

## **El papel del intérprete desde una perspectiva multidisciplinar**

**Carmen VALERO-GARCÉS**  
**Universidad de Alcalá**

**Como citar este artículo:**

VALERO-GARCÉS, Carmen (2005) «El papel del intérprete desde una perspectiva multidisciplinar», en ROMANA GARCÍA, María Luisa [ed.] *II AIETI. Actas del II Congreso Internacional de la Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación. Madrid, 9-11 de febrero de 2005*. Madrid: AIETI, pp. 450-463. ISBN 84-8468-151-3. Versión electrónica disponible en la web de la AIETI:  
<[http://www.aieti.eu/pubs/actas/II/AIETI\\_2\\_CVG\\_Papel.pdf](http://www.aieti.eu/pubs/actas/II/AIETI_2_CVG_Papel.pdf)>.



# EL PAPEL DEL INTÉRPRETE DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR

Carmen Valero-Garcés  
Universidad de Alcalá

## Resumen

En las páginas que siguen se presenta el análisis de un encuentro triádico en el que participan un médico, una paciente inmigrante y un intérprete *ad hoc* desde varias perspectivas: Análisis de la conversación, Estudios de Traducción e Interpretación y Ciencias de la Salud. El estudio pretende demostrar como un acercamiento interdisciplinario a material auténtico puede llevarnos a comprender las múltiples dimensiones y funciones del lenguaje y su uso en la comunicación médica en encuentros triádicos con especial énfasis en el papel del intérprete ocasional. A pesar de lo limitado del corpus se pretenden dos objetivos: por un lado, contribuir al debate sobre la visibilidad / invisibilidad del intérprete y, por otro lado, dar algunas claves para el posterior desarrollo de actividades y su aplicación en programas de formación de intérpretes en los servicios públicos en un momento de especial interés en nuestro país en el que conviven cada vez más lenguas minoritarias y culturas distantes.

## I. Introducción y corpus

Este artículo se basa en datos sacados del corpus de conversaciones grabadas en consultas médicas con pacientes inmigrantes en hospitales y centros de salud, gracias al apoyo de instituciones que han financiado varios proyectos<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dicho corpus consta en la actualidad de unas 50 conversaciones monolingües y multilingües y se ha elaborado gracias a los proyectos: *Investigación sobre la calidad de la comunicación con población extranjera en el hospital general de Guadalajara (2003-4)*, financiado por la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha y *Discursos (dis) concordantes: modos y formas de comunicación y convivencia. (2000-2)* financiado por la Universidad de Alcalá. El corpus sigue en proceso de expansión gracias a otros dos nuevos proyectos en marcha: *La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa interlingüística y propuestas de formación* (Proyecto coordinado entre la Universidad de Alcalá y la Universidad Jaume I, Castellón financiado por el Ministerio de Educación (2004-7), y *Análisis de la problemática comunicativa interlingüística y propuestas de formación en el Hospital Ramón y Caja de Madrid, (2004-6)*, financiado por la Universidad de Alcalá.

El hilo conductor de los distintos proyectos llevados a cabo por el grupo FITISPOS<sup>2</sup> son los tres objetivos generales que se pretenden conseguir: en primer lugar, analizar los problemas de comunicación entre los proveedores de servicios y la población inmigrante. En segundo lugar, analizar el papel de los intermediarios lingüísticos (llámense mediadores o intérpretes) en el marco de dicha problemática. Y en tercer lugar, con los resultados obtenidos en los dos objetivos anteriores, desarrollar programas de formación o materiales que sirvan para paliar los problemas detectados. Tales objetivos se han visto ya cubiertos en algunos puntos (p.e. en el caso del proyecto subvencionado por JCCM que llevó en la tercera fase a la edición de un *Guía de Bolsillo Multilingüe de Atención al Pacientes* en varios pares de lenguas (español-árabe, español-búlgaro, español-francés; español-inglés; español-rumano, español-ruso), así como a la traducción en árabe e inglés y edición de la *Guía de Información para Pacientes Hospitalizados*..

Las conversaciones grabadas podrían clasificarse tres grupos: 1. conversaciones monolingües; 2. conversaciones monolingües pero con un conocimiento muy deficiente del español por parte del paciente; 3. conversaciones bilingües (o multilingües) en las que hay una tercera persona que hace de intérprete. El material que vamos a utilizar en este trabajo pertenece a este tercer grupo. Se trata de un matrimonio marroquí en una consulta médica. La esposa es la paciente y el marido la acompaña y hace de intérprete *ad hoc*, situación bastante frecuente hoy por hoy en España donde no existen intérpretes profesionales contratados ni personas preparadas para tal trabajo, ni apenas lugares donde puedan formarse adecuadamente sobre todo en lenguas minoritarias como pueden ser árabe, wolof, ruso, rumano, polaco etc.<sup>3</sup> según revelan los datos de las investigaciones que poseemos.

## **II. Interacciones triádicas desde la perspectiva del análisis de la conversación**

Dentro del área de Análisis de la Conversación son varios los elementos que nos interesa destacar:

---

<sup>2</sup> FITISPOS: *formación e Investigación en los Servicios Públicos*. Universidad de Alcalá. [www.uah.es/otrosweb/traduccion](http://www.uah.es/otrosweb/traduccion). Coordinado por la Dra. Valero Garcés desde sus orígenes en 1998, dedica sus esfuerzos a la investigación a analizar los problemas de comunicación con lenguas minoritarias en España, a diseñar e impartir cursos y a producir materiales para ayudar a paliar dichos problemas.

<sup>3</sup> La universidad de Alcalá cuenta con un programa de formación, reconocido como Título Propio desde el año 2000.

1. El papel que desempeñan los participantes en la interacción
2. La estructura general de la interacción
3. El cambio de turnos de habla
4. Relaciones de asimetría.

Si tenemos en cuenta que nuestro material es una conversación institucional — consulta médica—, y en un contexto específico —centro de salud— con unos participantes concretos: médico y paciente, estaremos de acuerdo en que nos hallamos ante un ejemplo de discurso institucional. Ello crea una serie de expectativas en los participantes que conocen tal entorno y que Heritage (1997) y Drew (1997) entre otros, resumen del siguiente modo (Ver otros estudios más completos en Valero 2002, Valero y Taibi 2004):

1. Los participantes poseen unos roles específicos
2. Existen una serie de constricciones propias del medio institucional
3. Existen marcos de inferencia y procedimientos particulares asociados a cada institución.

## **2.1. El papel de los participantes**

Teniendo en cuenta esta información, con relación al primer punto observamos lo siguiente: De los 110 turnos de habla de que consta la conversación, el médico (M) utiliza 40, el marido que hace de intérprete *ad hoc* (I) 50 y el paciente sólo 20. Ello indica una distribución asimétrica de los turnos de habla, pero sobre todo evidencia la escasa participación del paciente y la poca distancia entre el intérprete y el médico, cuando aquel debería superar con creces el número de turnos si realmente interpretase lo que los otros dos interlocutores dicen. La conclusión parece ser que se trata de un diálogo más que de una conversación triádica.

Un análisis detallado del papel del intérprete revela un papel muy activo del marido, que responde directamente las preguntas del médico o formula nuevas preguntas sin contar con el paciente: Veamos un ejemplo:

- Ejemplo1: 7. I: Ella tiene el dolor.  
8. M: Uhuh, ¿Dónde?  
9. I: er, en la garganta.  
10. M: El cuello.

Observamos también que I tiene dificultades con el español

Ejemplo 2:

16. I: Cuando tomar este, tiene el dolor. Siempre quieres este con este, ¿me entiendes?

Tiene también problemas con la terminología o vocablos médicos específicos, que llevan al médico a repeticiones, explicaciones, reformulaciones o a utilizar un vocabulario más coloquial y a I a suprimir la información:

Ejemplo 3:

22. M: Pero aquí es distinto, es diferente, distinto al tiroides y al estómago. Esto es otra cosa, diferente, ¿Lo entiende?

23. I: هاداكشي ما شي هاداشي هادا، يمكن الحريق دشني حاجا أخرى (lit.: Eso no es esto, quizás el dolor es otra cosa)

En cuanto al papel que desempeña M, éste hace muchas preguntas, utiliza frases cortas y reformulaciones, incluso en secciones en las que no es habitual como veremos más adelante.

Así de las 40 intervenciones, 25 incluyen algún tipo de pregunta:

Ejemplo 4: 17. M: ¿Va bien? ¿Bien?

18. I: sí, sí.

19. M: ¿Sin problemas? Y ¿Dónde duele?

Y tanto M como I utilizan la tercera persona para dirigirse a la paciente:

Ejemplo 5:

22. M: Pero aquí es distinto, es diferente, distinto al tiroides y al estómago. Esto es otra cosa, diferente, ¿Lo entiende?

## 2.2. La estructura general de la interacción

La entrevista médica suele componerse de las siguientes secciones (Heritage (1997: 144),):

- Saludos iniciales
- Enunciación de problemas
- Evaluación y discusión del estado del paciente
- Discusión y prescripción del tratamiento y/o de pruebas técnicas
- Despedidas.

En nuestro corpus, la estructura se mantiene en general pero con cambios importantes en cuanto a la relevancia y tiempo que se le dedica a cada sección en comparación con

entrevistas rutinarias estándar, bien porque el médico quiere asegurarse de que se le ha entendido, bien porque el intérprete necesita de aclaraciones o solicita más información.

En el primer caso vemos, por ejemplo, como M para averiguar cuando le viene la regla a la paciente y cuantos días le dura necesita 24 turnos (63 al 87). Ello explica las constantes repeticiones y reformulaciones, ayudado con frecuencia por elementos extralingüísticos como dibujos o gestos. A su vez implica dedicar más tiempo a cada consulta en general y cambiar la estructura de la consulta de modo que si en encuentros estándar, el médico hace más preguntas en la fase del diagnóstico y utiliza más tiempo en la fase del tratamiento, en este caso vemos como la evaluación y discusión del estado del paciente ocupa más tiempo produciéndose una asimetría temporal. Ello nos lleva a las siguientes secciones: el cambio de turnos de habla y las relaciones de asimetría.

### **2.3. Cambio de turnos de habla y relaciones de asimetría**

Tres son los tipos de asimetría en la relación médico-paciente (Heritage 1997: 175) que nos interesa señalar:

1. Asimetría de participación
2. Asimetría de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de interacción en la institución
3. Asimetría de conocimientos

En el caso de conversaciones con pacientes inmigrantes y con presencia de un intérprete *ad hoc* estas asimetrías se ven acentuadas y también modificadas. Así, en cuanto a la participación, observamos como I participa activamente, tomando la iniciativa en ocasiones y relegando a M que es quien debe controlar la conversación, mientras que P apenas participa:

Ejemplo 6:

51. I: Le molesta aquí y por eso no puede ni vomitar ni nada, aquí.

52. P: (¿????) bocio.

53. I: Dice a ver si va ser el bocio, el bocio imposible porque ya te han quitado (¿??) el tiroides.

En cuanto al resto de las asimetrías, hemos encontrado en otras conversaciones que M tiene que proporcionar más información tanto sobre aspectos médicos como sobre el funcionamiento del sistema sanitario y de las instituciones (Valero Garcés 2002b, 2003a) que

en el caso de pacientes que conocen no sólo la lengua, sino también la cultura y el funcionamiento de las instituciones.

A modo de resumen, desde la perspectiva de análisis del discurso, podríamos decir que los participantes logran interactuar tras modificar los patrones habituales de la conversación en discursos institucionales —en este caso médico— debido en gran parte a la falta de dominio de la lengua de interacción o a un dominio defectuoso. El médico y el intérprete establecen un cambio de turnos en el que participa el paciente solamente cuando se le requiere explícitamente.

### III. Interacciones triádicas desde la perspectiva del intérprete profesional

El análisis de la conversación ofrece datos interesantes desde esta perspectiva tal y como muchos de los lectores habrán apreciado. Si tenemos en cuenta a los tres participantes en la conversación: médico – intérprete – paciente, o como apunta Corsellis (2002: 71-90), proveedor de servicios – intérprete – cliente, varios son los puntos que cabría comentar. En el caso del proveedor llamaremos la atención sobre dos aspectos: la falta de reconocimiento del problema de comunicación y el desconocimiento de la labor de un intérprete. El primer punto queda claramente ejemplificado en la metáfora que utilizan Bernd Meyer y sus colegas (2003: 70) al describir al médico como una persona optimista que ve el vaso medio lleno cuando para otros puede estar medio vacío, y en consecuencia no ve la necesidad de buscar ayuda profesional. De tal hecho derivan otras suposiciones, por ejemplo, el considerar que el acompañante es capaz de entender los mensajes y transmitirlos en ambas direcciones. Ello no le impide observar o sospechar también problemas en el manejo de vocablos específicos como en el ejemplo siguiente en el que claramente pregunta a I:

Ejemplo 7: 63. M: ¿Sabe lo que es la regla? ¿Usted sabe lo que es la regla?  
¿Cuántos días,  
I: Sí, sí. Ella ahora tiene regla  
cuántos días: cinco, seis?

M se olvida con frecuencia de P:

Ejemplo 8: 51. M: ¿Tiene ... ¿Cuándo se hizo, cuando ha hecho los últimos análisis, ella?

O bien M solicita que sea I quien le facilite información a P:

Ejemplo 9: 104. M: ¿Hace un mes sólo?

105. I: Sí.

106. M: ¿Tiene análisis?

107. I: Sí.

108. P: (¿?????)

109. I: Si quiere, tráelo.

110.M: Yo quiero verlos.

Si nos centramos en la labor del marido / intérprete ad hoc, lo primero que nos viene a la mente es también la falta de reconocimiento por parte del intermediario de que ser bilingüe o conocer las lenguas no implica ser intérprete.

O lo que es lo mismo, en palabras de Prunc (1997, cit Bernd Meyer et al. 2003: 75), demuestra un nivel muy bajo de cultura traductológica (“translational culture” the set of socially determined norms, expectations and values governing translational activities on a given society or institution”).

Por otro lado, el intérprete *ad hoc* en este caso no parece seguir ningún código ético ya que proporciona explicaciones, suprime información, utiliza la tercer persona en lugar de la primera (hecho que también ocurre en el caso del médico). En un palabra, va más allá de lo que un intérprete profesional haría al asumir un papel más activo.

En el caso del cliente —el paciente en este caso— suele ocurrir que conoce algo el español. Si además les une lazos de amistad o parentesco, la labor del intérprete se ve modificada ya que suele haber información implícita que permanece oculta —que puede llevar a malos entendidos— y se dejan las decisiones en manos de I, el cual ejerce un papel de mediador mas que de simple transmisor de información, debate abierto en varios frentes y especialmente en el entorno de los servicios públicos (Ver Valero Garcés y Derham 2001).

#### **IV. Interacciones triádicas desde la perspectiva de las Ciencias de la salud**

La entrevista o consulta constituye un punto clave en la relación médico-paciente. Desde la antropología médica se nos informa de que hay dos sistemas o concepciones diferentes de la enfermedad: la perspectiva del paciente que ve una enfermedad que le causa dolor y va en busca de un remedio, y desde la perspectiva del doctor, que ve un hecho científico que hay que analizar para dar una respuesta o tratamiento adecuado con la información que le dé el



paciente y contando con su experiencia y conocimiento (Helman 2000), o en palabras de Mishler (1984) “the voice of the lifeworld” y “the voice of the medicine” respectivamente. Ambas concepciones buscan ponerse de acuerdo en la entrevista que ya hemos dicho que responde a una estructura y entre las partes se va negociando para resolver el problema. En el ejemplo que sigue el conflicto se queda a medio resolver si tenemos en cuenta los cuatro puntos que hay que cubrir (según Kaufert, O’Neil y Koolage (1991)):

1. Información para el paciente
2. Competencia del paciente
3. Comprensión por parte del paciente
4. Autonomía del paciente, habilidad para actuar o decidir

#### 1. Información para el paciente

El médico debe cumplir una agenda o protocolo propio de la consulta: saber cual es la enfermedad o problema que tiene el paciente, emitir un diagnóstico y dar un tratamiento o alguna solución (análisis, pruebas médicas, etc.). En la conversación analizada, el médico averigua cual es el propósito de la visita, se informa de los medicamentos que toma y aclara algunas dudas tras una negociación complicada (recordemos el número de cambios de turnos que hay para obtener información sobre la regla). Finalmente le da una solución: traer los últimos análisis antes de recetarle nada más. En este punto la forma de decirlo es muy directa, prácticamente una orden, estructura que no usaría con pacientes españoles:

Ejemplo 10: 109. I: Si quiere, tráelo. 110.  
M: Yo quiero verlos.

#### 2. Competencia del paciente

M sabe cual es su papel, pero no se esfuerza en aumentar la competencia del paciente, en hacerle participe de la conversación y se limita a dirigirse a I para que le pase información:

Ejemplo 11: 22. M: Pero aquí es distinto, es diferente, distinto al tiroides y al estómago. Esto es otra cosa, diferente, ¿Lo entiende?

Y, en ocasiones, es la paciente la que le informa sin haber sido preguntada:

Ejemplo 12: 24. P: قلو ملي كنتشرب هادا ما كيبقاشني الحريق (Dile que cuando tomo este se me quita el dolor).

En contadas ocasiones se dirige directamente a la paciente:

Ejemplo 13: 28. M: Bueno, vamos a ver, póngase de pie [apellido] aquí.  
¿Aquí duele?

El intérprete es quien generalmente asume el papel del paciente y toma iniciativas, animado por el médico, y extralimitándose en sus funciones desde la perspectiva tradicional del intérprete profesional:

Ejemplo 14: 51. M: ¿Tiene ... ¿Cuándo se hizo, cuando ha hecho los últimos análisis, ella?

E incluso el médico interroga al intérprete para asegurarse de que éste entiende lo que ocurre como ya hemos apuntado en el ejemplo 7.

### 3. Comprensión por parte del paciente.

Aunque el médico admite implícitamente que la paciente puede seguir la conversación gracias a la intervención de su esposo, con el cual está dispuesto a colaborar, no quedan sin embargo claras cuales son las estrategias que utiliza para ayudar a la paciente ni el papel que se le asigna al intérprete. La comunicación se reduce prácticamente a un dialogo, sin que les preocupe a los participantes si la paciente ha entendido o no, especialmente por parte del esposo (I) que es quien da o suprime la información sin consultar. Asume así un triple papel: consejero médico – esposo – intérprete e incluso hace de paciente cuando explica por su cuenta como la esposa sigue el tratamiento:

Ejemplo 15: 16. I: Cuando tomar este, tiene el dolor. Siempre quieres este con este, ¿me entiendes?

El médico, por su parte, trata en ocasiones de comprobar que P le ha entendido

Ejemplo 16: 45. M: Pregúntale si quema. Como Iuego. Aquí.

46. I: قالك فحال الحرقه عندك هنا (Te dice si tienes como ardor aquí, como dolor)  
 47. P: قولو ما كتشبرنيش الحرقه (Dile que no tengo ardor)  
 48. I: No.  
 49. M: No.

Y hay momentos en los que quiere saber lo que dice:

- Ejemplo 17: P: ماشي كنتقيا، كنكرع ولكن مع ديك التكريعة المكلة كطلعلي (No vomito, eructo, pero con el eructo me sube la comida)  
 41. M: ¿Qué dice?

#### 4. Autonomía del paciente, habilidad para actuar o decidir.

El médico en escasos momentos intenta que el paciente tome la iniciativa dirigiéndose directamente a ella.

- Ejemplo 18: 28. M: Bueno, vamos a ver, póngase de pie [apellido] aquí.  
 ¿Aquí duele?

Pero hay muchos otros momentos en los que pierde el control de la conversación y son la paciente y su esposo-intérprete los que hablan entre ellos (56-59):

- Ejemplo 19: 56. I: Vale ... me parece que ... نقولو غيملك التحاليل. نقولو (Te dice que estás blanca, te va a hacer análisis. ¿Quieres que le pregunte lo de la regla o que le diga sólo (¿???) que te viene muy fuerte?)  
 57. P: قولو الطبيب اللي عملها العملية بيبدو كان خوفان على هاد البيوطة اللي عندها وما وقع لي (Dile que el médico que me operó también estaba preocupado por mi color blanco pero no me pasó nada)  
 58. I: Sabes, el médico de operar antes tiene miedo de este blanco, pero ella no tiene nada, es el color de ella siempre, no hay problema.  
 59. P: قولو هي ناقصا جيرو ياك، الحديد (Dile que me falta hierro ("hierro" primero en español y después en español))

Y a continuación es el médico y el esposo/intérprete los que continúan la conversación, olvidándose de la incapacidad de la paciente para saber lo que ocurre aunque se hable de ella.(60-67)

- Ejemplo 20: 60. I: Ella falta un poco de hierro y ya está.  
 61. M: Sí, hierro. Una pregunta,

62. I: Sí.

63. M: ¿Sabe lo que es la regla? ¿Usted sabe lo que es la regla? ¿Cuántos días,

I: Sí, sí. Ella ahora tiene regla

cuántos días: cinco, seis?

64. I: شحال كاتجيك فالشهر، شحال كتبقي فيك؟ (¿Cuánto/Cuántas veces te viene al mes? ¿Cuánto tiempo la tienes?)

65. P: Cinco.

66. I: No, كتار (más).

#### IV. Conclusiones

Las conclusiones a las que llegamos son distintas desde cada una de las áreas que hemos tenido en cuenta. O dicho de otro modo, la entrevista médica ha tenido un éxito relativo. Desde la perspectiva del análisis de la conversación, y más concretamente desde el discurso institucional, aunque se lleve a cabo la conversación, la estructura se modifica y con ello las expectativas, generando cambios y ciertos riesgos. Desde la perspectiva del intérprete profesional, el intérprete *ad hoc* muestra graves deficiencias en cuanto al tratamiento de la información recibida y se asigna además otros roles. Desde la perspectiva de la ciencia de la salud, el médico se olvida de la paciente con frecuencia y confía en la otra persona aunque sospecha de su habilidad, lo cual le lleva a modificar su actitud y modo de expresión que puede también influir en el paciente.

La situación que acabamos de describir es bastante común en nuestro entorno hoy en día. Y las conclusiones son evidentes: la comunicación no es fluida y si existiesen intérpretes profesionales y médicos que supiesen trabajar con intérpretes la calidad de la comunicación aumentaría terriblemente así como el tiempo empleado y en consecuencia el dinero que ello supone, tema que interesa a los proveedores de servicios.

En nuestro caso, desde la perspectiva del intérprete, resulta evidente la necesidad de formación de estos voluntarios para que desarrollen un buen trabajo. Sin embargo creemos que también dicha formación debe ser adaptada a la realidad y no aplicar el modelo tradicional del intérprete como alguien invisible (“a language switching operator”) claramente expresado por Seleskovitch y Lederer (1989) y seguido a lo largo de todos estos años. Las investigaciones más recientes proporcionan datos significativos. Por ejemplo, Angelelli (2003: 26) en su estudio sobre el papel del intérprete en los hospitales, en la

administración de justicia y de conferencias confirma lo utópico de creer en la invisibilidad del intérprete y concluye:

The findings of the PRI (Interpersonal Role of the Interpreter) provide clear evidence that interpreters themselves did not consider their role to be invisible in any of the settings in which they worked. Therefore, to a greater or lesser extent, they perceived that they played a role in building trust, facilitating mutual respect, communicating affect as well as message, explaining cultural gaps, controlling the communication flow and aligning with one of the parties in interactions. (...) Medical interpreters perceived themselves as being more visible than court or conference interpreters.

Y Bot (2003: 35), tras su investigación en entornos médicos, concluye con un llamamiento similar:

Because the code of ethics and codes of conduct of community interpreters are still strictly focused on interpreters as non-persons, defined for their role in judicial situations, there has been little room for a discussion about a code of conduct suitably defined for daily practice in (mental) healthcare. I think it is important to discuss the subtleties of the interpreter's role, in close cooperation with the professionals for whom they interpret.

No quisiera terminar sin comentar la importancia de este tipo de estudios para la formación de intérpretes. El trabajar con material auténtico da la posibilidad de tratar con conversaciones reales y en situaciones reales. Ello permite ver los problemas más frecuentes, dónde surgen, o qué soluciones se toman. Parte del programa llevado a cabo por el grupo FITISPOS para la formación de intérpretes en inglés, árabe o rumano (ver [www.uah.es/otrosweb/traduccion](http://www.uah.es/otrosweb/traduccion)) se basa en dicha metodología, si bien los problemas para conseguir los documentos de trabajo orales o escritos son múltiples, tema que escapa al propósito de estas líneas y que ya hemos comentado en otras ocasiones (Valero 2004). Animo desde aquí a que se plantee abiertamente el debate y se unan esfuerzos para la investigación y formación.

## V. Referencias bibliográficas

- Angelelli, C. 2003. “ The Interpersonal Role of the Interpreter in Cross-Cultural Communication”, en Louise Brunette et al. *Critical Link 3*. Amsterdam: Benjamins: 15-26.
- Bot, H. 2003. “The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-person Psychology”, en Louise Brunette et al. *Critical Link 3*. Amsterdam: Benjamins: 27-35.
- Corsellis, A. 2002. “Formación de proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales”. En Carmen Valero-Garcés (Ed.) (2003). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares: 71-90.
- Drew, Paul & Maarja-Leena Sorjonen. 1997. “Institutional Dialogue”. En *Discourse as Social Interaction*, ed. por Teun A. Van Dijk, London: Sage, 92-118.
- Helman, C. G. 2000. *Culture, Health and Illness*, 4 ed. Oxford: Butterworth—Heinemann.
- Heritage, John. 1997. “Conversation Analysis and Institutional Talk”. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, ed. por David Silverman. Londres: Sage: 161-182.
- Kaufert, J. M., O’Neil, J. D. y Koolage, W.W. 1991. “The Cultural and Political context of informed consent for Native Canadian”, en Postl, B. et al. *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8<sup>th</sup> International Congress on Circumpolar Health*, Whitehorse, Yukon. Winnipeg: University of Manitoba Press: 181-184:
- Meyer, B., Apfelbaum, B., Pöschhacker, I., Bischoff, A. 2003. “Analysing Interpreted Doctor-Patient Communication From the Perspectives of Linguistics, Interpreting studies and Health Sciences”, en Louise Brunette et al. *Critical Link 3*. Amsterdam: Benjamins: 67-80.
- Mishler, E. G. 1984. *The Discourse of medicine: Dialécticos of Medical Interviews*. Norwood, N. J.: Ablex.
- Seleskovitch, D., y Lederer, M. 1989. *Pédagogie raisonnée de l’interprétation* (Traductologie, 4) Bruxelles: Didier Erudition Opocé.

- Valero Garcés, C. & A Derham. 2001. "Mediador social = mediador interlingüístico = Intérprete?". *Práctica, Formación y reconocimiento del interprete en los servicios sociales*, *Sin Fronteras*: 16-21.
- Valero Garcés, C. 2002a. "Interaction and Conversational Constrictions in the Relationships between Suppliers of Services and Immigrant Users", *Pragmatics*, 12, 4: 469- 496.
- Valero Garcés, C. 2002b. "Modificaciones en la conversación institucional. Análisis de los turnos de habla en la entrevista clínica con pacientes inmigrantes", en G. Luque. *Las lenguas en un mundo global*, Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad: 29-38.
- Valero-Garcés, C. 2003. Responding to Communication Needs: Current Issues and Challenges in Community Interpreting and Translating in Spain", en Louise Brunette et al. *Critical Link 3*. Amsterdam: Benjamins: 177-194.
- Valero Garcés, C. 2004. "Training the 'Untrained' Interpreter. Research and its Applicability". Comunicación leída en el Congreso Internacional *Critical Link 3*, Estocolmo, mayo 2004.
- Valero Garcés, C y Taibi, M. 2004. "Análisis de la interacción comunicativa en contextos institucionales entre proveedores de servicios, usuarios e intermediarios lingüísticos", *Oralia*, 7, 207-228.