multilingüe de las Naciones Unidas (UNTERM), IATE (base de datos terminológica de la Unión Europea), FAOTERM (base de datos terminológica de la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura), corpus como el de CRATER, y glosarios multilingües de términos médicos como el de la Comisión Europea (Multilingual Glossary of technical and popular medical terms in nine European Languages).

– Asociaciones de traductores e intérpretes: Podemos encontrar importantes asociaciones de traductores e intérpretes, tanto a nivel nacional, como ASETRAD (Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes) y APTIJ (Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados), como a nivel internacional, como la *International Association of Professional Translators and Interpreters* (IAPTI). Quizá podamos encontrar en alguna de estas asociaciones algún miembro que haya trabajado en el ámbito y pueda darnos algunos consejos y percepciones de la situación actual, o incluso en algunas asociaciones facilitan glosarios y corpus que nos pueden ayudar con la materia también.

– Publicaciones periódicas: podemos encontrar publicaciones periódicas de revistas de traducción e interpretación que pueden sernos útiles en algún momento y de las cuales podemos recopilar información, como la *Translation Journal*, *La linterna del traductor*, *Revista Tradumàtica*, *Lextra*, *Quaderns*, *El cuaderno de Bitácora* etc. También encontramos algunos blogs de traductores e intérpretes de los servicios públicos interesantes, de donde podemos sacar información útil de las comunicaciones que nos revelan los redactores o de las experiencias personales que cuentan.

– Grupos y proyectos de investigación: hay algunos proyectos de interpretación y traducción en los servicios públicos, tanto a nivel nacional como internacional, que pueden servirnos como fuentes de información, como la Red Comunica, el Grupo FITISPOS, de la Universidad de Alcalá, el Grupo MIRAS, de la Universidad Autónoma de Barcelona, el proyecto europeo ImPLI (Improving Police and Legal Interpreting), cuyo objetivo es contribuir a la implementación de la Directiva 2010/64/UE, y algunos otros proyectos de la Unión Europea que ya terminaron pero que hicieron sus aportaciones importantes para el trabajo del intérprete y traductor en los servicios públicos, como Qualitas, Qualetra y Building Mutual Trust.

– Enlaces sobre la violencia y la lucha por la igualdad de género: podemos encontrar enlaces a páginas web de organizaciones e instituciones en inglés y español que tratan el tema de la violencia de género, y aportan datos sobre el problema y proyectos para luchar contra

esta violencia hacia las mujeres y por la igualdad de género. Entre ellos encontramos el Observatorio de la Mujer, la Fundación Mujeres, la campaña de las Naciones Unidad "UNITE *to end violence against women*", el proyecto HOPE, La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (*United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women*), y el *European Institute for Gender Equality*.

– Guías de actuación disponibles en otros idiomas: por último, en la página web de SOSVICS podemos encontrar guías de actuación en inglés para los intérpretes que trabajan en casos de violencia de género. Por ejemplo, podemos encontrar la guía "*Interpreting in situations of sexual violence and other trauma. A handbook for community interpreters*" (2008) del *Dublin Rape Crisis Centre*, "*Good practice guidance on interpreting for women who have experienced gender based violence*" (2011) del *Glasgow Violence Against Women Partnership*, o "*Good practice checklist for interpreters working with domestic violence situations*" (2008) de *Standing together against violence*.

Junto a todos estos recursos y más disponibles en la página web de SOSVICS para intérpretes que trabajan con víctimas de violencia de género, también podemos encontrar enlaces, recursos y guías de actuación, de recursos y de derechos tanto para proveedores de servicios como para las propias víctimas.

13. Conclusiones

Como hemos podido ver y demostrar con este trabajo, la labor del intérprete es de suma importancia, sobre todo en casos en los que la persona inmigrante que no habla la lengua de nuestro país necesita ayuda desesperadamente, ya que su vida puede correr peligro y el intérprete el único que puede ayudarle a comunicarse con las personas que le pueden proporcionar esa ayuda que necesita. Un ejemplo de esta situación es el tema que hemos tratado en este proyecto, las mujeres inmigrantes víctimas de violencia de género.

Estas mujeres necesitan un intérprete profesional y cualificado, que haya sido formado, no solo en el idioma de la mujer, sino también en su cultura, y que maneje a la perfección las técnicas de interpretación y toma de notas, y, por supuesto, que este especializado en la terminología necesaria y utilizada en estos casos. Sin un profesional que posea todas estas habilidades, los derechos de estas mujeres no serán respetados ni se les podrá proporcionar de manera completa y eficaz la ayuda que tanto necesitan, llegando incluso a poder poner en riesgo la vida de dichas mujeres.

Por todo esto, hay que conseguir concienciar a la sociedad, en particular a los proveedores de servicios públicos, que son los que trabajan junto con los intérpretes y el desempeño correcto de su trabajo depende en gran parte de ellos, de que contraten y/o insistan en trabajar solo con intérpretes profesionales y formados, y no con intérpretes "ad hoc", o con familiares o amigos de la víctima que hablen nuestro idioma y se ofrezcan como intérpretes.

Como ya hemos visto, un buen intérprete, además de dominar el idioma y la cultura del país y poseer habilidades interpretativas, debe conocer y respetar el código de ética de su profesión, saber en todo momento cual es su tarea, sus deberes y responsabilidades, poner en práctica el protocolo de actuación del intérprete, y conocer y dominar la terminología específica de sus áreas de trabajo. Por lo que el trabajo de un intérprete es un proceso mucho más complejo que el mero hecho de dominar un idioma a la perfección.

Lo que hemos descubierto a partir de este proyecto es que hay mucha gente, en especial

víctimas y proveedores de servicios, que están interesados en trabajar con intérpretes profesionales y formados, y valoran mucho que los intérpretes dominen el idioma y la terminología especializada, pero también que tengan empatía con las víctimas, sean pacientes y amables, y también que posean ciertos conocimientos sobre el tema, la violencia de género en este caso, y conocimientos relacionados con el mismo, como conocimientos jurídicos, de psicología etc. A pesar de los muchos problemas que tienen los intérpretes con los proveedores de servicios y las dificultades que a veces estos les ponen, como interrumpirles. Hacerles resumir, mandarle tareas que no son de su competencia etc., lo proveedores de servicios si valoran mucho y notan cuando están tratando con un intérprete profesional y cuando no. Solo es necesario que, no solo lo valoren, si no que exijan un profesional de la interpretación para que trabajen con ellos, que se den cuenta de lo necesarios que son y las mejoras que pueden aportar a su propio trabajo, y reivindiquen este derecho y esta necesidad como lo hacen los intérpretes formados.
Por ello, entre intérpretes y proveedores de servicios hay que convencer y concienciar también a la administración y a las instituciones públicas de que contraten a intérpretes bien formados y profesionales, y dejen de mirar solamente por el dinero, ya que están tratando con seres humanos que necesitan ayudan, y en muchos casos las vidas de estas personas, las cuales además se encuentran solas y desamparadas en un país que no es el suyo y cuya lengua no hablan ni entienden, están en juego y dependen de que se les proporcione un intérprete con formación y profesionalidad. Cualquier pequeño matiz, rasgo cultural o término mal interpretado puede suponer la diferencia entre que se le diagnostique que es víctima de violencia de género y se le ayude a salir de su situación y que no se detecte su caso y siga sufriendo malos tratos por parte de su pareja, o incluso termine asesinada a manos del mismo.

Por último, es muy importante también animar a los intérpretes a que se sigan formando e especializando en los diferentes ámbitos y áreas dónde se requieren servicios de interpretación. En este caso, hemos realizado este proyecto y esta guía bastante completa para que un intérprete que va a trabajar con mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario tenga una noción del tema y del ámbito en el que trabajan, conozcan la terminología que se utiliza, sepan las situaciones a las que se pueden tener que enfrentar y aprendan el protocolo de actuación y el comportamiento que deben adoptar cuando se encuentren en determinadas situaciones. Lo mismo ocurre con el resto de áreas y ámbitos de trabajo: el intérprete debe conocer y dominar siempre toda esta información y seguir formándose continuamente ante la aparición constante de temas y ámbitos nuevos en los que van a necesitar sus servicios, y tienen que desempeñar su labor de manera completa y eficaz, de acuerdo a su formación profesional. Los intérpretes son conscientes de que esto es necesario y muy útil para seguir especializándose en diferentes áreas y desean hacerlo, por lo que hay que encontrar maneras para solucionar los problemas que estos encuentran habitualmente, según hemos podido descubrir con nuestro estudio, como los costes y la accesibilidad a dicha formación, para que de esta manera puedan seguir formándose sin encontrar obstáculos en el camino.

14. Bibliografía

Observatorio de la Violencia de Género: http://www.observatorioviolencia.org/index.php

Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msssi.gob.es/home.htm

European Union Agency for Fundamental Rights: http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-main-results

Wikipedia: http://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_de_g%C3%A9nero

Instituto de la Mujer: http://www.inmujer.gob.es/

ONU Mujeres: http://www.unwomen.org/es

Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

Red Extremeña contra la Violencia de Género: http://rednoviolenciagex.gobex.es/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1

Universidad Autónoma de Chiapas. Portal Universitario para la Atención de la Violencia de Género: http://www.violenciagenero.unach.mx/

Proyecto SOSVICS: http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/

The Voice of Love: http://www.volinterpreting.org/index.html

Health Care Interpreter Network: http://hcin.org/

National Register of Public Service Interpreters: http://www.nrpsi.org.uk/

Catálogo Salud Inmigrantes. Recursos disponibles en internet para facilitar la comunicación intercultural en el ámbito de la salud. <http//:www.saludinmigrantes.es/>

Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigaciones 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: 2012.

Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de la violencia de género. Ministerio de Justicia. Madrid: 2011.

Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica. Ministerio de Justicia. Madrid: 2005.

Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género. Movimiento Manuela Ramos. Lima: 2013.

Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia: 2010.

Limone Reina, Flavia. Inventario de preguntas para reconocer situaciones de violencia de machista contra las mujeres. <http//:sexoygenero.org/cmaltrato.htm>

<<¿Cómo saber si una mujer está siendo maltratada?>> Diariode3. <http//:diariode3.com/%C2%BFcomo-saber-si-una-mujer-esta-siendo-maltratada/>

Abraham, D. y Oda, M. (2000). The Cultural/Community Interpreter in the Domestic Violence Court: A Pilot Project, en D. Abraham, R. Roberts, S. Carr, A. Dufour, y J. Benjamins (eds.) *The Critical Link 2; Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin's Publishing Company.

Bolden, G. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies 2 (4)*, pp. 387-419.

Chocrón Giráldez, A. M. (2011). Víctimas extranjeras de violencia de género: derechos y medidas de protección. En f. j. García Castañoy N. Kressova. (Coords.). Actas del Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía (pp. 2159-2167). Granada: Instituto de Migraciones.

Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of sociolinguistics 4/3*, pp. 379-405.

Kelly, N. y Bancroft, M. (2007). The Critical Role of Health Care Interpreting: Views from the Literature, Promising Practices and Lessons Learned in the United States, en L. Epstein (ed.), *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals*. International Workshop Report Caesarea, Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

Navaza, B., Estevez, L. y Serrano, J. (2009).“ 'Saque la lengua, por favor'. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España” en *Oanacea*, vol X (30).Pp. 141-156.

Sánchez-Reyes, S. y Martín Casado, M. (2005). Intérpretes profesionales e intérpretes 'ad hoc' en un entorno sanitario, en C. Valero (ed.). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones.

Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Torrubiano-Dominguez, J. Y Gil-Gonzalez, D. (2008). Mortality due to intimate partner violence in foreign women living in Spain (1999-2006). *Gaceta Sanitaria, 22,* pp. 232-245.

Toledano Buendía, C. Fernández Pérez, M. (2012). Las barreras lingüísticas en la atención a las víctimas extranjeras de violencia de género: Un factor ignorado. Actas De Las II Jornadas De Investigaciones Feministas y Análisis De Género. Avances y Propuestas, Tacoronte Domínguez, M. Azaovagh de La Rosa, A. Romero Sánchez, A (eds.), 33-44. doi:ISBN 84-

616-0626-4

Toledano, C.; Abril, M.; Aguilera, L.; Del Pozo, M. (2012) "Hacia una especialización profesional en interpretación en el ámbito de la violencia de género: antecedentes, objetivos y proyectos" IV Coloquio Internacional Lucentino: Ser o no ser... intérprete: Hacia nuevos planteamientos docentes, investigadores y profesionales. Universidad de Alicante.

Valero-Garces, C. (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta. *Quaderns. Revista de traducció 13*,pp. 141-154.

Uría Pelayo, A. (2009) Violencia de género y mujer inmigrante.

Interarts. (2011). *Aproximación a la violencia contra las mujeres inmigrantes en Cataluña.* Interartas/ Agencia Catalana de Cooperación para el Desarrollo (ACCD).

Organization for Security and Co-operation in Europe. (2002). Working with or as an interpreter: OSCE Handbooks for Fieldwork.