

INTÉRPRETES PROFESIONALES E INTÉRPRETES 'AD HOC' EN UN ENTORNO SANITARIO

M^a Sonsoles Sánchez-Reyes Peñamaría

sreyesp@usal.es

Universidad de Salamanca

Manuel Martín Casado

mmcasado@teleline.es

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila)

Los intérpretes en el ámbito sanitario pueden agruparse en dos categorías: intérpretes profesionales e intérpretes “ad hoc”, denominación esta última que engloba al personal sanitario con conocimiento de la lengua extranjera pero no entrenado en destrezas interpretativas, a los familiares y amigos bilingües del paciente y a voluntarios no cualificados. Sólo los intérpretes profesionales ofrecen completas garantías de una correcta comunicación médico-paciente en aras de la provisión de una atención sanitaria de calidad y no discriminatoria de los hablantes de otras lenguas, cuya presencia es cada vez más frecuente en una sociedad multicultural.

Las formas de superar las barreras lingüísticas entre médico y paciente pueden clasificarse en cuatro (Phelan y Parkman 1995: 555-557):

1. Profesionales sanitarios con dominio de lenguas y entrenamiento en destrezas interpretativas.

La opción ideal es la comunicación sin intermediarios. La enseñanza de técnicas de interpretación lingüística se abre paso en las Facultades de Medicina (Lau et al 2001: 188-190), acompañadas por programas de inmersión (Barkin et al 2003: 258-262). No es suficiente que el personal sanitario domine la otra lengua; es preciso el adiestramiento en destrezas interpretativas (Elderkin-Thompson et al 2001: 1343-1358). La Universidad de Ottawa posee un laboratorio de destrezas comunicativas que prepara a los futuros médicos para interacciones con pacientes de minorías lingüísticas (Drouin et al 2003: 599-604); Brown Medical School cuenta con el Interpreter's Aid Program, un voluntariado en el que los estudiantes aprenden a aplicar sus conocimientos de lenguas a la realidad clínica (Monroe et al 2004: 118-122).

2. Intérpretes profesionales

En defecto de la opción anterior, un intérprete cualificado ofrece las mayores ventajas (Haffner 1992: 255-259) de garantía de éxito y satisfacción de los intervinientes (Kuo et al 1999: 547-550), optimizando el entendimiento de la sintomatología por el médico y del diagnóstico y tratamiento por el enfermo (Baker et al 1996: 783-788). Pacientes y médicos señalaron la precisión, la accesibilidad y el secreto profesional como sus características *princeps*, a las que Anne Corsellis (2003: 71-89) añade la imparcialidad.

3. Amigos o familiares del enfermo. Las ventajas de los acompañantes del paciente son su conocimiento de la patología de aquel y su presencia alentadora del enfermo (Kuo et al 1999: 547-550). Aunque el familiar puede distorsionar la información que transmite, por afán protector o por ocultar al facultativo aspectos de índole familiar (Rollins 2002: 46-50), y el paciente puede coartar su relato en presencia del allegado (Brafman 1995: 1439).

4. Intérpretes voluntarios no cualificados. Es frecuente recurrir a personal hospitalario - celadores (Lang 1976: 172-177) o limpiadores (Pochhacker 2000: 113-119)- o a acompañantes de otros enfermos que ofician de improvisados intérpretes, aunque la falta de profesionalidad no garantiza la confidencialidad ni la fidelidad de su traducción (Flores et al 2003: 6-14).

Flores et al (2003: 6-14) engloban las categorías 3ª y 4ª en la denominación intérpretes «ad hoc», incluyendo también a trabajadores sanitarios sin formación en destrezas interpretativas, para formar un bloque opuesto al intérprete profesional y establecer comparación entre las actuaciones de ambos, con especial atención a los errores con potenciales consecuencias clínicas (equivocar dosis de medicamentos u omitir preguntas sobre alergias). Aunque no hallaron diferencias significativas entre intérpretes profesionales y «ad hoc» en el número de errores por sesión, se apreció una desproporción en la magnitud clínica de aquellos, mucho más elevada en los intérpretes no profesionales. La intervención de intérpretes cualificados supone un desembolso inmediato del hospital, pero evita un alargamiento innecesario del tiempo de hospitalización (Flores et al 2000: 842-848) o el pago de indemnizaciones judiciales (Harsham 1984: 289-292). El Hospital Universitario de California tuvo que afrontar una demanda judicial por mala praxis interpuesta por la American Civil Liberties Union, basándose en la falta de intérprete (Duffy y Alexander 1999: 507-510) aunque el Título VI del Civil Rights Act de 1964 prescribe la asistencia lingüística en tales situaciones.

Una tercera persona puede quebrar el carácter íntimo de la reunión médico-paciente si el enfermo no le atribuye rol hospitalario. La entrevista *patient centered*, asociada a mayor satisfacción del paciente y mejores resultados médicos, es difícil de conducir ante un intérprete (Rivadeneira et al 2000: 470-474). En Estados Unidos se utilizan técnicas de interpretación simultánea (Hornberger et al 1996: 845-856): médico y paciente con telefonía de “manos libres” o auriculares reciben la traducción de un intérprete al que no ven (*remote-simultaneous interpretation*). No obstante, los pacientes parecen sentir más facilidad de comunicación con el médico si la interpretación es presencial (*proximate-consecutive interpretation*) y profesional (García et al 2004: 373-378).

Consideraciones económicas retraen a la Administración de dotar de apoyo lingüístico a la sanidad pública (Hornberger et al 1997: 410-417). Sin embargo, la carga financiera es asumible a la luz de la ratio coste-mejora asistencial (Drennan 1996: 343-345). En 2004, el coste de un intérprete en el ámbito sanitario se estimó en 279 dólares por persona y año (Jacobs et al 2004: 866-869). En España, el argumento de los costes no debe desvirtuar el artículo 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (cuyo espíritu subyace a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), que reconoce a todos el derecho a que la administración pública sanitaria «dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y

continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.

No es factible que los hospitales cuenten con intérpretes presenciales de varias lenguas veinticuatro horas al día, pero sí a través de servicios de interpretación telefónica como la *Language Line* británica (Pointon 1996: 53), que además superan los prejuicios de quienes encuentran inaceptable la intervención física de un intérprete (Maltby 1999: 248-254). La interpretación telefónica conlleva la ventaja de su disponibilidad instantánea (Leman 1997: 98-100), pero adolece de defectos (Jones y Gill 1998: 1476-1480): elevados costes, frecuente empleo de intérpretes sin experiencia en traducción médica, imposibilidad de percepción del lenguaje no verbal por el intérprete e inadecuación al lenguaje de signos. Sin embargo, los pacientes prefieren la interpretación telefónica frente a los intérpretes “ad hoc” (Lee et al 2002: 641-645). Otra forma de eludir el elemento humano son los cuestionarios bilingües que el paciente rellena para confeccionar la historia clínica (Nasr et al 1993: 824-828), lo que ha demostrado su utilidad aunque no pueda desplazar al intérprete.

Crítica frecuente es la falta de experiencia de muchos intérpretes en el campo sanitario y su tendencia a dirigir la entrevista (Launer 1978: 934-935). El intérprete no lleva a cabo un mero trasvase lingüístico; aúna funciones de coordinación, mediación y negociación de significados culturales o sociales, y resulta delicado trazar límites a su intervención (Valero 2003: 3-33).

Se requiere entrenar a los sanitarios para trabajar con intérpretes (Dodd 1984: 42-47; Bischoff et al 1999: 283-287). Phelan y Parkman desarrollaron un protocolo de actuación: el intérprete debe conocer el propósito de la entrevista, y ser intérprete de referencia para encuentros futuros médico-paciente, demanda frecuente de los usuarios (Kuo et al 1999: 547-550). El clínico debe hablar directamente al enfermo, mostrarse atento cuando éste habla, y responder a su lenguaje no verbal, para evitar la frialdad que pacientes que se comunicaron con su médico mediante intérprete manifestaron percibir (Baker et al 1998: 1461-1470). El facultativo debe recabar del intérprete, previamente a la entrevista, información sobre factores culturales, como la preferencia de pacientes asiáticos por intérpretes de su mismo sexo (Ngo-Metzger et al 2003: 44-52). Está extendida entre los médicos la creencia de que el entendimiento de las culturas de sus pacientes mejora la calidad asistencial (Karlner et al 2004: 175-183), y existe evidencia de que así es, especialmente en atención primaria (Fernandez et al 2004: 167-174), aunque los enfermos no siempre comprenden el interés del facultativo por su cultura (Cave et al 1995: 1685-1690). El clínico debe presentar el intérprete al paciente haciendo hincapié en la confidencialidad, y disponer los asientos en triángulo para que médico y paciente se miren y el intérprete se perciba como parte neutral. Después, el facultativo debe revisar la entrevista con el intérprete. McPhee (2002: 499) sistematiza las fórmulas para optimizar la comunicación médico-paciente incidiendo en la necesidad de evitar intérpretes “ad hoc”. El facultativo entrenado para trabajar con intérpretes prefiere los profesionales (Karlner et al 2004: 175-183).

Los médicos perciben que la entrevista con el paciente que no habla su idioma es más larga que con enfermos sin barreras comunicativas, aunque no hay diferencias significativas, lo que refleja el mayor esfuerzo que aquellas exigen al clínico (Tocher y Larson 1999: 303-309). Fagan et

al (2003: 634-638) cronometraron entrevistas clínicas con diversos tipos de intérpretes, documentando mayor duración en la interpretación telefónica y con intérpretes no profesionales, con lo que queda patente la economía temporal del intérprete cualificado. La calidad de la interpretación parece ser inversamente proporcional al número de palabras empleadas por segmento (Laws et al 2004: 71-80) y al número de ocasiones en que el intérprete realiza actos de habla no justificados por su función mediadora, fenómeno para el que se han acuñado las expresiones *role exchange* (Laws et al 2004: 71-80) y *editorialization* (Flores et al 2003: 7)

Con enfermos psiquiátricos, el uso de intérpretes profesionales está más extendido. Los pacientes se sienten más ayudados y motivados a volver a una consulta psiquiátrica si están asistidos de intérprete (Kline et al 1980: 1530-1533). En las consultas de psicoterapia del Reino Unido existe un supervisor bilingüe de la traducción (Baxter y Cheng 1996: 153-156). Oquendo (1996: 614-618) propone evaluar a los pacientes psiquiátricos bilingües con interpretación en ambas lenguas, ya que el paciente puede usar una lengua para evitar implicaciones emocionales. En las consultas oncológicas la carga emotiva no es óbice para que los pacientes comprendan la función del intérprete y no lo perciban como un intruso (Ibrahim et al 2002: 216-221). En geriatría, es habitual la presencia de intérpretes para asegurar una correcta aplicación de las escalas de medición cognitiva (Storey et al 2004: 13-31).

Son muchas las desventajas de la falta de intérprete sanitario adecuado. Los pacientes corren el riesgo de no comprender su diagnóstico y tratamiento (Baker et al 1996: 783-788), no cumplir las prescripciones médicas y, en consecuencia, sufrir complicaciones (Dreger y Tremback 2002: 280-285) -existe conciencia entre los farmacéuticos de la necesidad de contar con asistencia lingüística para garantizar la correcta dispensa de medicamentos (Muzyk et al 2004: 366-374)-, y es menos probable que sean citados para consulta externa con posterioridad (Sarver y Baker 2000: 256-264). La firma del consentimiento informado es un acto de fe si no se proporciona traducción (Betancourt y Jacobs 2000: 294-295). Las visitas médicas a domicilio sin intérprete no permiten la valoración completa de la evolución del enfermo (Gerrish 2001: 566-574). Se demanda intérpretes para asistir también al colectivo de enfermería (Blackford et al 1997: 15-21; Hatton y Webb 1993: 137-147). En las visitas domiciliarias se suele recurrir a parientes, a menudo niños, para quienes la intermediación puede suponer presión.

Se impone diseñar un protocolo para determinar si se requiere la intervención de un intérprete, decisión en cuya adopción se constatan deficiencias (Bonacruz et al 2003: 259-263), ya que el facultativo la toma guiado por las declaraciones del paciente, a menudo sin contrastar objetivamente. En diciembre de 2000 se publicaron en Estados Unidos las National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (Narayan 2001-2002: 77-83), catorce directrices que establecen el marco para proveer de personal bilingüe especializado o de intérpretes profesionales gratuitos en la sanidad (Vandervort et al 2003: 358-366).

Asistimos a la concienciación pública de la necesidad de intervención de intérpretes profesionales en el ámbito sanitario (Jacobs et al 2001: 468-474). Es preciso formar al facultativo en destrezas lingüísticas y de colaboración con el intérprete. No es realista esperar que la población inmigrante afronte el desembolso de contratar un intérprete: la Administración debe financiar esta

necesidad. El argumento de los costes no debe entorpecer la existencia de un servicio que contribuye a una asistencia sanitaria de calidad, ya que el objetivo de la gestión no es sólo el ahorro, sino una distribución de los recursos orientada a la eficiencia social.

Referencias bibliográficas

- Baker, D.W.; Parker, R.M.; Williams, M.V.; Coates, W.C. y Pitkin, K. (1996) «Use and effectiveness of interpreters in an emergency department» en *Journal of the American Medical Association*, 275 (10), pp. 783-788.
- Baker, D.W.; Hayes, R. y Fortier, J.P. (1998) «Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients» en *Medical Care*, 36 (10), pp. 1461-1470.
- Barkin, S.; Balkrishnan, R.; Manuel, J. y Hall, M.A. (2003) «Effect of language immersion on communication with Latino patients» en *North Carolina Medical Journal*, 64 (6), pp. 258-262.
- Baxter, H. y Cheng, L.Y. (1996) «Use of interpreters in individual psychotherapy» en *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (1), pp. 153-156.
- Betancourt, J.R. y Jacobs, E.A. (2000) «Language barriers to informed consent and confidentiality: the impact on women's health» en *Journal of the American Medical Womens Association*, 55 (5), pp. 294-295.
- Bischoff, A.; Tonnerre, C.; Loutan, L. y Stalder, H. (1999). «Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland» en *Sozial und Praventivmedizin*, 44 (6), pp. 283-287.
- Blackford, J.; Street, A. y Parsons, C. (1997) «Breaking down language barriers in clinical practice» en *Contemporary Nurse*, 6 (1), pp. 15-21.
- Bonacruz Kazzi, G. y Cooper, C. (2003) «Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations» en *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39 (4), pp. 259-263.
- Brafman, A.H. (1995) «Beware of the distorting interpreter» en *British Medical Journal*, 311, p. 1439.
- Cave, A.; Maharaj, U.; Gibson, N. y Jackson, E. (1995) «Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication» en *Canadian Family Physician*, 41, pp. 1685-1690.
- Corsellis, A. (2003) «Formación de los proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales», en Valero, C. (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 71-89.
- Dodd, W. (1984) «Do interpreters affect consultations?» en *Family Practice*, 1 (1), pp. 42-47.
- Dreger, V. y Tremback, T. (2002) «Optimize patient health by treating literacy and language barriers» en *AORN Journal*, 75 (2), pp. 280-285, 287, 289-293, 297-300.
- Drennan, G. (1996) «Counting the cost of language services in psychiatry» en *South African Medical Journal*, 86 (4), pp. 343-345.
- Drouin, J. y Rivet, C. (2003) «Training medical students to communicate with a linguistic minority group» en *Academic Medicine*, 78 (6), pp. 599-604.
- Duffy, M.M. y Alexander, A. (1999) «Overcoming language barriers for non-English speaking patients» en *Anna Journal*, 26 (5), pp. 507-510, 528.

- Elderkin-Thompson, V.; Silver, R.C. y Waitzkin, H. (2001) «When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting» en *Social Science & Medicine*, 52 (9), pp. 1343-1358.
- Fagan, M.J.; Díaz, J.A.; Reinert, S.E.; Sciamanna, C.N. y Fagan, D.M. (2003) «Impact of interpretation method on clinic visit length» en *Journal of General Internal Medicine*, 18 (8), pp. 634-638.
- Fernández, A.; Schillinger, D.; Grumbach, K.; Rosenthal, A.; Stewart, A.L.; Wang, F. y Pérez-Stable, E.J. «Physician language ability and cultural competence. An exploratory study of communication with Spanish-speaking patients» en *Journal of General Internal Medicine*, 2004, vol. 19, núm. 2, pp. 167-174.
- Flores, G.; Abreu, M.; Schwartz, I. y Hill, M.D. (2000) «The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community» en *The Journal of Pediatrics*, 137, pp. 842-848.
- Flores, G.; Laws, M.B.; Mayo, S.J.; Zuckerman, B.; Abreu, M.; Medina, L. y Hardt, E.J. (2003) «Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters» en *Pediatrics*, 111 (1), pp. 6-14.
- García, E.A.; Roy, L.C.; Okada, P.J.; Perkins, S.D. y Wiebe, R.A. (2004) «A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department» en *Pediatric Emergency Care*, 20 (6), pp. 373-378.
- Gerrish, K. (2001) «The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers» en *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), pp. 566-574.
- Haffner, L. (1992) «Translation is not enough. Interpreting in a medical setting» en *Western Journal of Medicine*, 157 (3), pp. 255-259.
- Harsham, P. (1984) «A misinterpreted word worth \$71 million» en *Medical Economics*, June, pp. 289-292.
- Hatton, D.C. y Webb, T. (1993) «Information transmission in bilingual, bicultural contexts: a field study of community health nurses and interpreters» en *Journal of Community Health Nurses*, 10 (3), pp. 137-147.
- Hornberger, J.C.; Gibson, D.C.; Wood, W.; Dequeldre, C.; Corso, I.; Palla, B. y Bloch, D.A. (1996) «Eliminating language barriers for non-English-speaking patients» en *Medical Care*, 34 (8), pp. 845-856.
- Hornberger, J.; Itakura, H. y Wilson, S.R. (1997) «Bridging language and cultural barriers between physicians and patients» en *Public Health Reports*, 112 (5), pp. 410-417.
- Ibrahim, E.M.; Al-Saad, R.; Wishi, A.L.; Khafaga, Y.M.; El Hussainy, G.; Nabhan, A.; Ezzat, A.A.; Ajarim, D.S.; Bazarbashi, S.; Radwi, A. y Al-Amro, A. (2002) «Appraisal of communication skills and patients' satisfaction in cross-language encounters in oncology practice» en *Journal of Cancer Education*, 17 (4), pp. 216-221.
- Jacobs, E.A.; Lauderdale, D.S.; Meltzer, D.; Shorey, J.M.; Levinson, W. y Thisted, R.A. (2001) «Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients»

- en *Journal of General Internal Medicine*, 16 (7), pp. 468-474.
- Jacobs, E.A.; Shepard, D.S., Suaya, J.A. y Stone, E.L. (2004) «Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services» en *American Journal of Public Health*, 94 (5), pp. 866-869.
- Jones, D. y Gill, P. (1998) «Breaking down language barriers» en *British Medical Journal*, 316, pp. 1476-1480.
- Karliner, L.S.; Pérez-Stable, E.J. y Gildengorin, G. (2004) «The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice» en *Journal of General Internal Medicine*, 19 (2), pp. 175-183.
- Kline, F.; Acosta, F.X.; Austin, W. y Johnson, R.G. (1980) «The misunderstood Spanish-speaking patient» en *American Journal of Psychiatry*, 137 (12), pp. 1530-1533.
- Kuo, D. y Fagan, M.J. (1999) «Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic» en *Journal of General Internal Medicine*, 14 (9), pp. 547-550.
- Lang, R. (1976) «Orderlies as interpreters in Papua New Guinea» en *Papua New Guinea Medical Journal*, 18 (3), pp. 172-177.
- Lau, K.C.; Stewart, S.M. y Fielding, R. (2001) «Preliminary evaluation of «interpreter» role plays in teaching communication skills to medical undergraduates» en *Medical Education*, 35 (3), pp. 188-190.
- Launer, J. (1978) «Taking medical histories through interpreters: practice in a Nigerian outpatient department» en *British Medical Journal*, 2 (6142), pp. 934-935.
- Laws, M.B.; Heckscher, R.; Mayo, S.J.; LI, W. y Wilson, I.B. (2004) «A new method for evaluating the quality of medical interpretation» en *Medical Care*, 42 (1), pp. 71-80.
- Lee, L.J.; Batal, H.A.; Maselli, J.H. y Kutner, J.S. (2002) «Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic» en *Journal of General Internal Medicine*, 17 (8), pp. 641-645.
- Leman, P. (1997) «Interpreter use in an inner city accident and emergency department» en *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 14 (2), pp. 98-100.
- Maltby, H.J. (1999) «Interpreters: a double-edged sword in nursing practice» en *Journal of Transcultural Nursing*, 10 (3), pp. 248-254.
- Mcphee, S.J. (2002) «Caring for a 70-year-old Vietnamese woman» en *Journal of the American Medical Association*, 287 (4), pp. 495-504.
- Monroe, A.D. y Shirazian, T. (2004) «Challenging linguistic barriers to health care: students as medical interpreters» en *Academic Medicine*, 79 (2), pp. 118-122.
- Muzyk, A.J.; Muzyk, T.L. y Barnett, C.W. (2004) «Counseling Spanish-speaking patients: Atlanta pharmacists' cultural sensitivity, use of language-assistance services, and attitudes» en *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 44 (3), pp. 366-374.
- Narayan, M.C. (2001-2002) «The national standards for culturally and linguistically appropriate services in health care» en *Care Management Journal*, 3 (2), pp. 77-83.
- Nasr, I.; Cordero, M.; Houmes, B.; Fagan, J.; Rydman, R. y Green, C. (1993) «Use of a bilingual medical history questionnaire in the emergency department» en *Annals of Emergency Medicine*, 22 (5), pp. 824-828.

- Ngo-Metzger, Q.; Massagli, M.P.; Clarridge, B.R.; Manocchia, M.; Davis, R.B.; Iezzoni, L.I. y Phillips, R.S. (2003) «Linguistic and cultural barriers to care» en *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), pp. 44-52.
- Oquendo, M.A. (1996) «Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient's second language» en *Psychiatric Services*, 47 (6), pp. 614-618.
- Phelan, M. y Parkman, S. «How to do it: work with an interpreter» en *British Medical Journal*, 1995, vol. 311, pp. 555-557.
- Pochhacker, F. (2000) «Language barriers in Vienna Hospitals» en *Ethnicity & Health*, 5 (2), pp. 113-119.
- Pointon, T. (1996) «Telephone interpreting service is available» en *British Medical Journal*, 312, p. 53.
- Rivadeneira, R.; Elderkin-Thompson, V.; Silver, R.C. y Waitzkin, H. (2000) «Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter» en *American Journal of Medicine*, 108 (6), pp. 470-474.
- Rollins, G. (2002) «Translation, por favor» en *Hospitals and Health Networks*, 76 (12), pp. 46-50.
- Sarver, J. y Baker, D.W. (2000) «Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit» en *Journal of General Internal Medicine*, 15 (4), pp. 256-264.
- Storey, J.E.; Rowland, J.T.; Conforti, D.A. y Dickson, H.G. (2004) «The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale» en *International Psychogeriatrics*, 16 (1), pp. 13-31.
- Tocher, T.M. y Larson, E.B. (1999) «Do physicians spend more time with non-English-speaking patients?» en *Journal of General Internal Medicine*, 14 (5), pp. 303-309.
- Valero Garcés, C. (2003) «Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos», en Valero, C. (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 3-33.
- Vandervort, E.B. y Melkus, G.D. (2003) «Linguistic services in ambulatory clinics» en *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (4), pp. 358-366.