

**MEMORIA DEL MÁSTER EN LINGÜÍSTICA APLICADA
A LA ENSEÑANZA DEL ESPAÑOL COMO LENGUA EXTRANJERA**

UNIVERSIDAD DE JAÉN

En colaboración con la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER)

**DISEÑO DE UN MODELO CONCEPTUAL DE UN PROGRAMA DE
EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA EN ESPAÑOL PARA
INTÉRPRETES MÉDICOS**

Alumno:

Carlos Hernando Ávila Gómez

Tutora:

María José Pareja López

Edición: 2011-2012

Noviembre 2012

A mi amada esposa Hilda, mi luz y mi sol, que sin su paciencia y comprensión, sobre todo en los días de mi enfermedad, no hubiera sido posible la realización de esta memoria.

A mi hermana Martha, que siempre va a estar en mi corazón.

A mi madre Esther y a mi hermano Henry que desde Colombia están apoyándome.

Al idioma español que siempre formará parte de mi identidad en este gran país, los Estados Unidos.

Índice

1. Introducción	5
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Marco legal.....	9
2.3 Características de los latinos	12
2.4 Definición y Modalidades de Interpretación.	12
2.5 La Necesidad de Evaluar a los Intérpretes Médicos	14
2.6. Características de los Hablantes de Herencia	16
2.7 Perfil de los Intérpretes Médicos Latinos	18
2.8. Importancia de Evaluar la Competencia Comunicativa	19
2.9 Evaluación de la Competencia Comunicativa	23
2.10 Marcos de Referencia.....	26
2.11 Estudios y ejemplos sobre la Evaluación de la Competencia Comunicativa de los Intérpretes Médicos	33
2.12 Pruebas de Nivel y Pruebas basadas en tareas	38
3. Objetivos	44
4. Diseño y Metodología	45
4.1 Tareas	48
4.2. Evaluación -Instrucción.....	50
4.3 Limitaciones del Modelo	51
5. Presentación del Material.....	52
6. Conclusiones	53
7. Bibliografía	55
8. Anexos.....	61
8.1. Anexo 1. Prueba General de Nivel de Competencia Comunicativa en Español.....	61
8.2 Anexo 2. Unidades IPA para Contextos Médicos.....	77
8.3. Anexo 3.Competencias Básicas para los Intérpretes Médicos.....	79

Índice de Tablas

Tabla 1. Modelos de correspondencia escalas ACFTL, ILR y los hablantes de herencia.....	31
Tabla 2. Equivalencia entre marcos de Referencia y Hablantes de Herencia.....	32
Tabla 3. Tipos de pruebas (basadas en Davidson y Lynch, 2002)	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Hoja de ruta del proceso de certificación de Interpretación para inmigrantes recién llegados a Australia.....	38
Gráfico 2. Puntos Comunicativos en una Consulta Médica Típica	44
Gráfico 3. Modelo Conceptual de Evaluación.....	47

1. Introducción

El siguiente ejemplo sacado de la vida real demuestra una situación que probablemente se repita en muchas consultas médicas en los Estados Unidos:

Me llamaron del departamento de endocrinología. Cuando llegué, había una madre muy joven, María, con su hijo, José. Al hablar con María las dos nos enteramos que éramos de Venezuela, es más, el médico que estaba haciendo la evaluación realizó parte de su residencia en Venezuela. Cuando el médico terminó de examinar a José, dijo algo en español, “María, le debes dar una pastilla de esta medicina a José una vez al día. Como puedes ver es muy pequeña y él puede tragar”. Entonces dijo que se acordó de la vez en que pensaba que no tenía la necesidad de un intérprete y que le había dicho a un paciente en español, “Usted tiene que tomar una *patilla* una vez al día. Es muy pequeña y usted se la puede tragar”. El paciente se sonrojó y se fue muy molesto. Entonces se acercó a la enfermera y le preguntó qué es lo que había estado mal y la enfermera riéndose, le dijo: “usted dijo *patilla* que significa *sandía*. Le acaba de pedir al paciente que se trague una sandía”. Desde entonces, el médico entiende la importancia de tener buen intérprete al examinar a un paciente de capacidad limitada en inglés. Ese día María recibió las instrucciones correctas de darle una pastilla muy pequeña a su hijo, y a pesar de la enfermedad de su bebé, todos compartimos un buen momento. (Hablamos Juntos)¹(Traducción nuestra)

El problema principal mostrado en el ejemplo, aunque algo anecdótico, radica en las dificultades de comunicación que afrontan los pacientes hispanos de competencia limitada en inglés (*Limited English Proficiency*) al visitar a los médicos que generalmente en Estados Unidos hablan muy bien inglés, pero su competencia en español es limitada. Estas dificultades pueden interferir con la calidad en el cuidado de la salud del paciente, ya que pueden tener consecuencias graves en la salud de éste, como por ejemplo, cuando el paciente no entiende y sigue mal las indicaciones del médico (Sampson 2006: 11). Es en esta clase de situaciones los intérpretes médicos son de vital importancia para minimizar estas barreras comunicativas entre paciente y médico. (Baker et al., 1996; Baker et al, 1998; Jacobs et al., 2001; Lee et al., 2002; citados en Green, 2005: 1050). En estas situaciones se necesita entonces alguien que sea capaz de decirle correctamente al paciente hispano que la indicación en inglés del doctor, “You have to take one pill once a day” significa en español, “Usted tiene que tomarse una pastilla una vez al día”. Lamentable muchas de estas personas no tienen una competencia adecuada y suficiente en español requerida para el trabajo de

¹ Hablamos Juntos. (s.f.): True stories.

Disponible en http://www.hablamosjuntos.org/mediacenter/default.true_stories.asp. Hablamos Juntos es un proyecto financiado por la fundación Robert Wood Johnson y administrado por el Centro de UCSF Fresno de Educación Médica e Investigación. Su misión principal es la de ayudar a los proveedores de servicios de salud a desarrollar programas asequibles que ayuden a mejorar la comunicación con los pacientes latinos. El proyecto resalta el vínculo que existe entre la competencia lingüística y la calidad en la interpretación, sobre todo en los hablantes de herencia hispanos que trabajan como intérpretes.

interpretación, porque aprendieron el español en casa con su familia de origen inmigrante, pero que al crecer recibieron su educación formal en inglés, y con el tiempo este idioma se convirtió en el de uso dominante o preferido (Valdés et al., 2000; citada en Hablamos Juntos 2008: 6). Estos hablantes conocidos en inglés como *heritage speakers* (hablantes de herencia) poseen diferentes grados de proficiencia en cada una de las cuatro destrezas comunicativas en español (Carreira, 2003; Fairclough, 2005; Valdés, 2001, citados en Fairclough, 2012: 121). Para los hablantes de herencia que quieren trabajar o trabajan como intérpretes médicos es de vital importancia mejorar su competencia comunicativa en español, ya que les ayuda a mejorar sus competencias de interpretación médica. Uno de los problemas principales radica en que las actuales pruebas de evaluación de un idioma no son apropiadas para evaluar la competencia comunicativa de un idioma determinado en contextos de dominio lingüístico específico, como es el caso de los profesionales que trabajan en el sector de atención a la salud. Además, son pocas las pruebas válidas y confiables que existen en el contexto de atención a la salud (Hablamos Juntos, 2005a: 1). El otro problema fundamental reside en que estas pruebas están diseñadas para hablantes L2 y que tal vez no son apropiadas para los hablantes de herencia (Fairclough, 2012: 122; Polinsky y Kagan, 2007: 386). Una de las pruebas más conocidas es la OPI de la ACTFL que mide la competencia oral. Esta prueba es usada por un gran número de organizaciones gubernamentales, educativas y privadas que la utilizan como elemento clave en sus procesos de contratación y formación (Hablamos Juntos, 2008: 9). Entonces las organizaciones proveedoras de la atención de la salud se enfrentan a la dificultad de no saber si su fuerza de trabajo, en especial el personal de función dual (personas que ejercen dos funciones: las de su trabajo y las de intérpretes), está lo suficientemente capacitado para ejercer las funciones de intérpretes médicos (Hablamos Juntos 2005a: 1). Sumado al hecho de que un gran número de trabajadores duales en los hospitales no reciben o han recibido formación en interpretación médica (Flores et al., 2003: 6-14; citado en Divi et al., 2007: 61).

Por otro lado, los cambios demográficos y la promulgación de regulaciones que rigen la atención médica han resaltado la importancia de mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes de competencia limitada en inglés. En 2010 alrededor de 16.5 millones de hispanos representaban el 66% del total de la población con competencia limitada en inglés (Pandya et al., 2011:3,6). Estas personas representan un gran desafío para el sistema de atención de salud norteamericano.

De igual forma, el gobierno federal de los Estados Unidos amparado bajo el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 que prohíbe la discriminación basada en “la nacionalidad”, ha puesto en marcha una serie de regulaciones y normas de servicio con el propósito de asegurar una

adecuada atención a los pacientes de competencia limitada en inglés entre los organismos federales y organizaciones que reciben fondos federales (Chen, A.H. et al., 2007: 362-363). Entre las más importantes se encuentran la orden ejecutiva presidencial 13166 y las “Normas Nacionales para Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados en la Atención de la Salud” (CLAS).

Bajo la descripción de este contexto nació la idea de crear una memoria que propusiera un modelo conceptual para evaluar la competencia en español de los intérpretes médicos hispanos. Específicamente, el objetivo general de esta memoria es diseñar un modelo conceptual que proporcione las pautas para la implementación de un programa de evaluación de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajen como intérpretes médicos en organizaciones proveedoras de servicios del cuidado de la salud.

Para el cumplimiento de este objetivo se procedió a revisar la literatura existente sobre el tema, marcos regulatorios y experiencias en el campo de atención de la salud que permitieran definir las bases del diseño del modelo. Es importante anotar que el tema de la memoria es nuevo y que relativamente existe una literatura muy limitada al respecto, sobre todo en español. Asimismo, ha sido muy útil la formación teórica en interpretación médica que el autor de la memoria recibió de la organización *Language Access Resource Center* del condado de Dupage en Illinois, Estados Unidos. Esta experiencia permitió al autor tener una visión más clara del campo de la interpretación médica y particularmente fue el hecho de que la gran mayoría de las personas que tomaron el curso de formación en interpretación médica eran hablantes de herencia hispanos.

El desarrollo del marco contextual sirvió de base para construir un modelo conceptual para definir líneas orientativas para la creación de un programa de evaluación de la competencia en español. Basado en las pautas desarrolladas en el modelo, se diseñó un ejemplo de un posible examen de nivel para medir la competencia de español de los intérpretes bilingües y se creó un ejemplo de cómo crear unidades IPA usadas para la capacitación, evaluación y mejoramiento la competencia en español de los intérpretes.

Finalmente, se espera que un futuro los proveedores de salud puedan implementar este modelo guía de carácter conceptual y que les ayude en cierta forma a evaluar la competencia en español del personal hispano que trabaja como intérprete médico y que es hablante de herencia. El modelo no pretende crear instrumentos y metodologías confiables y válidas, de evaluación del español de los hablantes de herencia que hasta el momento no existen en el campo médico. Ni tampoco pretende evaluar competencias bilingües y de interpretación, que dicho sea de paso merecen ser estudiadas en otra propuesta.

2. Estado de la Cuestión

2.1 Antecedentes

El número de personas con competencia limitada en inglés, mayores de cinco años de edad, se incrementó significativamente en los últimos 20 años debido a un aumento considerable en la población de inmigrantes (Pandya et al., 2011: 1). Entre los años comprendidos entre 1990 y 2010, la población con competencia limitada en inglés tuvo un aumento cercano al 80 %. Pasó de 14 millones a 25 millones de personas (3). En 2010 los hispanos representaban el 66 % de la población total con competencia limitada en inglés en los Estados Unidos (6).

Este gran incremento de esta población presupone un gran desafío para el sistema sanitario de los Estados Unidos, porque las barreras lingüísticas entre paciente y proveedor pueden tener consecuencias negativas:

En la medida que los Estados Unidos se diversifica [sic] a nivel étnico y racial, los prestadores [sic] de servicios para el cuidado de la salud enfrentan crecientes dificultades para garantizar que los pacientes con conocimientos limitados del idioma inglés accedan a servicios de asistencia idiomática adecuados. Cuando no se cuenta con esta asistencia para cubrir las necesidades del paciente, la falta de conocimiento del idioma inglés puede tener consecuencias significativas e incluso que pongan en riesgo la vida del paciente. Las barreras idiomáticas pueden impedir el acceso oportuno a la atención médica así como también obstaculizar la capacidad del paciente de comunicar los síntomas, seguir los consejos médicos y comprender las instrucciones [sic] para tomar los medicamentos. (Andrulis et al., 2002: 3).

Divi et al., (2007: 1) menciona que “la comunicación efectiva entre paciente y proveedor es fundamental para dar un cuidado médico seguro y de excelente calidad”. Sampson (2006: 11) resume las principales consecuencias de una inadecuada comunicación entre paciente y proveedor:

- La competencia limitada del inglés entre los pacientes puede resultar en la prestación de una atención deficiente al cuidado de la salud debido a una información inexacta o incompleta (Crane, 1997; citado en Sampson, 2006: 11).
- Las barreras del idioma pueden aumentar el costo de atención (Bernstein, 2002; citado en Sampson, 2006: 11).
- Estas son la razón principal por las que la población con competencia limitada en inglés subutiliza desproporcionadamente la atención preventiva menos costosa y que mejora la calidad (Doty, 2002; citado en Sampson, 2006: 11).
- Además, la incapacidad de comprender al paciente, mezclada con el temor a la responsabilidad civil y penal, puede llevar a algunos proveedores a evitar a los pacientes de competencia limitada en inglés o, como alternativa,

a mandar pruebas costosas, además de evitables. (Newman, 2003; citado en Sampson, 2006: 11). (Traducción nuestra)

Para resolver estos problemas de comunicación, el sistema de atención a la salud en los Estados Unidos utiliza los servicios de intérpretes médicos. Varios estudios han demostrado que el uso de intérpretes mejora la calidad y seguridad en los servicios sanitarios prestados a la población de competencia limitada en inglés. (Baker et al., 1996; Baker et al, 1998; Jacobs et al., 2001; Lee et al., 2002; citados en Green, 2005: 1050). A pesar de esto, esta población tiene poco acceso a los servicios de interpretación médica y además estos servicios están dados por intérpretes que carecen de una formación adecuada. Un estudio (Flores et al., 2003: 6-14; citado en Divi et al., 2007: 61) descubrió que casi la mitad de los pacientes de competencia limitada en inglés no utilizan los servicios de interpretación médica. El mismo estudio también descubrió que “menos del 25 % de los hospitales proporcionan formación para intérpretes médicos”. El uso de personal sin ninguna formación en interpretación médica puede contribuir a problemas graves en la comunicación entre paciente y proveedor. Otro estudio (Elderkin-Thompson et al., 2001: 1343-1358; citado en Divi et al., 2007: 61) que analizó la exactitud de la interpretación dada por enfermeras bilingües que trabajan en hospitales y sin formación para interpretación médica descubrió que “aproximadamente la mitad de las consultas médicas presentaron graves problemas de comunicación que afectaron la comprensión del médico de los síntomas del paciente y la credibilidad de las preocupaciones del paciente”.

En otro estudio realizado en todo el país por *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 2007, citado en Moreno et al, 2007: 334) se demostró que la mayoría de los hospitales estudiados no usan intérpretes profesionales sino que se apoyan en su personal bilingüe. Es más, el mismo estudio señala que la calidad en la interpretación médica es tan importante como el acceso a la misma. Aun más grave es el hecho que la mayoría de los hospitales no documentan las consultas médicas con pacientes de competencia limitada en inglés. Divi, *et al.* (2007: 66) señaló que los hospitales objeto de su estudio “raramente documentaban la competencia lingüística de sus proveedores, ya sea que un intérprete estuviera presente durante las consultas con los pacientes o el tipo de servicio de interpretación que proveían”. En consecuencia, podemos decir que sin esta información es casi imposible estudiar la efectividad y calidad de la comunicación entre paciente-proveedor-intérprete.

2.2 Marco legal

Básicamente el derecho legal a tener acceso a los servicios de interpretación se fundamenta en el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Chen, A.H et al., 2007: 362). Esta ley estipula

que: “Ninguna persona en los Estados Unidos, sobre la base de raza, color u origen nacional, será excluida de la participación en, se le negarán los beneficios de o estará sujeta a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal” (42 U.S.C. §2000d; citada en Chen, A.H. et al., 2007: 362). En la interpretación de esta ley la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos considera la “discriminación por idioma” como una forma de “discriminación por origen nacional” (Lau v. Nichols, 414 U.S. 563 (1974); citado en Chen, A.H. et al., 2007: 362). Igualmente se tiene que:

De manera similar, el gobierno federal en sus regulaciones y políticas ha considerado el idioma en lugar del origen nacional, por lo tanto, en los programas y actividades financiadas con fondos federales las personas que hablan un idioma distinto del inglés tienen derecho a un trato igual a los de habla inglesa (Chen, A.H. et al., 2007: 362). [...]

Cada departamento federal tiene una oficina de derechos civiles que se encarga de velar para que los programas de su departamento estén libres de discriminación. La Oficina de HHS para los Derechos Civiles (OCR) no es la excepción (Chen, A.H. et al., 2007: 363).

En el año 2000 la administración del presidente Bill Clinton emitió la orden ejecutiva 13166, “Mejora del acceso a los servicios para personas con competencia limitada en inglés” (65 Fed. Reg. 50121 (2000); citada en Chen A.H. et al., 2007: 363) la cual “reitera los requisitos del Título VI para los beneficiarios de fondos federales y dirige todas las agencias federales para asegurar que sus propios programas proporcionen igualdad de acceso a las personas con competencia limitada en inglés” (363).

La Oficina de los Derechos Civiles del Departamento Federal de Servicios de Salud y Humanos publicó una guía² para la puesta en práctica de la orden ejecutiva que consiste en:

[...] una amplia orientación normativa para ayudar a los proveedores de los servicios de atención a la salud y otros beneficiarios de fondos federales en el cumplimiento de sus obligaciones con los individuos de competencia limitada en inglés (65 Fed. Reg. 50121 (2000); citada en Chen A.H. et al., 2007: 363).

Bajo la administración Bush, la Orden Ejecutiva fue confirmada, mientras que la orientación normativa fue revisada y reeditada en agosto de 2003 (68 Fed. Reg. 47311 (8 de agosto, 2003); citada en Chen A.H. et al., 2007: 363). [...] (Traducción nuestra)

² Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons. Disponible en <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2002-06-18/pdf/02-15207.pdf>.

“La Guía describe cuatro factores que las instituciones, los programas y los proveedores deben considerar para determinar la extensión y el tipo de ayuda con el idioma que debe llevarse a cabo” (68 Fed. Reg 47311, 47315; citada en Chen A.H. et al., 2007: 363). Para estas organizaciones el diseño de los programas de acceso de servicios lingüísticos dependerá de (68 Fed. Reg 47311, 47315; citada en Chen A.H. et al., 2007: 363):

1. El número o proporción de personas atendidas o elegibles para ser atendidas con competencia limitada en inglés.
2. La frecuencia de contacto.
3. La naturaleza e importancia del servicio proveído.
4. Los recursos y costos.

Igualmente y de manera más específica acatando los lineamientos legales, La Oficina de Salud para las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos publicó una serie de guías y normas para facilitar la implementación de programas de servicios de atención de la salud apropiados a las necesidades lingüísticas y culturales de los pacientes a los que atiende. Estas guías se conocen en inglés como *The National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services* [CLAS] (Normas Nacionales para Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados en la Atención de la Salud). Estas normas están compuestas, primero, por “una serie de requisitos federales para los beneficiarios de fondos federales”, y segundo, por una “serie de actividades obligatorias que deben adaptar las agencias federales, estatales y nacionales”. Y por último da unas “sugerencias de adopción voluntaria para las agencias de atención sanitaria” (Office of Minority Health, 2001: 6).

Sin embargo, aún con estos estándares federales, cada estado tiene diferentes regulaciones que rigen los servicios de acceso y calidad de los intérpretes para la población de competencia limitada en inglés en el campo de atención de la salud. Como resultado de los cambios demográficos, “más estados están estableciendo regulaciones y políticas para promover el acceso a los servicios de idiomas en el cuidado de la salud” (Perkins y Youdelman, 2008; citados en Au et al, 2009: 2). Estas regulaciones difieren de estado a estado, pero quizás California tenga la legislación más “completa que rige el acceso a los servicios de idiomas” (Perkins y Youdelman, 2008; citados en Au et al, 2009: 3), porque “le exige a todos los planes de salud comerciales proveer servicios de idiomas para sus afiliados” (Au et al, 2009: 3).

Por otro lado, en todo el país ha sido imposible el desarrollo de una certificación formal que homologue las competencias profesionales de los intérpretes. Por esta razón existen muchos

estándares y programas de formación que son muy disímiles, y por consiguiente, “la calidad de los intérpretes médicos es muy variable” (Reftki et al, 2012: 13). “Solamente cuatro estados requieren o están desarrollando acreditaciones estatales para los servicios de intérpretes” (Perkins y Youdelman, 2008; citados en Au et al, 2009: 8). En los últimos años las dos asociaciones más importantes de intérpretes en Estados Unidos, la NCIHC y la IMIA han desarrollado separadamente dos procesos de certificación profesional para intérpretes (Language Access Resource Center, 2012: sección 2).

2.3 Características de los latinos

La población latina en los Estados Unidos es muy diversa en su composición étnica, racial, económica, social y cultural. Pero la mayoría de latinos comparte el idioma español y la religión católica (Givaudan et al, 2002: 12). La mayoría es de origen mexicano (66.1 %), seguido de puertorriqueños (9 %) y cubanos (4 %). Un 14.6% proviene de Centroamérica y Sudamérica y “otros hispanos” (6.4 %)³. Los latinos pueden ser de cualquier raza (blancos, negros, indios, mestizos o de origen asiático). Además, tienen “diversos niveles socioeconómicos y educativos” (12). Experimentan grandes niveles de pobreza que junto con “su situación legal en el país, una educación deficiente y las barreras del idioma, limitan las opciones de empleo entre los latinos, que resulta en una menor tasa de cobertura de seguro médico” (13).

También, en los últimos años los doctores han visto un rápido crecimiento de la población latina entre sus pacientes, mucho de ellos con una competencia limitada en inglés. Una encuesta realizada por la empresa *Lake Snell Perry & Associates Inc.* (2004: 6) a petición de *The Robert Wood Johnson Foundation* reveló lo siguiente:

Estos médicos hablan ampliamente acerca de los cambios demográficos de sus comunidades y sus prácticas. Basándose en sus comentarios, algunos parecen estar tomándose estos cambios demográficos con calma, acogiendo la creciente diversidad de su práctica, y lentamente evolucionando para satisfacer una amplia gama de necesidades. Otros médicos parecen estar abrumados por sus pacientes cada vez más diversos y están siendo seriamente desafiados por las barreras de comunicación que enfrentan al tratar a los pacientes de competencia nula o limitada en inglés. Algunos médicos parecen incluso resentidos con los pacientes de competencia nula o limitada en inglés y de la carga que perciben ponen sobre los proveedores. (Traducción nuestra)

2.4 Definición y Modalidades de Interpretación.

Muchas personas ajenas al campo de la interpretación y la traducción creen que ambas son lo mismo. Pero aun cuando las dos tienen una finalidad similar, sus medios de conversión y

³ Estos porcentajes corresponden al censo del año 2000, en el que la población latina alcanzó los 35.3 millones de habitantes.

transmisión son totalmente diferentes. La interpretación es el proceso en el cual se convierte el discurso oral entre un idioma fuente a uno meta y viceversa. Mientras que la traducción es el proceso en el cual se convierte un texto original de un idioma fuente a un texto equivalente en un lenguaje meta (Language Access Resource Center, 2012: sección 2).

Los intérpretes son las personas encargadas de hacer el proceso de interpretación posible. El principal objetivo es establecer la comunicación entre el proveedor y el cliente de forma objetiva y efectiva, y sin tomar ningún favoritismo (Language Access Resource Center, 2012: sección 3).

Para ser intérprete no solo se necesita ser bilingüe sino que se necesita tener y desarrollar un conjunto de competencias y cualidades, lingüísticas, culturales, profesionales y de conocimiento que lo hagan idóneo para el trabajo. Según Refki et al., (2012: 18) los intérpretes médicos necesitan desarrollar cinco áreas de conocimiento y dominio específicos más un área de desarrollo y comportamiento profesional (Anexo 3):

1. Conocimiento del contexto de la interpretación médica
2. Conocimiento de la interpretación médica profesional.
3. Conocimiento de la terminología médica y del cuerpo humano.
4. Conocimiento cultural.
5. Conocimiento lingüístico.
6. Cualidades profesionales.

Tradicionalmente las personas que realizan la labor de interpretación dentro una organización son las siguientes (Language Access Resource Center, 2012: secciones 2 y 3):

- Ad Hoc: Son individuos bilingües que no han recibido ninguna formación en interpretación médica. Principalmente son personal bilingüe, familiares, amigos, etc.
- Empleados con doble función (Dual Task): Son personas que trabajan en una entidad proveedora de servicios de salud, pero cuya función principal no es la de interpretar sino la de realizar el trabajo para que fueron contratadas. Puede que tengan formación como intérpretes.
- Voluntarios: Estas personas pueden estar capacitadas o calificadas en interpretación. Algunos donan su tiempo directamente al hospital y otros trabajan para grupos comunitarios que donan tiempo al hospital.

- Personal Calificado (Trained): Personas bilingües que han tomado un programa en interpretación de forma teórica y práctica, y cuyas competencias lingüísticas, culturales e interpretativas han sido evaluadas.
- Personal Acreditado: Personas formadas como intérpretes que reciben una acreditación o certificación de una asociación de profesionales que dicta los estándares y códigos éticos nacionalmente. En Estados Unidos hay dos organizaciones que certifican a los intérpretes: la CCHI y la IMIA.

La labor de interpretación se realiza en los contextos legales, de conferencias, médicos, educativos y comunitarios. Dentro de estos un intérprete puede usar las siguientes modalidades de interpretación (Language Access Resource Center, 2012: secciones 2 y 3):

- Interpretación Simultánea: El intérprete convierte la información al mismo tiempo que la escucha.
- Interpretación Consecutiva: El intérprete convierte la información después de que la haya escuchado.
- Interpretación por Relé: En esta modalidad están involucrados tres o más idiomas diferentes. Consecuentemente se usa un intérprete que sea capaz de convertir un mensaje oral original a un idioma intermedio, para que luego otro intérprete convierta el mensaje intermedio a un tercer idioma final.
- Traducción a la Vista: Aunque se llama traducción, en realidad es una forma de interpretación en el cual se va leyendo un texto en el idioma fuente para repetirlo en voz alta en el idioma meta.
- Interpretación Transparente: Convierte el contenido de una información oral a todos los involucrados independientemente de la relevancia de la reunión.

La interpretación se puede realizar por diferentes medios de comunicación. Entre estos se destacan: en persona, por teléfono y video conferencia (Hablamos Juntos, 2008: 18).

2.5 La Necesidad de Evaluar a los Intérpretes Médicos

Como se ha visto anteriormente, la comunicación entre paciente y proveedor tiene que ser lo suficientemente clara para evitar problemas que puedan perjudicar la salud del paciente. También se vio la importancia que tienen los intérpretes en resolver las barreras lingüísticas cuando se atienden pacientes con competencia limitada en inglés. Es por esta razón que los intérpretes deben estar bien preparados para su función y responsabilidades. La organización *Robert Wood Johnson Foundation* (Wirthlin Worldwide, 2001; citado en Hablamos Juntos, 2008: 7) patrocinó el desarrollo

de dos encuestas que tenían como objetivo de “saber cómo las barreras lingüísticas afectan la atención de la salud que se les da a los pacientes que hablan español con poca o ninguna competencia en inglés: una fue dirigida a los latinos que hablan español y la otra fue dirigida a los proveedores de cuidados de la salud”. La encuesta para los latinos demostró que, “aunque los intérpretes facilitaban la comunicación, muchos pacientes estaban preocupados por el uso de intérpretes con destrezas lingüísticas bajas o limitadas en español” (Wirthlin Worldwide, 2001; citado en Hablamos Juntos, 2008: 8). En el lado de los proveedores también se encontró que “el 51% utilizan a su personal, incluyendo el de admisión y mantenimiento, que hablan español, para sus necesidades de interpretación. Otro 29% de los proveedores de atención médica dijeron que dependen de intérpretes que son familiares o amigos del paciente” (Wirthlin Worldwide, 2001; citado en The California Endowment, 2012: 38).

De otra parte, el proyecto Hablamos Juntos (2008: 8) ha elaborado entrevistas a expertos en el campo de interpretación y a lingüistas. Una de las principales preocupaciones que estos expertos tienen es “la práctica común de utilizar intérpretes de las comunidades de inmigrantes, también conocidas como comunidades de herencia” (*heritage communities*). A estas personas se les conoce como hablantes de herencia (*heritage speakers*). Los hablantes de herencia son:

Las personas que aprenden su lengua étnica en casa como niños pero crecieron en un país que tiene un idioma dominante diferente (por ejemplo, los hijos de inmigrantes de habla hispana que nacen y crecen en los Estados Unidos y aprenden español en la casa, pero se les enseña mediante el inglés en la escuela). Normalmente, los hablantes de herencia tienen poca o ninguna educación formal en su lengua étnica. Frecuentemente, su segundo idioma (por ejemplo, el inglés) se convierte en su idioma dominante y demuestran diferentes grados de dominio en el primero, su idioma de herencia. Los hablantes de herencia pueden variar desde individuos que dominan el inglés sin la capacidad de lectura y escritura en su idioma de herencia, hasta aquellos con destrezas limitadas de lectura y escritura en su idioma de herencia. (Valdés et al., 2000; citada en Hablamos Juntos 2008: 6). (Traducción nuestra)

Como la interpretación médica es el enlace comunicativo entre dos personas que hablan dos idiomas diferentes, entonces es menester que los intérpretes sean competentes en ambos. Particularmente, se resalta el hecho que los hablantes de herencia hispanos tienen una competencia limitada en español. Por esta razón es importante para los hablantes de herencia evaluar su competencia en español, para buscar estrategias de mejoramiento en ese idioma, que por último conlleven a mejorar su competencia como intérprete médico. Además, que los exámenes tradicionales de evaluación de idiomas “no están diseñados para evaluar a personas bilingües que no han recibido una educación formal del lenguaje en los dos idiomas” (Hablamos

Juntos 2008: 10). Asimismo, “no existen pruebas válidas y estandarizadas que midan la aptitud lingüística en el contexto de la salud” (Hablamos Juntos, 2005a: 1).

2.6. Características de los Hablantes de Herencia

Identificar y clasificar los hablantes de herencia constituye un paso importante a la hora de evaluar sus habilidades lingüísticas. Según Valdés (2001) los hablantes de herencia son personas que tienen diferentes grados de bilingüismo que varían de acuerdo a muchos factores como: “patrón generacional” (42), experiencias de vida y escolaridad (42), la clase social de la primera generación (46), y a falta de utilización del idioma de herencia en situaciones de alto registro (46). Valdés dice que dentro de las comunidades inmigrantes los hablantes de herencia presentan un “patrón generacional específico”, donde “cada generación tiene diferentes grados de bilingüismo” y que pueden clasificarse de forma resumida como sigue (42-43):

[...] muchos inmigrantes de primera generación seguirán siendo monolingües en su primer idioma a lo largo de sus vidas. Otros adquirirán algo de inglés y se convertirán en bilingües incipientes, pero aún así serán considerablemente dominantes en la lengua de herencia. Para la segunda y tercera generación, la mayoría de los miembros de la comunidad inmigrante habrá adquirido el inglés bastante bien. La mayoría de estos individuos serán, sino dominantes en inglés, preferentes del inglés. Muchos, sin embargo, seguirán funcionando en los dos idiomas con el fin de comunicarse con los miembros de la primera generación. Por último, para la cuarta generación, la mayoría de individuos de origen inmigrante se habrán convertido en hablantes monolingües del inglés. Únicamente unos pocos mantendrán alguna competencia en la lengua de herencia. (Traducción nuestra)

Rodríguez Pino (1997; citada en Suárez García, 2002: 819) clasifica a los hispanos bilingües en Estados Unidos según el tiempo de su llegada y permanencia, y el conocimiento y dominio que tengan del español:

- a) Estudiantes de origen hispano pero que constituyen la tercera o cuarta generación nacida en Estados Unidos. En estos el inglés es la lengua dominante y su capacidad de expresión oral en español es limitada y apenas pueden leer o escribir. Se les puede considerar como ‘bilingües receptivos’.
- b) Bilingües de primera y segunda generación que muestran diversos grados de fluidez en inglés y español. En muchos casos estos estudiantes han recibido su educación en inglés, y por lo tanto han desarrollado poco su capacidad de lectura y escritura en español
- c) Inmigrantes recientes en los que la lengua dominante es el español. Su conocimiento del inglés, y la educación que han recibido en español, y su alfabetización en esta lengua.

Suárez García (2002: 819) también los clasifica desde un punto de vista lingüístico en 3 grupos:

1. *Bilingües absolutos* que son capaces de utilizar ambas lenguas dependiendo del contexto.
2. *Bilingües avanzados* que hablan ambas lenguas, pero que pueden tener dificultades para leer y escribir.
3. *Bilingües pasivos* o receptivos que entienden la lengua, el español, pero no la hablan.

Igualmente Suárez García (2002: 820) menciona que para clasificar a los hablantes de herencia hispanos es importante considerar el origen, porque “por una parte provoca una diversidad cultural que se refleja entre otros aspectos en su actitud hacia el mundo hispano en general y hacia Estados Unidos y su cultura”. Además, “su cultura, su origen, sus raíces culturales están ligadas a la variedad de español que cada uno de ellos habla”.

Dada la variedad de diferencias que existen entre los hablantes de herencia, se pueden clasificar de acuerdo a un continuum de competencia lingüística que se compara con una “línea base” donde están las competencias lingüísticas nativas. Esta clasificación, basada en el concepto de “creole continuum”, se describe de la siguiente forma (Polinsky y Kagan, 2007: 371):

- *Basilectal Speakers*: Aquellos hablantes de competencia baja que fueron apartados de obtener una competencia nativa, y que además presentan muchas desviaciones de la línea base.
- *Mesolectal Speakers*: Son hablantes de competencia intermedia y que están en el medio de la línea base.
- *Acrolectal Speakers*: Son hablantes de competencia lingüística alta y que no presentan muchas desviaciones con respecto a la línea base.

Un ejemplo de un *basilectal speaker* es el de un niño inmigrante que aprende su lengua materna en casa y que poco a poco se va alejando de obtener una competencia nativa, porque le toca estudiar en inglés y no tiene muchas oportunidades de mejorar sus competencias lingüísticas en la lengua de herencia. Probablemente cuando sea un adolescente entenderá lo que sus padres le dicen, pero les responderá en inglés (Polinsky y Kagan, 2007: 371).

Un aspecto interesante es que Polinsky y Kagan (2007: 385) realizan una correspondencia entre la clasificación de los hablantes de herencia de Valdés con la clasificación del “creole continuum”:

- Los inmigrantes de cuarta generación son *basilectal speakers*.
- Los inmigrantes de segunda y tercera generación son *mesolectal speakers*.
- Los inmigrantes de primera generación son *acrolectal speakers*.

2.7 Perfil de los Intérpretes Médicos Latinos

Por otra parte, es importante obtener el perfil de los intérpretes médicos latinos. Aunque no existe un estudio extenso sobre el perfil de estos intérpretes en Estados Unidos, hay un estudio piloto realizado en el año 2003 por el proyecto “Hablamos Juntos” (2005a: 3) donde se evaluó la competencia lingüística e interpretativa en español de los intérpretes médicos. Se evaluó la competencia a nivel de principiante, intermedio y avanzado. La administración de la evaluación y las pruebas se realizó por medio de computadores en centros designados para este propósito. El análisis biográfico de los datos de los participantes indica lo siguiente:

- Un total de 882 pruebas fueron administradas.
- El 80% de los participantes eran mujeres.
- La mayoría de los participantes estaban entre las edades de 21 a 50 años, con un 30 % entre las edades de 31 a 40 años.
- Los participantes nacieron en 22 países diferentes. El 44 % de los participantes nacieron en los Estados Unidos. El segundo país fue México que abarcó el 18 %. Ninguno de los 20 países restantes tuvo una frecuencia mayor del 5 %.
- El español fue el idioma primario para el 60% de los participantes, mientras que el inglés fue el 37 %.
- El 44 % de los participantes no estudiaron fuera de los Estados Unidos. De los que estudiaron, la mayoría tenían 12 años de escolaridad.
- El 28 % de los participantes eran empleados de hospitales, que constituían el porcentaje más alto entre los empleadores de la lista. Un 36 % dijeron trabajar con un empleador que no aparece en la lista. (Traducción nuestra)

Las pruebas de nivel intermedio y avanzado se crearon partir de “actividades rutinarias que desempeñaban los intérpretes médicos”. El análisis de estas actividades permitió descubrir que las destrezas lingüísticas más importantes en español que los intérpretes médicos deberían desarrollar fueron las siguientes (Hablamos Juntos, 2008: 19)⁴:

1. Habilidades de lectoescritura.
2. Comprensión lectora.
3. Comprensión auditiva.
4. Producción lingüística.
5. Comprensión de las expresiones idiomáticas y el lenguaje coloquial. (Traducción nuestra)

⁴ Este documento también se refiere al mismo estudio piloto, solo que añade que las pruebas de nivel avanzado e intermedio se diseñaron a partir de las necesidades en español descubiertas en los análisis de actividades de los intérpretes.

2.8. Importancia de Evaluar la Competencia Comunicativa

La competencia comunicativa se define como⁵:

[...] la capacidad de una persona para comportarse de manera eficaz y adecuada en una determinada comunidad de habla; ello implica respetar un conjunto de reglas que incluye tanto las de la gramática y los otros niveles de la descripción lingüística (léxico, fonética, semántica) como las reglas de uso de la lengua, relacionadas con el contexto socio histórico y cultural en el que tiene lugar la comunicación.

En palabras de D. Hymes, la competencia comunicativa se relaciona con saber «cuándo hablar, cuándo no, y de qué hablar, con quién, cuándo, dónde, en qué forma»; es decir, se trata de la capacidad de formar enunciados que no solo sean gramaticalmente correctos sino también socialmente apropiados. [...]

En la didáctica de segundas lenguas, S. Savignon (1972) utilizó la expresión competencia comunicativa para referirse a la capacidad de los aprendientes de lengua para comunicarse con otros compañeros de clase; distinguía así esta capacidad, que les permite un uso significativo de la lengua, de aquella otra que les permite -por ejemplo- repetir los diálogos de las lecciones o responder correctamente a una prueba de opciones múltiples.

Posteriormente, otros autores dedicados al estudio de la metodología y la didáctica de segundas lenguas han profundizado en el concepto. M. Canale (1983) describe la competencia comunicativa como un conjunto de cuatro competencias interrelacionadas:

- La competencia lingüística.
- La competencia sociolingüística.
- La competencia discursiva.
- La competencia estratégica.

A estas cuatro competencias, J Van Ek (1986) añade la competencia sociocultural y la competencia social.

Una de las dificultades para desarrollar esta memoria ha sido la de tratar de diferenciar el significado de los términos *proficiency*⁶ (dominio o proficiencia) y *competence* (competencia), que desafortunadamente en el contexto de la literatura leída, por alguna razón no hay una distinción clara entre ellas. Llurda (2000: 85) afirma “que no existe todavía un consenso muy claro del significado exacto transmitido por estas palabras”.

Llurda (2000: 93) propone diferenciar y dinamizar estas palabras para que tengan un sentido práctico en la enseñanza y aprendizaje de idiomas, y que estén al corriente de los nuevos desarrollos del lenguaje y la comunicación. Para tal propósito Llurda define competencia en el

⁵ Instituto Cervantes. Diccionario de Términos Clave ELE. Disponible en :

http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/competenciacomunicativa.htm

⁶ En la memoria se utilizarán “dominio” o “proficiencia” para la traducción de “proficiency”.

sentido estricto de Chomsky. También sugiere reemplazar el término *competencia comunicativa* por *capacidad comunicativa del lenguaje*, siguiendo los argumentos de Bachman (1990; citado en Llurda, 2000: 93) y dividirlos en dominio lingüístico y dominio comunicativo.

La propuesta de Llurda (2000: 93) es la siguiente:

- a) *competencia (competence)*
- b) *capacidad comunicativa del idioma (Communicative language ability)*, que tendrá que ser subdividida en dos componentes más:
 - *dominio del idioma (Language proficiency)*
 - *dominio comunicativo (Communicative proficiency)*

La competencia por lo tanto puede ser aceptada en su formulación chomskiana como un estado estático y permanente presente en todos los seres humanos, independientemente de que estén utilizando su primero o segunda idioma, mientras que la capacidad comunicativa del idioma se aplicará a la capacidad de los hablantes para usarla en un idioma dado, con un énfasis especial en el uso del segundo idioma. (Traducción nuestra)

Taylor (1988; citado en Consolo, 2006: 8) asevera que “la competencia puede considerarse como un concepto estático, que tiene que ver con la estructura, el estado o la forma; mientras que la proficiencia es esencialmente un concepto dinámico que tiene que ver con el proceso y la función”.

Otros autores en cambio apoyan la idea de que la competencia es un concepto dinámico, pero siguen definiéndola como conocimiento. Para Savignon (1983; citado en Consolo, 2006: 8-9) “la competencia comunicativa es más un concepto dinámico que estático. Depende de la negociación de significado entre dos o más personas que comparten hasta cierto punto el mismo sistema simbólico”. Consolo (2006: 9) comparte la idea de Savignon y amplía la definición cuando afirma que “los usuarios del idioma que conocen el mismo idioma (el sentido estático de la competencia) pueden usar el idioma (el sentido dinámico de la competencia) y, como resultado, muestran su proficiencia en la práctica”.

Por razones prácticas en esta memoria se prefiere usar el concepto de *competencia comunicativa* y que integre la definición dada por Llurda. En otras palabras la definición de “competencia comunicativa” integraría conocimiento, dominio (proficiencia) y capacidad (ability).

En cuanto a la evaluación de la competencia comunicativa, los sistemas de enseñanza de idiomas tanto de Estados Unidos como en Europa han creado una serie de escalas de competencia lingüística que van desde el nivel de principiante hasta el nivel de competencia nativa. En Estados Unidos los marcos de competencia de lenguaje más importantes son la *Interagency Language*

Roundtable (ILR) y *The American Council on the Teaching of Foreign Languages Guidelines* (ACTFL). En Europa el más importante es el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCER).

En Estados Unidos la prueba más usada para medir la competencia lingüística global oral de una persona es el *ACTFL OPI test (Oral Proficiency Interview)*. Esta prueba es requisito de entrada para acceder a posiciones profesionales y académicas (Hablamos Juntos, 2008):

La prueba de OPI fue diseñada inicialmente para los organismos gubernamentales (por ejemplo, Cuerpo de Paz, Servicio Exterior), pero se utiliza hoy en día para la ubicación de los estudiantes en programas de idiomas, la entrada a las instituciones académicas de educación superior, la contratación y la promoción profesional en el ámbito académico, institucional y empresarial; mientras la prueba de inglés como idioma extranjero (TOEFL)⁷ se utiliza como una prueba para determinar el progreso después de la capacitación en un idioma extranjero (9). (Traducción nuestra)

La prueba la realiza un evaluador acreditado por la ACTFL y que a su vez compara los resultados con las escalas de competencia de la ACTFL (9). La prueba se realiza por medio de una entrevista en “persona”, por “teléfono” o por una “versión simulada por computador” en un tiempo que abarca entre veinte y treinta minutos (10). En el campo de la interpretación médica la mayor crítica que se hace en contra del *OPI test* es que no mide de forma precisa la interacción oral de los hablantes de herencia bilingües (9):

Investigadores de segundas lenguas y de interpretación médica han señalado que el ACTFL OPI (tanto en persona como la versión audio-grabada SOPI) no mide con precisión el dominio lingüístico de los hablantes de herencia bilingües en contextos de atención a la salud, debido a que sus normas están basadas en los hablantes nativos (Savignon, 1985., Valdés, 1998., Johnson, 2001., Lantolf y Frawley ,1985).

Los hablantes de herencia sin el beneficio de una educación formal en su idioma de herencia, no pueden usar formas gramaticales apropiadas o estructuras oracionales que un hablante nativo usaría, y por lo tanto pueden ser injustamente penalizados por los formatos de estos exámenes. Antes de que sean aceptados como la forma estándar de evaluación en las organizaciones del cuidado de la salud y en los programas de formación de intérpretes, más investigaciones son necesarias para desarrollar pruebas que no pongan en desventaja a los hablantes de herencia (Hablamos Juntos, 2008: 9). (Traducción nuestra)

Como se ha visto anteriormente en la sección 2.1, la mayoría de los hospitales no usan intérpretes médicos profesionales sino que se apoyan en su personal bilingüe para atender a los pacientes de competencia limitada en inglés (JCAHO, 2007, citado en Moreno et al, 2007: 334) y además pocos

⁷ La cita se refiere al TOEFL como la prueba más común para medir la proficiencia en inglés en los colegios y universidades de Estados Unidos. La fuente de esta información está disponible en: http://esl.about.com/cs/teachertraining/a/a_abbr.htm

hospitales capacitan a sus empleados en interpretación médica (Flores et al., 2003: 6-14; citado en Divi et al., 2007: 61). Estos hallazgos corroboran la idea de la necesidad de evaluar la competencia lingüística de los intérpretes médicos. Un estudio (Moreno et al, 2007) se dio a la tarea de evaluar la competencia bilingüe y la competencia interpretativa del personal médico bilingüe en los hospitales objetos del estudio. El estudio descubrió que “1 de cada 5 del personal de intérpretes de función dual en el sistema de salud en general no eran lo suficientemente competentes en sus destrezas bilingües para servir como intérpretes en una consulta médica, destacando la importancia de las pruebas de competencia lingüística” (334). Además el estudio sugiere la necesidad de evaluar las competencias lingüísticas del personal bilingüe para permitir “una correcta clasificación de las destrezas del personal y el uso de esas destrezas dentro de las organizaciones” (335). De igual forma, esta evaluación detectaría las necesidades lingüísticas del personal, esenciales para el desarrollo de programas de formación (335).

Otros estudios proponen la importancia de evaluar y desarrollar la competencia lingüística entre médicos en contextos de gran diversidad lingüística. Fernández et al. (2004: 173) recomienda que la “enseñanza médica debe enfatizar el desarrollo de las destrezas lingüísticas en español o en otro idioma importante de los aspirantes, y en las destrezas comunicativas interculturales de todos los estudiantes y residentes”.

También otro estudio considera importante determinar la competencia lingüística entre el personal médico bilingüe. Diamond et al. (2011: 559) propuso que a los médicos de *The Palo Alto Medical Foundation* (PAMF) se les reemplazara la antigua escala de autoevaluación de competencia lingüística para un segundo idioma por las escalas ILR. En la antigua escala estaban los niveles “básico”, “médico/conversacional” y “con fluidez”. En las escalas de la ILR se usaron sus cinco niveles de descripción: “bajo”, “aceptable”, “bueno”, “muy bueno” y “excelente”. Una de las conclusiones interesantes que el estudio obtuvo fue que los médicos del nivel “médico /conversacional” tuvieron una gran variación en la autoevaluación con la escala ILR. “El 11 % se consideraban ‘excelente’ en la escala ILR, el 17 % ‘muy bueno’, el 34 % ‘bueno’, y el 38 % ‘aceptable’” (563). Otra conclusión fue que los doctores que indicaron que hablaban español fueron los que más se bajaban de nivel en la nueva escala. Según los autores este resultado “sugiere que muchos de los médicos que indicaron tener destrezas en español pudieron no haberlas adquirido en el hogar” (563). Esta conjetura indicaría que “la mayoría de los médicos que proporcionan atención en el mismo idioma para los pacientes de habla hispana son hablantes no nativos” (Yoon et al, 2004; citado en Diamond et al, 2011: 563).

2.9 Evaluación de la Competencia Comunicativa

Como se ha mencionado anteriormente, los exámenes tradicionales como el OPI creados para evaluar la competencia lingüística oral en español no son apropiados para los hablantes de herencia que trabajan o quieren ser intérpretes. Esto podría deberse al hecho de la falta de homogeneidad de su competencia comunicativa (Carreira, 2003; Fairclough, 2005; Valdés, 2001, citados en Fairclough, 2012: 121):

[...] los estudiantes de herencia proceden de diversos orígenes sociales, económicos y lingüísticos, y poseen una cierta conexión afectiva con su lengua de herencia. Estos y otros factores explican la proficiencia tan variada de estos hablantes en su lengua de herencia, que va desde lo meramente receptivo hasta lo completamente productivo”. (Traducción nuestra)

Por estas razones Fairclough (2012: 122) indica que las pruebas para los estudiantes de herencia deben ser diferentes a los de los estudiantes de L2. Por lo tanto propone que “el contenido y el formato de una prueba de un idioma de herencia deben ser diferentes de la prueba típica para un idioma extranjero” (122). El diseño de un examen de nivel para hablantes de herencia debe incluir variables y características inherentes a estos para que no afecten su confiabilidad. Según Valdés (1995, 1997; citada en Fairclough, 2012: 123) “la competencia lingüística de los individuos bilingües se extiende en los dos idiomas, y que estos tienen diferentes fortalezas lingüísticas en los dos idiomas”. Además, afirma que poseen dos conocimientos que los usan según la demanda de un contexto comunicativo en particular. Aunque Fairclough da unas guías para la elaboración de una prueba de nivel en un ámbito académico para hablantes de herencia, estas pueden resultar útiles a la hora de elaborar cualquier prueba de nivel de la competencia de los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes. Entre los lineamientos más importantes se destacan (Fairclough, 2012: 131):

1. Un modelo de proficiencia del lenguaje tiene que guiar el contenido y el diseño de la prueba.
2. Un enfoque multifacético para la evaluación es esencial. Lo ideal sería que la prueba evaluara los cuatro ámbitos de lenguaje (leer, escribir, escuchar y hablar) por medio de ítems acumulativos, que empiecen con lo receptivo, progresen a lo productivo, y por último empleen las destrezas creativas.
3. Siempre que sea posible, la elección de las destrezas a evaluar deben basarse en la investigación.
4. Un cuestionario biográfico es extremadamente útil para entender mejor los antecedentes de los estudiantes y diferenciarlos de los estudiantes L2.

5. Todos los criterios usados por Bachman y Palmer⁸ (1996) para las pruebas de calidad, desde la practicidad hasta el impacto, necesitan ser tomados en consideración.

En este mismo sentido, Polinsky y Kagan (2007: 386) afirman que, “las pruebas de nivel para lenguas extranjeras suelen estar basadas en libros de texto, dichas pruebas no son adecuadas para ubicar a los hablantes de herencia cuyo conocimiento no fue adquirido en un libro de texto”. Kagan (2005; citada en Polinsky y Kagan 2007: 387) recomienda que la prueba de nivel se realice evaluando en su orden las destrezas oral, auditiva y de escritura para determinar el grado de su proficiencia. Los componentes de esta evaluación son los siguientes:

- Una prueba oral parcialmente basada en la entrevista de proficiencia oral del ACFTL.
- Un ensayo breve (si el alumno sabe leer y escribir en el lenguaje de herencia).
- Un cuestionario biográfico (Kagan, 2005).

Los resultados de cada componente brindan información importante de la proficiencia del estudiante de herencia:

Cada componente puede proporcionar información de un aspecto separado del conocimiento de los alumnos de herencia; la entrevista oral proporciona información de las proficiencias orales y auditivas, el ensayo demuestra el grado de alfabetización y el cuestionario biográfico proporciona información del uso del idioma en casa y la cantidad de input y output. Los resultados de las autoevaluaciones de las competencias del idioma también pueden ser útiles como un instrumento de evaluación. Por lo general, los alumnos de herencia son muy buenos al escuchar, seguido de hablar, leer y escribir” (Polinsky y Kagan 2007: 387). (Traducción nuestra)

Este método de diseño de la prueba no es difícil de implementar:

Como la práctica demuestra, el procedimiento de la prueba de nivel de tres componentes es viable, pero un procedimiento más sofisticado de evaluación basado en la investigación lingüística también puede ser sugerido. Como se discutió anteriormente, la correlación entre los niveles de conocimiento gramatical y léxico del hablante de herencia indica que una prueba de proficiencia léxica puede ser un diagnóstico confiable para determinar la proficiencia de un alumno de herencia, y una que puede realizarse rápidamente y sin procedimientos de evaluación complicados. La combinación de dicha prueba con una entrevista oral y un cuestionario biográfico pueden constituir una mejora a la evaluación de tres componentes descrita anteriormente (Polinsky y Kagan 2007: 387). (Traducción nuestra)

⁸ Los criterios están descritos en la Sección 2.12.

Por otra parte, las evaluaciones de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes médicos serían más apropiadas si se usaran “evaluaciones basadas en tareas” (Brown et al., 2002; citado en Hablamos Juntos, 2008: 10), ya que mediría la “competencia comunicativa en el contexto de un entorno de atención a la salud” (Lantolf y Frawley, 1985; citado en Hablamos Juntos, 2008: 10). Jacobson (1986; citado en Long, 2003: 16) concluye algo interesante para tener en consideración en esta memoria. Su estudio demostró que el principal problema de los estudiantes extranjeros en las universidades norteamericanas era no poder usar su conocimiento lingüístico en actividades prácticas de su carrera, como por ejemplo, poder comunicarse efectivamente con sus compañeros en “un laboratorio de física”. Además, Long (2003: 16) dice:

[...] muchos estudiantes internacionales que llegan a universidades americanas tienen buenos resultados en exámenes de gramática, vocabulario y de habilidad general lectora, como el TOEFL, sin embargo, son incapaces de desenvolverse adecuadamente en entornos académicos relevantes para ellos. Lo contrario también es cierto: muchas personas pueden funcionar con éxito en contextos académicos (o profesionales) a pesar de haber obtenido resultados relativamente bajos en algunos exámenes.

Long (2003: 15) cita este estudio como ejemplo de una paradoja que se presenta en el campo de la evaluación y enseñanza de idiomas en Estados Unidos. En un mundo globalizado se reconoce “la importancia que tienen las habilidades de segundas lenguas, y especialmente conseguir una competencia ‘avanzada’ en esas lenguas” (15). A diferencia de Europa donde se valora la competencia avanzada en un segundo idioma, solamente después del 11 de septiembre de 2001 Estados Unidos comenzó a “tener en cuenta de que las habilidades avanzadas, y la necesidad de conseguir hablantes competentes de lenguas menos comunes, son cruciales” (15). Por ejemplo a nivel federal se están realizando muchos esfuerzos para que los funcionarios tengan una competencia lingüística avanzada (16). Estos cambios parecen estar más encaminados a mejorar la competencia general de un idioma, pero no son suficientes para mejorar el dominio lingüístico en “discursos especializados” Significa entonces que:

Funcionar satisfactoriamente en el ambiente académico y el lugar de trabajo significa poder llevar a cabo *las tareas* que requiere el contexto específico, lo cual implica que el uso de habilidades pragmáticas a veces resulta más importante que el conocimiento gramatical, medido tradicionalmente (Long 2003: 16).

En otras palabras sugiere que los profesionales podrían mejorar su competencia comunicativa en un idioma determinado si pusieran en práctica sus destrezas por medio de tareas que se aproximen a su labor cotidiana. Un enfoque que ayudaría a mejorar la competencia comunicativa para estos profesionales sería el de integrar enseñanza y evaluación en un mismo procedimiento,

tal como es el objetivo de “la evaluación basada en tareas” que es “la estimulación del desempeño de tareas relevantes bajo condiciones que se aproximen el mundo real tanto como sea posible; así como la evaluación del desempeño de las tareas de acuerdo con los criterios del mundo real” (Brown et al., 2002: 11).

2.10 Marcos de Referencia.

Es importante considerar los marcos de referencia que dictan los estándares de logro en el dominio de un idioma para elaborar pruebas de evaluación de competencia en un idioma. En un mundo globalizado como el de hoy la competencia de un idioma extranjero representa una ventaja competitiva para quien la posee. Por ejemplo, el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (en inglés, APEC)⁹ resalta el hecho que durante muchos años el inglés ha sido el idioma principal de comunicación e integración entre los países que lo componen. Pero en los últimos años se ha despertado un especial interés en otros idiomas además del inglés:

Sin embargo, en los últimos años, incluso las economías de APEC cuyos ciudadanos principalmente se comunican en inglés han comenzado a enfatizar y facilitar el aprendizaje de lenguas extranjeras. La inversión en programas de idiomas se hace con una expectativa de retorno de la inversión. El grado en que se realiza este retorno se mide por instrumentos de evaluación lingüística. Tener herramientas de evaluación disponibles precisas y fiables permite a los individuos y las economías tomar decisiones acertadas de inversión, ya sea en tiempo, energía, finanzas u otros recursos (Chen, H. et al., 2007: 1).

En el contexto de una economía globalizada y tratados económicos los marcos de referencia de idiomas tienen una especial relevancia en el campo de la evaluación de la competencia de un idioma. Entre los más importantes están: *The American Council on the Teaching of Foreign Languages (ACTFL) Speaking Proficiency Guidelines*, *The Common European Framework of Reference (CEFR)*, *The Canadian Language Benchmarks and International Second Language Proficiency Ratings (ISLPR)*. De la misma forma, se suma la existencia de numerosas instituciones que administran las pruebas de evaluación que siguen estos marcos de referencia. Una de las críticas que reciben estos marcos de referencia es que algunos marcos (MCER) son acusados de tener “una agenda social y política evidente” (Fulcher, 2004; citado en Chen, H. et al., 2007: 14) y además que “ninguna base empírica real puede ser reivindicada por cualquiera de las escalas de los descriptores, a pesar del papel desempeñado por el análisis estadístico y la teoría académica en la creación de las escalas” (Chen, H. et al., 2007: 14). Otra crítica indica “que hay poca coordinación internacional en iniciativas de evaluación y pruebas” (Duff, 2008: 10). Igualmente, se

⁹ APEC. (s.f.): Language Assessment. Asia-Pacific Economic Cooperation. Disponible en http://hrd.apec.org/index.php/Language_Assessment

debe prestar atención especial a los evaluadores que realizan los exámenes de competencia, para poder garantizar que sean confiables y equánimes. Ross (2008; citado en Stoyhoff 2008: 4) señala que: “En las economías de APEC donde el inglés es el idioma extranjero de preferencia, las pruebas de inglés frecuentemente realizan una función de puerta de entrada que afecta significativamente las oportunidades de educación, empleo y ascenso de los evaluados, mientras que Kane (2002; citado en Stoyhoff 2008: 4) indica que: “Cuando las calificaciones en las pruebas se utilizan para tomar decisiones que tienen importantes consecuencias, se consideran pruebas de alto riesgo”. (Traducción nuestra)

En Estados Unidos los marcos de referencia más usados para evaluar la competencia de un idioma son el ILR y el ACTFL (Hablamos Juntos, 2008: 9), aunque últimamente se le está prestando atención al Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas, MCERL.

La escala ILR¹⁰ comprende un conjunto de cinco niveles de dominio, donde en cada uno se describen una serie de habilidades comunicativas. Este marco es el estándar usado por el gobierno federal de los Estados Unidos para sus empleados. Para determinar el nivel de dominio de una persona, esta debe tomar una prueba autorizada. Los examinadores pueden ampliar los descriptores guía para sus pruebas propias de evaluación. Los niveles de competencia son los siguientes:

- ILR Nivel 0 y 0+. Ninguna Proficiencia (No Proficiency).
- ILR Nivel 1 y 1+. Proficiencia Elemental (Elementary Proficiency).
- ILR Nivel 2 y 2+. Proficiencia Limitada de Trabajo (Limited Working Proficiency).
- ILR Nivel 3 y 3+. Proficiencia Profesional de Trabajo (General Professional Proficiency).
- ILR Nivel 4 y 4+. Proficiencia Profesional Avanzada (Advanced Professional Proficiency)
- ILR Nivel 5 y 5+. Proficiencia Funcional Nativa o Bilingüe (Functionally Native Proficiency).

También la ILR ha desarrollado unas guías con descriptores de desempeño para intérpretes en contextos del gobierno federal, pero que se pueden extender a otros ámbitos. Igualmente establece

¹⁰ ILR (s.f.a). Interagency Language Roundtable Language Skill Level Descriptions - Reading <http://www.govtilr.org/Skills/ILRscale4.htm>

una correspondencia entre los niveles de competencia lingüística con los niveles de la escala de desempeño interpretativo¹¹:

Las pruebas de proficiencia del idioma pueden servir como una prueba de detección, ya que el rendimiento individual no superará el nivel de proficiencia de ese individuo en cualquiera de las destrezas lingüísticas requeridas. (Por ejemplo, la proficiencia de escuchar o hablar está clasificada en el nivel 3 en uno de los dos idiomas de trabajo prescritos, en consecuencia limitará el rendimiento de la interpretación a un nivel 3 o inferior.) Sin embargo, las pruebas de proficiencia del idioma tienen un valor limitado en la evaluación de la capacidad de interpretar, ya que la interpretación requiere conocimiento y destrezas, además de la proficiencia de la lengua. La falta de formación o práctica en destrezas de interpretación en una persona con un excelente dominio para escuchar y hablar le impedirá ofrecer una interpretación exitosa. (Traducción nuestra)

Los siguientes son los niveles de desempeño:

- ILR Nivel 0 y 0+. Desempeño Nulo (No Performance).
- ILR Nivel 1 y 1+. Desempeño Elemental (Minimal Performance).
- ILR Nivel 2 y 2+ Desempeño Limitado de Trabajo (Limited Working Performance).
- ILR Nivel 3 y 3+. Desempeño Profesional de Trabajo (Professional Performance).
- ILR Nivel 4 y 4+. Desempeño Profesional Avanzado (Advanced Professional Performance).
- ILR Nivel 5 y 5+. Desempeño Maestro (Master Performance).

En los años ochenta la ACTFL adaptó la escala ILR para contextos académicos, reemplazando la escala numérica por una escala descriptiva de la competencia de las diferentes habilidades lingüísticas aplicadas a contextos reales (Mir, 2008:636). En el 2012 la ACTFL realizó su última actualización de sus pautas de proficiencia describiéndolas de la siguiente forma (ACTFL, 2012: 3):

Las Guías de Proficiencia de la ACTFL son una descripción de lo que los individuos pueden hacer con el idioma en términos de hablar, escribir, escuchar y leer en situaciones del mundo real en un contexto espontáneo y no ensayado. Para cada destreza, estas orientaciones identifican cinco niveles de proficiencia: distinguido, superior, avanzado, intermedio y básico. Los principales niveles avanzado, intermedio y básico se subdividen en los subniveles de alto, medio y bajo. Los niveles de las Guías de Proficiencia de la ACTFL describen el continuo de la proficiencia que va desde el usuario elocuente y culto de la lengua hasta el de poca o ninguna capacidad funcional.

¹¹ ILR. (s.f.b). ILR Skill Level Descriptions for Interpretation Performance. Disponible en <http://www.govtilr.org/Skills/interpretationSLDsapproved.htm>

A continuación se expone la descripción de los niveles principales de proficiencia de la destreza oral (ACTFL, 2012: 4-8):

Los hablantes en el *nivel distinguido* son capaces de utilizar el lenguaje hábilmente y con precisión, eficiencia y eficacia. Ellos son los usuarios instruidos y elocuentes de la lengua. Pueden reflexionar sobre una amplia gama de temas globales y conceptos altamente abstractos en una manera culturalmente apropiada. Los hablantes del *nivel distinguido* pueden utilizar un discurso persuasivo e hipotético para propósitos representativos, lo que les permite defender un punto de vista que no es necesariamente el suyo. Pueden adaptar el idioma a una variedad de audiencias, acomodando su discurso y registro de manera que sean culturalmente auténticos. Los hablantes del *nivel distinguido* producen un discurso altamente sofisticado, bien amplio y organizado. Al mismo tiempo, pueden hablar concisamente, a menudo utilizando referencias culturales e históricas que les permiten decir menos y significar más. En este nivel oral el discurso típicamente se asemeja al discurso escrito. Un acento no nativo, una falta de economía similar a la expresión nativa, un control limitado de las profundamente arraigadas referencias culturales, y / o un error ocasional aislado del idioma pueden aun estar presentes en este nivel.

Los hablantes del *nivel superior* son capaces de comunicarse con fluidez y precisión con el fin de participar plena y efectivamente en conversaciones de una variedad de temas en contextos formales e informales tanto de perspectivas concretas y abstractas. Discuten sus intereses y campos especiales de su competencia, explican asuntos complejos en detalle y ofrecen narraciones largas y coherentes, todo con facilidad, fluidez y precisión. Ellos presentan sus opiniones sobre una serie de temas que le interesan, como las cuestiones sociales y políticas; proporcionan argumentos estructurados para sustentar estas opiniones. Son capaces de construir y desarrollar hipótesis para explorar posibilidades alternativas. Cuando es apropiado, estos hablantes utilizan un discurso amplio, sin vacilaciones largas y poco naturales, para defender su postura, aun cuando se dedican a elaboraciones abstractas. Dicho discurso, mientras coherente, todavía puede estar influenciado por patrones de lenguaje distintos a los del idioma meta. Los hablantes del *nivel superior* emplean una variedad de estrategias interactivas y de discurso, tales como tomar turnos y separar ideas principales de la información de soporte a través del uso de mecanismos sintácticos, léxicos y fonéticos. Los hablantes del *nivel superior* no demuestran ningún patrón de error en el uso de estructuras básicas, aunque pueden cometer errores esporádicos, particularmente en estructuras de frecuencia baja y en estructuras complejas de frecuencia alta. Este tipo de errores, si ocurren, no distraen al interlocutor nativo o interfieren con la comunicación.

Los hablantes en *nivel avanzado* entablan una conversación de una forma claramente participativa con el fin de transmitir información sobre temas autobiográficos, así como los temas de interés de la comunidad, nacional o internacional. Los temas se manejan concretamente por medio de la narración y la descripción de los marcos principales de los tiempos pasado, presente y futuro. Estos hablantes también pueden lidiar con una complicación inesperada en una situación social. El idioma de nivel avanzado de los hablantes es abundante, el párrafo oral es la medida del nivel avanzado de longitud y discurso. Los hablantes

de *nivel avanzado* tienen control suficiente de las estructuras básicas y del vocabulario genérico para ser entendidos por los hablantes nativos de la lengua, inclusive con los que no están acostumbrados al habla no nativa.

Los hablantes en el *nivel intermedio* se distinguen principalmente por su capacidad de crear con el idioma cuando hablan de temas familiares relacionados con su vida cotidiana. Son capaces de recombinar el material aprendido para expresar un significado personal. Los hablantes del *nivel intermedio* pueden hacer preguntas simples y pueden manejar una situación de supervivencia sencilla. Su producción a nivel oracional del idioma, va desde oraciones discretas hasta cadenas de oraciones, por lo general en tiempo presente. Los hablantes del *nivel intermedio* son entendidos por interlocutores que están acostumbrados a tratar con los estudiantes no nativos del idioma.

Los hablantes de *nivel básico* pueden comunicar mensajes cortos en altamente predecibles temas cotidianos que les afectan directamente. Lo hacen principalmente a través del uso de palabras aisladas y frases que han encontrado, memorizado y recordado. Los hablantes de *nivel básico* pueden ser difíciles de entender, incluso por los interlocutores más comprensivos, acostumbrados a hablantes no nativos. (Traducción nuestra)

El Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCER) ha desarrollado una serie de estándares para la integración de la enseñanza, aprendizaje y evaluación de idiomas en Europa.

Los estándares están divididos en tres bloques, que a su vez se dividen en niveles:

- Bloque A: Usuario básico.
 - Nivel A1: Acceso.
 - Nivel A2: Plataforma.
- Bloque B: Usuario independiente.
 - Nivel B1: Umbral.
 - Nivel B2: Avanzado.
- Bloque C: Usuario competente.
 - Nivel C1: Dominio operativo eficaz.
 - Nivel C2: Maestría.

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente existen muchas escalas que pretenden normalizar los procesos de aprendizaje, enseñanza y evaluación de idiomas. Dado que en un mundo globalizado las competencias lingüísticas en segundo idioma son un activo importante en la vida profesional y económica de las personas, entonces es necesario que existan unas equivalencias entre los niveles de los diferentes marcos de referencia para las lenguas.

Los resultados de la tesis de Martínez Baztán (2008: 470) muestran las siguientes correspondencias del dominio oral entre las escalas MCER y las ACTFL:

- El nivel A1 con el nivel inicial bajo y medio (y algo del alto)
- El nivel A2 con el inicial alto e intermedio bajo.
- El nivel B1 con el intermedio medio (y algo del intermedio alto)
- El nivel B2 con el intermedio alto y el avanzado bajo.
- El nivel C1 con el avanzado medio.
- El nivel C2 con el avanzado alto.
- El nivel C2 más alto podría equivaler al superior.

De forma similar las escalas ACTFL son una adaptación de las escalas ILR. Según una tabla de correspondencia entre marcos de referencia de la *American University Center of Provence* (s.f) las siguientes son las equivalencias entre los dos marcos de referencia:

- Nivel Básico bajo: 0
- Nivel Básico alto: 0+
- Nivel Intermedio bajo y medio: 1
- Nivel Intermedio alto: 1+
- Nivel Avanzado: 2
- Nivel Avanzado Plus: 2+
- Nivel Superior: 3 y 3+
- Nivel Distinguido: 4 y 4+

De igual importancia es el mostrar la correspondencia entre la clasificación de los grupos de herencia y las escalas de competencia de los diferentes marcos de referencia. Polinsky y Kagan (2007: 386) sugieren un modelo de equivalencia entre su clasificación y las escalas de competencia de la ACTFL y la ILR que pueden dar las primeras bases para la implementación de un sistema de evaluación de competencia lingüística para los hablantes de herencia (Tabla 1).

Tabla 1. Modelos de correspondencia escalas ACFTL, ILR y los hablantes de herencia.

Modelo de Lenguaje de Herencia	Escalas ACTFL	Escalas ILR
<i>Basilectal speakers</i>	Intermedio bajo y medio	1, proficiencia elemental
<i>Mesolectal Speakers</i>	Intermedio alto	1+, proficiencia elemental plus
	Avanzado bajo y medio	2, proficiencia limitada de trabajo.
<i>Acrolectal Speakers</i>	Avanzado alto	2 +, proficiencia limitada de trabajo, plus
<i>Acrolectal Speakers/</i> Hablantes nativos.	Superior	3-5, proficiencia general, proficiencia avanzada, proficiencia de funcionalidad nativa

Fuente: Polinsky y Kagan (2007: 386)

Finalmente, con la información expuesta anteriormente, el autor de esta memoria elaboró una tabla, no exacta pero útil, donde muestra todas las correspondencias de las escalas de competencia lingüística y comunicativa, más las escalas de desempeño de los intérpretes, y el modelo de clasificación de hablantes de herencia (Tabla 2).

Por conveniencia se usarán las siguientes abreviaturas para las escalas de la ACTFL:

- Nivel Básico: bajo, medio y alto. BB, BM, BA
- Nivel Intermedio: bajo, medio y alto. MB, MM, MA.
- Nivel Avanzado: bajo, medio, alto. AB,AM,AA
- Nivel Superior. S.
- Nivel Distinguido. D.

Tabla 2. Equivalencia entre marcos de Referencia y Hablantes de Herencia

MCER	ILR	ACTFL	ILR Intérpretes	Hablantes de Herencia Polinsky y Kagan	Hablantes de Herencia Valdés
A1	0/0+	BB,BM,BA	0/0+/1	<i>Basilectal Speaker</i>	Hispanos de 3ª y 4ª generación.
A2	1	MB,MM	1	<i>Mesoselectal Speaker</i>	Hispanos de 2ª y 1ª generación
B1	1+	MM,MA	1+	<i>Mesoselectal Speaker</i>	Hispanos de 2ª y 1ª generación
B2	2/2+	MA,AB	2/2+	<i>Mesoselectal Speaker/Acrolectal Speaker</i>	Hispanos de 2ª y 1ª generación / Hispanos recién llegados.
C1	3/3+	AM,AA	3/3+	<i>Acrolectal Speaker/</i>	Hispanos recién llegados.
C2	4/4+	AH, S	4/4+	<i>Acrolectal Speaker/hablante nativo</i>	Hispanos recién llegados.
C2+	5/5+	S, D	5/5+	<i>Acrolectal Speaker/hablante nativo</i>	Hispanos recién llegados.

2.11 Estudios y ejemplos sobre la Evaluación de la Competencia Comunicativa de los Intérpretes Médicos

El proyecto piloto *Language and Interpreters Skills Assessment L&ISA Pilot Project* bajo el patrocinio del proyecto Hablamos Juntos (Hablamos Juntos 2005a: 1), expone las razones principales por las cuales se necesita desarrollar pruebas que evalúen la competencia lingüística de los intérpretes médicos:

Casi la mitad de las personas examinadas en el proyecto indican que son hablantes de herencia y que aprendieron su lengua materna en casa y no en la escuela. Así, uno de los retos para proporcionar servicios de intérpretes en la atención a la salud es el de garantizar las competencias de los intérpretes.

La mayoría de las organizaciones de la salud tienen problemas para determinar si su personal de intérpretes es lo suficientemente calificado ya que no existen instrumentos para evaluar la proficiencia lingüística o las destrezas interpretativas en la atención a la salud. No existen pruebas válidas o estandarizadas para medir la capacidad lingüística en el contexto de la salud. Para llenar este vacío, los proveedores de atención a la salud en todo el país recurren a diversas formas ideadas localmente para evaluar a los intérpretes que contratan, o recurren a medidas informales tales como la opinión de su personal o a un miembro de confianza de la comunidad de herencia. Como no existe una prueba estándar de proficiencia lingüística para contextos de atención a la salud, algunos proveedores utilizan pruebas de proficiencia lingüística que se han desarrollado para los ámbitos de negocios o académicos. Recientemente, varios productos comerciales se han desarrollado para satisfacer esta necesidad, pero ninguno de ellos está diseñado sobre una base empírica o se ha comprobado su fiabilidad. (Traducción nuestra)

Por estas razones, este proyecto piloto bajo la dirección de Claudia Angelelli y asesorada por varios expertos, creó “una serie de instrumentos que permiten evaluar la competencia en español en contextos médicos de los intérpretes en los niveles intermedio, avanzado, y en situaciones de interpretación médica” (Hablamos Juntos 2005a: 1). Lo interesante de este proyecto fue el hecho de que los instrumentos se crearon para evaluar las competencias en español de los intérpretes. Primero, creando dos instrumentos que evaluaran la competencia en español en los niveles intermedios y avanzados. Para que luego los participantes del proyecto pudieran tomar dos pruebas de preparación para intérpretes (2).

Otro estudio (Moreno et al, 2007: 332) implementó un sistema para evaluar la competencia lingüística del personal que tenía funciones duales (tanto funciones de su propio trabajo como las funciones de intérprete) en 26 hospitales en California. A este personal se le evaluó la competencia lingüística tanto en inglés como en el segundo idioma. La evaluación consistió de dos pruebas, una oral y otra escrita:

La prueba escrita. La primera parte de la prueba de la competencia escrita consiste de 2 escenarios médicos en inglés y en el segundo idioma a traducir. [...] La segunda parte contiene dos listas de terminología médica (es decir, ganglio linfático, inyección, diabético, y útero) en inglés y la segunda lengua, para traducir al idioma respectivo. [...]

La prueba oral. La prueba oral consiste en una conversación de 10 minutos con un lingüista que hace 14 preguntas con terminología médica clave en ambos idiomas, para la interpretación en verbatim en el idioma correspondiente. [...]

La calificación de la evaluación. La prueba fue administrada y calificada por la empresa contratada. Las notas se determinaron utilizando tanto las pruebas orales y escritas, para proporcionar una puntuación general de “no pasó”, “básico”, o “médico”. [...]

“El intérprete básico” se definió como el que demuestra destrezas de conversación esenciales en ambos idiomas, pero es incapaz de leer, escribir efectivamente en inglés, o poseer conocimiento de la terminología médica oral en inglés o en el segundo idioma. Para ser considerado un intérprete “Básico”, el personal necesitaba obtener por lo menos 71 % (10/14) en la oral, pero menos de 75 % (22/30) en la parte escrita. Las respuestas fueron calificadas según el contenido y la exactitud de las frases o palabras médicas, no por sintaxis o pronunciación étnica. “El intérprete médico” se definió como aquellos que tuvieron un puntaje mayor que 71 % (11/14) en la oral y mayor que 75 % (23/30) en la parte escrita. Este personal demostró la capacidad de leer, escribir y hablar inglés y el segundo idioma, incluida la terminología médica, a un nivel que demostró competencia universitaria. “No pasó” se definió como una calificación menor de 71 % en la prueba oral y menos de 75 % en la prueba escrita (Moreno et al, 2007: 332-333). (Traducción nuestra)

También, la NCIHC (2001)¹² publicó la “Guía para una Evaluación Preliminar de la Competencia de los Intérpretes” (*Guide of Initial Assesment of Interpreter Qualifications*) con el objetivo de “diseñar una estrategia adecuada y eficiente para la evaluación inicial de las cualificaciones de interpretación en ausencia de (o junto con) la certificación de una agencia gubernamental u organización profesional” (2). Sin profundizar, básicamente la guía sugiere que la evaluación se realice siguiendo los siguientes criterios (9):

- Destrezas básicas del idioma.
- Estudio de caso ético.
- Aspectos culturales.
- Terminología para la atención de la salud.
- Destrezas integradas para interpretación.
- Traducción de instrucciones sencillas.

¹² Este documento en formato *pdf* esta sin índice ni numeración de páginas. Se ha usado la numeración electrónica dada por defecto del programa Adobe Reader.

Para cumplir los propósitos de esta memoria, la parte más interesante de la guía se refiere a la evaluación de proficiencia lingüística. En esta parte se ofrecen unas pautas para una evaluación básica de la competencia lingüística oral de los “lenguajes de trabajo” de un posible intérprete. Lo fundamental es evaluar que tan bien una persona entiende y habla en los idiomas de trabajo (9). También en esta evaluación se recomienda tener en cuenta las características lingüísticas y socioeconómicas de la población a servir para diseñar una evaluación que integre estas cuestiones (10). Un aspecto importante a considerar son los antecedentes biográficos del candidato: “idioma en el que fue educado”, “edad en la que arribó a los Estados Unidos”, “tiempo de estadía”, “nivel de educación”, etc. (12). La NCIHC “no cree que las destrezas de lectura y escritura representan una prioridad de las pruebas. La interpretación es fundamentalmente una destreza oral” (10). En cuanto a la evaluación inicial de la competencia oral, el personal Ad-hoc puede realizarla por medio de entrevistas informales que pueden dar una cierta idea de la competencia lingüística del candidato (10). Para entrevistas más formales es recomendable que el personal Ad-hoc “sea formado para ayudarlo a realizar a cabo una entrevista semi-estructurada con criterios claros de calificación” (11), como es el caso de formar a estos empleados en la administración e implementación de una prueba OPI de la ACTFL (11). A un nivel mucho más profesional se sugiere que la evaluación inicial podría realizarse por medio del *TOEFL*, *The BEST test* o por intermedio de los evaluadores *The Language Testing International* y *The Center for Applied Linguistics* (12-13).

Los siguientes constituyen dos ejemplos de organizaciones que siguieron las sugerencias de la NCIHC. *The University of Wisconsin Hospital and Clinics* y *LA Care Health Plan* La primera organización “desarrolló su propio proceso interno y las herramientas para evaluar las destrezas del intérprete, en lugar de contratar servicios externos de evaluación de idiomas”. El proceso de evaluación vale la pena citarlo textualmente (Hablamos Juntos, 2002: 6):

La prueba evalúa la capacidad de inglés y español del solicitante para interpretar dentro de contextos médicos.

La prueba tiene dos componentes: una oral y una parte escrita. La prueba se califica en una escala de 150 puntos. 120 puntos (80%) es el mínimo para pasar la prueba. El componente oral cuenta 85 puntos porque la aptitud oral se considera más importante que las destrezas escritas. La parte oral se estructura como un juego de rol. Dos evaluadores desempeñan los papeles de un paciente y un médico. Una situación de la vida real es simulada y al solicitante se le pide que interprete. La prueba es grabada y el solicitante es evaluado con diferentes criterios, tales como omisiones, repeticiones, retención, fluidez, etc. Esta parte cuenta como 75 de los 85 puntos. También se les pide a los solicitantes que respondan verbalmente a una pregunta abierta sobre la ética de los intérpretes. Se describe una situación y se le pide al solicitante que responda cómo va a manejarla al aplicar el Código de Ética del Hospital para intérpretes que se les dio de

antemano en un paquete informativo. Las preguntas tienen un valor de 10 puntos. La parte oral demora unos 20 minutos.

La parte escrita de la prueba pide a los solicitantes traducir 20 términos médicos del español a inglés y 20 del inglés al español. También se les pide traducir un párrafo del inglés al español. El párrafo se ha tomado de las instrucciones comunes que se dan a los pacientes (es decir, instrucciones de cuidado postoperatorio). La duración de la parte escrita es de aproximadamente 1.5 horas. (Traducción nuestra)

La compañía *LA Care Health Plan* optó por la contratación de la empresa *Bertliz* para evaluar la competencia lingüística en español de sus empleados bilingües. Esta organización proporciona compensación monetaria a los empleados que pasen las pruebas de español que administra el instituto Bertliz. Esta prueba incluye “terminología médica y vocabulario del plan de salud” y se pasa con “un mínimo de 3” en una “escala del 1 al 5” (Hablamos Juntos, 2002: 6-7).

Por otro lado, “el servicio nacional de Australia de intérpretes públicos cualificados y certificados puede ser el sistema más sofisticado de su clase en el mundo” (Bancroft, 2005: 7). Además, *The National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI) rige las profesiones de intérpretes y traductores y “es la única agencia encargada de emitir las acreditaciones para los profesionales que deseen trabajar en esta profesión Australia”¹³. Un proyecto realizado por *The Monash University* con el auspicio del Departamento de Inmigración y Ciudadanía, DIMA, ejemplifica el grado de profesionalismo y compromiso con el cual el sistema australiano forma y acredita a sus intérpretes (Monash University, 2006). En el 2005, DIMA le encargó a la Universidad de Monash realizar un proyecto en el que se pidió crear un sistema de formación y evaluación para acreditar como intérpretes a potenciales candidatos que pertenecieran a comunidades inmigrantes emergentes. El proyecto se enfocó en los siguientes tres aspectos (Monash University, 2006: 7):

1. Desarrollo de pruebas (pruebas de inglés y en destrezas LOTE¹⁴)
2. Pruebas de inglés
3. Recomendaciones para itinerarios de formación

El proceso es resumido en una “hoja de ruta” diseñada por Wilson (2006; citado en Monash University, 2006: 17) (Gráfico 1). Básicamente, esta explica el proceso que un inmigrante recién llegado a Australia tiene que recorrer para adquirir las certificaciones de interpretación que le permitan trabajar en el campo. Lo interesante aquí, es el énfasis que se le da a la evaluación de la competencia lingüística en los idiomas de interpretación, sobre todo en inglés, porque es el idioma oficial de Australia y por obvias razones es el idioma de menor competencia de los inmigrantes.

¹³NAATI.(s.f.) What is NAATI? Disponible en http://www.naati.com.au/about_naati.html

¹⁴ Languages other than English (LOTE). Las pruebas LOTE evalúan la competencia lingüística en otros idiomas diferentes al inglés

Esencialmente, el proceso empieza con dos pruebas de nivel que miden la competencia lingüística en inglés y en el idioma nativo de los intérpretes. Los resultados de estas pruebas permiten asignar las diferentes opciones de formación y certificación que necesita tomar el inmigrante para acreditarse profesionalmente como intérprete. Los requisitos de competencia lingüística para trabajar como intérprete son obtener: un nivel mínimo de 3 en inglés en las escalas ISLPR, (*International Second Language Proficiency Ratings*), un certificado de inglés para intérpretes y un certificado de competencia bilingüe. Con estas certificaciones en mano, un inmigrante estará listo para adquirir las certificaciones para intérpretes de la NAATI. Un hecho importante para tener en cuenta fue que durante la implementación del proyecto, “tres de cuatro proveedores de los cursos de formación indicaron que la evaluación del nivel ISLPR realizada por el evaluador no reflejó el nivel real de proficiencia (en las cuatro macro destrezas) poseída por el estudiante” (Monash University, 2006: 39). Aunque esta “hoja ruta” del proceso de certificación para interpretación de los inmigrantes recién llegados a Australia corresponde a sus propias necesidades y se enfoca a formar y mejorar las competencias de estos inmigrantes en inglés como segundo idioma o idioma extranjero, este constituye un buen ejemplo de la forma profesional y sofisticada en la cual el gobierno australiano maneja este asunto. A pesar de que esta memoria se enfoca en los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes médicos en Estados Unidos, es importante tener en cuenta, sobre todo en un mundo globalizado, las buenas prácticas de otros países en este asunto, porque la profesionalización de los intérpretes en Estados Unidos está apenas en sus inicios.

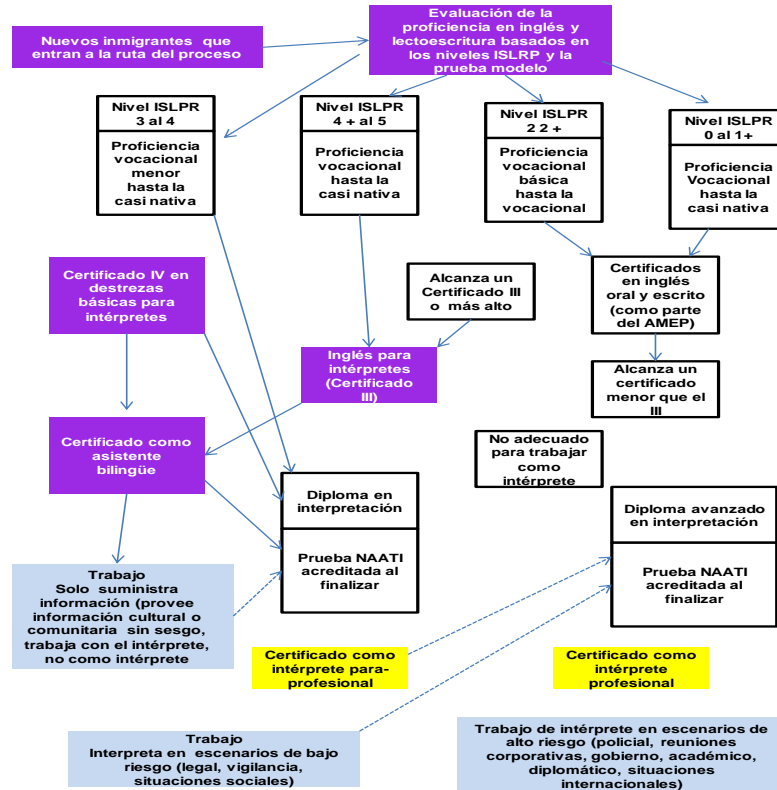


Gráfico 1. Hoja de ruta del proceso de certificación de Interpretación para inmigrantes recién llegados a Australia. (Wilson, 2006; citado en Monash University, 2006: 17) (Traducción nuestra)

2.12 Pruebas de Nivel y Pruebas basadas en tareas

Conforme a lo visto en los apartados anteriores, y especialmente teniendo en cuenta la definición de competencia de Llurda (Sección 2.9), básicamente las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y las agencias de servicios de idiomas tendrían los siguientes propósitos a la hora de evaluar la competencia en español de los hablantes de herencia:

- Determinar su conocimiento en español.
- Medir el dominio práctico de su conocimiento del español en situaciones reales.

De acuerdo con estos propósitos, las pruebas de competencia a desarrollar serían una prueba de nivel que midiera el conocimiento del español de los intérpretes en contextos del cuidado de la salud y que a su vez determinaría el nivel de su competencia comunicativa. La segunda prueba, basada en tareas, permitiría medir el desempeño comunicativo en tareas que simularan situaciones en un contexto médico.

Según Davidson y Lynch (2002; citado en Potowski et al., 2012: 55) las pruebas se clasifican de la manera siguiente:

Tabla 3. Tipos de pruebas (basadas en Davidson y Lynch, 2002)

	Propósito
Logro	Evaluar lo que se ha aprendido.
Proficiencia	Evaluar lo que se sabe (sin referencia a la duración, calidad, etc. de aprendizaje)
Nivelación	Evaluar con el fin de poner a alguien en una secuencia de cursos o nivel particular.
Diagnóstico	Determinar las áreas de necesidad.
Aptitud	Determinar la capacidad de aprender.

Fuente: (Davidson y Lynch, 2002; citado en Potowski et al., 2012: 55) (Traducción nuestra)

Según Potowski et al. (2012: 55) las finalidades de estas pruebas se pueden “solapar” con los propósitos de las otras pruebas:

Sin embargo, existe una considerable superposición entre estos tipos de prueba. Por ejemplo, muchos departamentos de idiomas administran una prueba de aptitud, crean una escala de equivalencia entre puntaje y cursos, y utilizan los resultados para fines de nivelación. Una prueba de logro también puede mostrar a manera de diagnóstico que áreas son débiles. (Traducción nuestra).

Por otro lado, la evaluación basada en tareas tiene el propósito de evaluar el dominio de la competencia de un idioma en situaciones reales. Según Brown et al. (2002: 9): “estamos interesados en la obtención y la evaluación de las capacidades del estudiante para llevar a cabo determinadas tareas o tipos de tareas en el que la comunicación es esencial en el idioma meta”. Este tipo de evaluaciones son más apropiadas en “aquellas actividades que la gente hace en la vida diaria y que requieren el idioma para su realización” (Norris et al., 1998; citado en Brown et al, 2002: 10).

Para entender el proceso de evaluación es muy importante considerar su definición y propósitos en el ámbito de la enseñanza y del aprendizaje. Primero que todo, según Norris (2000; citado en Brown et al, 2002: 12) es muy importante hacer una clara distinción entre evaluación y prueba. Las pruebas “son, entonces, las alternativas disponibles para los educadores de idiomas para reunir información confiable”. Mientras la evaluación en palabras de Brown es algo más complejo (Brown et al, 2002: 13):

La evaluación es el proceso de reunir información de maneras coherentes a través de pruebas (y fuentes relacionadas), hacer interpretaciones basadas en esa información, y entonces aplicar esas interpretaciones con el fin de llegar a

decisiones o iniciar acciones particulares dentro del salón de clase o programa de idiomas. Por ejemplo, en la evaluación de desempeño basada en tareas, podemos reunir información por medio de una prueba basada en tareas de desempeño de los estudiantes en el logro de las tareas relevantes que han sido identificadas a través de un análisis de necesidades. Basados en la información de estas pruebas, podemos hacer entonces interpretaciones sobre las capacidades de los estudiantes para llevar a cabo dichas tareas utilizando el segundo idioma. Finalmente, basados en estas interpretaciones, podemos decidir si los estudiantes requieren o no una formación lingüística adicional, o podemos usar esa información para cambiar nuestros objetivos de un curso en particular. Todo este proceso, entonces, constituye la evaluación. (Traducción nuestra)

Otro importante aspecto a considerar en la evaluación basada en tareas, es el poder identificar la diferencia entre las tareas pedagógicas y las basadas en tareas. Las pedagógicas son “tareas que están designadas con el propósito de facilitar el aprendizaje y la enseñanza del idioma”, y las tareas orientadas a la vida real son “aquellas tareas que estimulan las demandas y expectativas de desempeño que normalmente no se encuentran en circunstancias no pedagógicas (mundo real)” (Brown et al., 2002: 13).

Asimismo, es importante tener en cuenta para el diseño e implementación de la prueba el concepto de “utilidad” (Fairclough, 2012: 129-130):

Una importante consideración cuando se diseña y posteriormente se implementa una prueba es el concepto de *utilidad de la prueba* de Bachman y Palmer (1996), que ellos describen como función de varios atributos que determinan la eficacia de una prueba como una medida de la capacidad lingüística. Estos atributos incluyen la *practicidad* (es decir, la disponibilidad de recursos para la prueba), la *confiabilidad* (por ejemplo, la consistencia de la medición), la *validez del constructo* (es decir, en qué medida la calificación de una prueba refleja la capacidad o el constructo que se está midiendo), la *autenticidad* (es decir, que tan cerca está la tarea de prueba a una tarea del mundo real), *interactividad* (el grado de participación del evaluado) y el *impacto* (es decir, los efectos sobre el evaluado, el contexto educativo y la sociedad) (Traducción nuestra)

Un ejemplo de una prueba de nivel que evalúa la competencia comunicativa en inglés para contextos médicos es *The Occupational English Test* (OET) (La Prueba de Inglés Ocupacional). El objetivo del examen es medir las competencias en inglés de los extranjeros que quieran trabajar en el campo médico en Australia. Según McNamara (2007; citado en University of Melbourne, 2009: 3) para el diseño y desarrollo del examen OET, se identificaron actividades comunes, como por ejemplo las actividades que se dan en una consulta médica:

1. Evaluación del paciente (‘evaluación subjetiva’) incluyendo el historial clínico.
2. Examen físico.
3. Explicación al paciente del diagnóstico y el pronóstico y del tratamiento.
4. Educación y asesoramiento paciente/cliente/familiar.

Este evento proporcionó la base para las especificaciones para un formato común para la evaluación de la destreza de la expresión y la comprensión oral. (Traducción nuestra)

Para la evaluación de las destrezas de comprensión lectora, expresión escrita y comprensión auditiva, los elementos comunes que se identificaron fueron (3):

- Comprensión Auditiva
 - Desarrollo profesional
- Comprensión Lectora
 - Desarrollo profesional
 - Historial clínico
- Expresión escrita
 - Cartas de derivación (Traducción nuestra)

Con base en estas “tareas” o “actividades comunes” la prueba OET se estructuró en cuatro partes donde se evalúan las destrezas de lectura, oral, escritura y auditiva. La escala de evaluación para la expresión oral y escrita se realizan en 5 niveles (A, B, C, D, E) siendo A el más alto y E el más bajo. La mayoría de los criterios de evaluación de la expresión oral se basan en los criterios de: “la eficacia comunicativa global, la inteligibilidad, la fluidez, el lenguaje apropiado y los recursos gramaticales y de expresión”. Los criterios para la expresión escrita son: “la realización de la tarea global, la adecuación del lenguaje, la comprensión del estímulo, las características lingüísticas (gramática y cohesión), y las características de la presentación (ortografía, puntuación y composición)” (University of Melbourne, 2009: 6).

La Universidad de Melbourne efectuó un estudio comparativo entre el examen OET y el examen de competencia general académica IELTS, y concluyó que: “mientras muchos candidatos aceptan el IELTS como una medida válida de su proficiencia general en inglés, hay un acuerdo casi unánime entre los candidatos que la OET es una mejor medida de su competencia profesional y por lo tanto más relevante para sus necesidades” (Elder, C., 2007: 2)¹⁵. Igualmente, el mismo estudio descubrió que “no encuentra ninguna justificación para usar el IELTS como punto de referencia en los estudios de validación o de establecimiento de normas realizado por el Centro OET” (2).

Brown et al. (2002: 17) propone una metodología para el desarrollo de evaluaciones y pruebas orientadas a tareas y que consta de cuatro pasos:

1. Realizar análisis de necesidades.
2. Clasificación y muestreo de las tareas desde un dominio de tareas posibles.

¹⁵Tanto el documento de la Universidad del Melbourne de la prueba OET y el documento de Elder están en el mismo enlace y archivo pdf. El documento de Elder está al final del archivo.

3. Volver operativas las tareas de la prueba y los formularios.
4. Desarrollar las escalas de calificación.

De los pasos de la metodología expuesta por Brown, quizás los dos primeros son los que más tiempo requieran y probablemente los más importantes a la hora de iniciar el desarrollo de un programa de evaluación de la competencia lingüística y comunicativa basada en tareas. La pregunta más significativa a responder sería: ¿cuáles son las tareas más importantes y adecuadas para nuestra población que se aproximen a sus necesidades y a sus labores diarias? La respuesta implica la identificación de tareas de desempeño:

Seguidamente comenzamos a buscar formas factibles de comparar nuestras tareas entre sí para propósitos de clasificación y muestreo. Esto es, a fin de utilizar las pruebas basadas en tareas para proveer generalizaciones acerca de las capacidades del estudiante con una gama de tareas o tipos de tareas, necesitábamos un medio para estimar cómo el rendimiento en una tarea podría estar relacionado con las capacidades para realizar otras tareas similares (Brown et al., 2002: 18). (Traducción nuestra)

En el primer paso, el análisis de necesidades, se tienen en consideración las características de la población y se identifican las tareas que estos estudiantes pudieran encontrarse en su lugar de trabajo o vida cotidiana (17). El segundo paso tiene la finalidad de: “hallar, adaptar, o desarrollar una manera manejable, relativamente fácil de entender y de una forma sistemática de examinar los desempeños para un rango de tareas similares en términos de las variables implicadas en esas tareas” (19). Al final de este proceso las tareas se clasifican de acuerdo al grado de dificultad y criterios de desempeño (21). El tercer paso consiste en “volver operativas las tareas en la forma de pruebas basadas en tareas” (26). El cuarto paso implica desarrollar criterios con los que se pueda calificar el desempeño de los estudiantes cuando realizan una tarea (27).

La literatura expuesta hasta ahora ha dado una idea de que probablemente los profesionales que trabajen en el contexto de atención de la salud podrían sentirse mejor evaluados y formados mediante una prueba de desempeño basada en tareas. Esta idea parece corroborar lo que dicen algunos investigadores, que ya en el año 1977 indicaban “los peligros de generalizar de una situación de aprendizaje/enseñanza a otra” (Allwright y Allwright, 1977: 58; citados en Lear, 2005: 230) y que posteriormente resaltaban “que el contenido de cursos para fines específicos debe ser relevante al campo de interés para evitar un desfase entre lo que se aprende en la clase y su utilidad en el lugar de trabajo” (DeBeaugrande, 2000; Fincham, 1982; Mavor y Trayner, 2001; citados en Lear, 2005: 230). Lear (2005: 230) sugiere que las compañías podrían ayudar a mejorar las competencias lingüísticas en español de sus profesionales médicos si a estos se les brindara la

posibilidad de tener clases en el lugar de trabajo. La enseñanza en el lugar del trabajo le traería ventajas al profesor, porque:

Una ventaja adicional para las clases de idiomas en el lugar de trabajo es que el instructor se familiarizaría tanto con el trabajo de sus estudiantes y el descubrir las dificultades comunicativas afrontadas por sus estudiantes. De esta manera, los profesores estarían en mejores condiciones de integrar el curso con los desafíos específicos del lugar de trabajo relacionados con la comunicación con los pacientes que hablan español (Lear, 2005: 230). (Traducción nuestra)

Otra recomendación es la de ayudar a los estudiantes a desarrollar estrategias de aprendizaje que les faciliten encontrar recursos útiles en el mejoramiento de las competencias lingüísticas en el trabajo. Como por ejemplo, el ampliar su comprensión auditiva y escrita por medio de videos, usar juegos de rol que simulen su lugar de trabajo, etc. (Lear, 2005: 230).

De una manera similar, la ACTFL ha desarrollado una metodología para crear unidades basadas en tareas reales. En estas unidades se integran instrucción y evaluación para que los estudiantes de primaria y secundaria puedan aprender un segundo idioma. Estas unidades son conocidas como *Integrated Performance Assessment Units* (IPA) (Unidades Integradas de Evaluación del Desempeño)¹⁶. El aspecto fundamental de estas unidades es la integración de los estándares de la ACTFL con la evaluación. Los pasos (versión simplificada) para crear un IPA son los siguientes:

- Revisar los estándares de idiomas a nivel federal y estatal.
- Elegir un tema que valga la pena y que sea consistente con los estándares.
- Identificar las metas a lograr con la unidad
- Desarrollar una evaluación desempeño mediante tareas que involucren las destrezas lingüísticas en contextos comunicativos.
- Identificar las estructuras y funciones necesarias para completar la tarea.
- Identificar el vocabulario
- Escoger las estrategias de instrucción.

Aunque las unidades IPA se crearon para estudiantes de primaria y secundaria, su uso se ha extendido y adaptado a otros contextos. Además, cuenta con bastante material de investigación de apoyo. La aplicación de las unidades IPA a otros contextos probablemente se debe a que:

¹⁶ Center for Advanced Research on Language Acquisition. Integrated Performance Assessment (IPA) Units . Disponible en http://www.carla.umn.edu/assessment/vac/CreateUnit/p_3.html

Otra gran característica de IPA es su enfoque en la creación de tareas auténticas (Tedick, 2003) para que los estudiantes se involucren. El modelo IPA ofrece oportunidades para que los profesores de idiomas creen tareas “abiertas” que permitan a los estudiantes ser muy creativos (por ejemplo, la creación de un proyecto de vídeo para la tarea de presentación). Mientras más auténtica sea la tarea (y más real la audiencia y el propósito), mejor (Tedick y Cammarata: s.f.). (Traducción Nuestra)

En el contexto médico, una forma interesante de identificar las tareas comunicativas es la de realizar diagramas de flujo de los recorridos que tiene que realizar un paciente de competencia limitada en inglés en la búsqueda de un servicio sanitario. El gráfico 2 es un ejemplo del posible recorrido de una mujer embarazada (Hablamos Juntos, 2005b: 3-4).

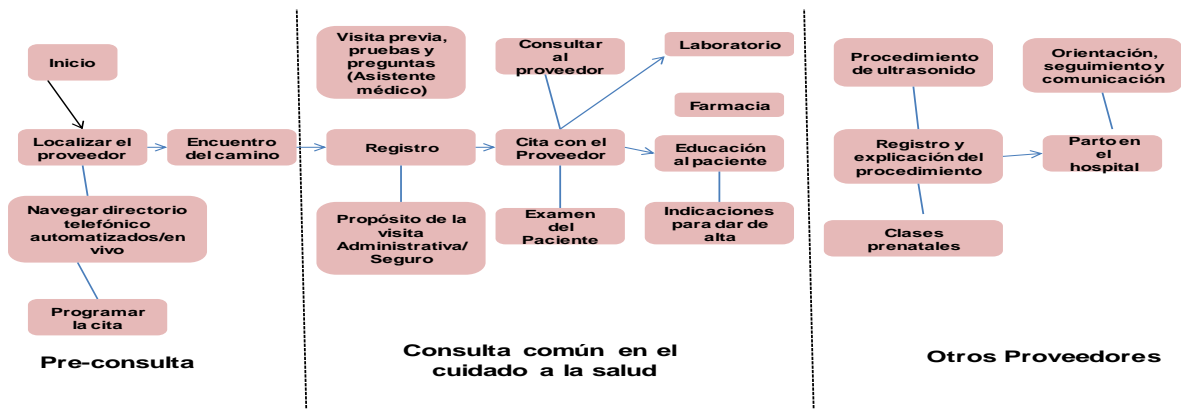


Gráfico 2. Puntos Comunicativos en una Consulta Médica Típica (Hablamos Juntos, 2005b: 3). (Traducción nuestra)

Los cuadros representan las posibles situaciones donde esta persona intercambia información con el personal administrativo y clínico de un hospital (*communication junctures*). Es posible determinar las tareas comunicativas necesarias dentro de estas situaciones para cada “punto comunicativo o de interacción comunicativa” (*communication junctures*). Por ejemplo en la consulta médica, la futura madre tiene que hablar con el personal administrativo que la reciba, una enfermera que la pre-evalúe y un médico que la examine. La labor para determinar estas posibles interacciones o situaciones médicas es un proceso extenso y engorroso, pero tiene un valor muy importante en el mejoramiento de la comunicación entre paciente y proveedor, y facilitar la labor de la interpretación.

3. Objetivos

El objetivo general de esta memoria es diseñar una guía modelo con pautas para la implementación de un programa de evaluación de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajen como intérpretes médicos.

Para cumplir este objetivo y siguiendo las nociones generales dadas en el estado de la cuestión se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Enunciar las estrategias organizacionales necesarias para la puesta en práctica de un programa de evaluación de la competencia en español de los intérpretes médicos.
- Enunciar las diferentes etapas del proceso de evaluación de la competencia en español de los intérpretes médicos.
- Enunciar las pautas necesarias para el diseño de pruebas de nivel y pruebas orientadas a tareas para intérpretes médicos.
- Desarrollar unas guías para el diseño y elaboración de exámenes de evaluación de las competencias comunicativas en español en contextos médicos.
- Desarrollar una prueba de nivel para intérpretes médicos.

Asimismo, con el desarrollo de estos objetivos se pretende:

- Ayudar a las organizaciones proveedoras de servicio de lenguaje y agencias de intérpretes médicos a evaluar objetivamente la competencia comunicativa en español de sus intérpretes bilingües, con especial énfasis en los hablantes de herencia.
- Ayudar a los expertos del lenguaje a identificar las necesidades comunicativas en español entre paciente-intérprete-proveedor en los procesos de atención médica.
- Promover la importancia del desarrollo y evaluación de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes médicos, como parte fundamental en el desarrollo de sus competencias interpretativas integrales.

Finalmente, se puede decir que desarrollar una memoria de estas características, puede ayudar a mejorar la competencia comunicativa en español de los intérpretes bilingües y de esta forma reducir los obstáculos que dificultan la comunicación entre paciente y proveedor.

4. Diseño y Metodología

Para integrar todos los conceptos básicos vistos en el estado de la cuestión y cumplir con los objetivos expuestos es necesario desarrollar un modelo conceptual que explique el proceso integral de la evaluación de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajen o quieran trabajar como intérpretes médicos.

Para desarrollar el modelo conceptual se tuvieron en cuenta las siguientes premisas fundamentales:

- Las organizaciones proveedoras de salud que atienden a la población de competencia limitada en inglés necesitan saber cómo determinar si sus intérpretes son competentes.
- La mayoría de la población de competencia limitada es de origen hispano y a su vez la mayoría de los intérpretes médicos son hablantes de herencia quienes tienen diferentes grados de competencia comunicativa en español.
- La mayoría de los intérpretes médicos que trabajan en hospitales tienen la función de su trabajo más las funciones de intérpretes.
- No existen pruebas confiables y válidas que evalúen las competencias comunicativas e interpretativas para los hablantes de herencia en contextos médicos.
- Hay una necesidad urgente de evaluar la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia.
- Tener una excelente competencia comunicativa en español es fundamental para el desarrollo integral de las competencias interpretativas de los hablantes de herencia, aunque no es garantía.
- La mejor forma de evaluar la competencia comunicativa integral en español de los intérpretes médicos es a través de evaluaciones orientadas hacia tareas.

Por estas razones, el modelo conceptual propuesto va a permitir a las organizaciones que lo utilicen:

- a. Desarrollar los procesos de evaluación de la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia que trabajen como intérpretes.
- b. Integrar los estándares de competencia lingüística y profesional de los intérpretes a los procesos de evaluación.
- c. Identificar las necesidades de comunicación en los procesos de interacción paciente-intérprete-proveedor.
- d. Apoyar el diseño de pruebas de evaluación de la competencia en español.
- e. Integrar los procesos de contratación, formación y certificación de la evaluación de las competencias en español.

dinámico porque permite ser ajustado a las necesidades de las organizaciones que lo utilizan y cambiarlo cuando sus procesos no son eficientes.

4.1 Tareas

Para esta fase es fundamental que la organización que utilice el modelo de evaluación pueda identificar las tareas relevantes en la comunicación que surge entre paciente y proveedor y donde el intérprete médico es el intermediario comunicativo. Estas tareas van a servir de base para el diseño e implementación de las pruebas de nivel y las unidades IPA de la segunda parte.

Para la implementación de esta etapa un buen punto de partida es analizar las necesidades lingüísticas de los pacientes de competencia limitada en inglés e identificar su perfil demográfico para tener una idea clara de los registros y tipos de español que hablan. El segundo paso es considerar las regulaciones de atención a los pacientes de competencia limitada en inglés, particularmente los estándares CLAS (Ver Sección 2.2). El tercer paso es tener en cuenta las competencias base de los intérpretes médicos de Reftki et al (2012) (Anexo 1): conocimiento del contexto de la interpretación médica, conocimiento de la interpretación médica profesional, conocimiento de la terminología médica y del cuerpo humano, conocimiento cultural y conocimiento lingüístico.

El cuarto paso es utilizar el concepto de “punto de comunicación”. Por medio de diagramas de flujo se pueden ver las diferentes actividades e interacciones de los pacientes al solicitar un servicio médico. Este concepto permite vislumbrar las “situaciones reales” que pasan en el entorno médico (Hablamos Juntos, 2005b: 3-4). También es útil tener en cuenta el proceso de identificación de tareas desarrollado por Brown et al. (2012) (Sección 2.12)

Un buen ejemplo es el dado en el gráfico 2 de la sección 2.12 donde se describe todo el recorrido que una mujer embarazada debe realizar para recibir su cuidado médico. El proceso de “actividades en el consultorio médico” se divide en sub-actividades ejecutorias:

- Recepción de pacientes.
- Propósito de la visita/Preguntas Administrativas/Seguro médico.
- Preguntas médicas y exámenes con las enfermeras o ayudantes médicos.
- Revisión del historial médico.
- Consulta con el médico
- Exámenes médicos
- Visitar el laboratorio
- Visitar farmacia.

- Educación del paciente

Una vez identificadas las macro-actividades y sub-actividades, el siguiente paso es poder subdividirlas en más niveles hasta encontrar las tareas de desempeño comunicativo. En una consulta con el médico posiblemente encontraremos las siguientes tareas de desempeño comunicativo:

- Presentación-Saludo
- Identificar las razones de la consulta.
- Preguntas y respuestas sobre síntomas.
- Preguntas y respuestas sobre el historial médico.
- Examen físico.
- Evaluación de los problemas médicos.
- Diagnostico y tratamientos, exámenes de laboratorio, derivaciones a otros hospitales o especialistas.
- Escribir una receta médica.
- Escribir una carta de derivación médica.
- Más preguntas y respuestas.
- Cierre de la consulta.

En el quinto paso se sugiere categorizar las tareas, tal como lo indica Brown et al. (2002) en la sección 2.12, para realizar un inventario que sería muy conveniente en el diseño e implementación de una prueba de nivel o una unidad IPA en la siguiente etapa del modelo.

El sexto paso, es el identificar las estructuras, funciones, vocabulario, expresiones coloquiales, adecuaciones culturales necesarias para que una persona pueda ejecutar la tarea. Por ejemplo, en la tarea “presentación y saludo” tenemos:

- Vocabulario: Hola, buenos días, mucho gusto, ¿Cómo está usted?, doctor, enfermero.
- Estructura: Uso de los verbos ser y estar.
- Adecuación cultural: Uso contextual de usted y tú.
- Expresiones idiomáticas: “encantado”, “¿cómo le parece?”.

En el séptimo paso, con toda la suma de todos los pasos anteriores se procede a enunciar, describir e identificar el grado de dificultad de la tarea. Una forma de categorizar el grado de dificultad de la tarea es compararla con las escalas de nivel de los marcos de referencia. Por

ejemplo, si se compara la tarea “presentación y saludo”, probablemente encontraríamos que el nivel de dificultad es bajo y correspondería al nivel 1 en la escala ILR.

4.2. Evaluación -Instrucción

Las tareas de la etapa anterior constituyen el *input* de la etapa de evaluación-instrucción. Los evaluadores tendrán que : primero, determinar el nivel de dominio del español de los candidatos a intérpretes para saber si son elegibles para la formación en interpretación y una certificación o para rectificar sus credenciales de dominio lingüístico; y segundo, establecer la instrucción necesaria para mejorar su competencia y dominio en español.

La determinación del nivel de proficiencia del español se realizará mediante el diseño de una prueba de nivel que utilice tareas representativas de nivel 3 en la escala ILR o su equivalente en los demás marcos de referencia. Según el ILR (Sección 2.10) el nivel de dominio lingüístico en los idiomas de trabajo debe ser mínimo de 3 para poder trabajar como intérprete profesional. Según la literatura revisada, la evaluación de la competencia en español de los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes se evaluaría mejor al utilizar pruebas basadas en tareas (Hablamos Juntos, 2008:10). Además, los profesionales médicos se sentirían mejor si se les evaluase con una prueba que les presente situaciones parecidas a su trabajo (Elder, C., 2007: 2). Un buen ejemplo a seguir es la prueba OET. Por consiguiente, la prueba de nivel seguirá los siguientes criterios:

- Evaluar la proficiencia de las cuatro destrezas lingüísticas mediante tareas de desempeño de nivel 3 identificadas en la etapa de tareas del modelo propuesto.
- Identificar el perfil de los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes por medio de un cuestionario biográfico como lo sugieren Fairclough (2012: 131) y Kagan (2005; citada en Polinsky y Kagan 2007: 387)
- Garantizar la calidad de pruebas de evaluación. Una forma de lograrlo es apoyarse en los conceptos de Bachman y Palmer (1996; citados en Fairclough, 2012: 131).
- La evaluación de las destrezas de expresión oral y auditiva tendrán un mayor peso porcentual que las otras destrezas, ya que son las más importantes para la interpretación.
- Diseñar o adaptar rúbricas de evaluación confiables. Una buena sugerencia es utilizar las rúbricas de evaluación de la organización *The Foreign Language Educators of New Jersey* (FLENJ)¹⁷ que siguen las guías de la ACTFL.

¹⁷ Las rúbricas se pueden encontrar en <http://flenj.org/CAPS/rubrics.shtml>. Dado que son rúbricas para estudiantes de primaria y secundaria en los Estados Unidos, se han adaptado, para los fines y el tipo de estudiante objeto de esta memoria.

- Las pruebas de comprensión lectora y auditiva se harán por medio de preguntas, cuestionarios, espacios en blanco, etc.

Los resultados de la prueba de nivel en español determinarán si los candidatos a intérpretes obtienen el nivel 3 de español requerido para recibir una certificación como intérprete médico profesional. Igualmente, la prueba de nivel ofrecerá información importante como el grado de escolaridad en español, la identificación de los hablantes de herencia, el nivel de proficiencia, dónde trabajan, etc. El análisis de esta información es vital para el desarrollo de cursos de acción que mejoren la competencia en español de los intérpretes y particularmente la de los hablantes de herencia. En el caso que una persona no pase la prueba de nivel necesitará entonces mejorar su competencia en español. Las unidades IPA están creadas para este propósito, porque unen la instrucción con la evaluación. De esta forma, un profesor o cualquier organización pueden crear unidades que se administren en una determinada clase o curso de formación que posibiliten al mismo tiempo, el mejoramiento y la evaluación de las competencias comunicativas en un idioma en situaciones basadas en la realidad.

Tanto las organizaciones CARLA y FLENJ han desarrollado guías, procedimientos y ejemplos de las unidades IPA. El diseño de las unidades seguirá los siguientes criterios:

- Diseñar la unidad IPA conforme a los resultados de la prueba de nivel: nivel de proficiencia, escolaridad, etc.
- Las unidades IPA utilizarán las tareas identificadas en la primera fase del modelo propuesto.
- La evaluación tendrá los criterios de Bachman y Palmer, señalados anteriormente.
- Diseño de rúbricas nuevas o adaptar existentes.
- Diseñar unidades IPA para personas que tengan una competencia de nivel ILR mayor que 3. Por ejemplo, el caso de intérpretes que quieran subir su nivel del 3 al 4.

4.3 Limitaciones del Modelo

El campo de la evaluación de la competencia comunicativa es muy amplio y profundo, sobre todo en el contexto médico donde la evaluación de la competencia en español de los intérpretes de hablantes de herencia está en sus inicios. El modelo que presenta la memoria es conceptual y descriptivo, y podría ayudar a facilitar la evaluación e instrucción de la competencia en español de los intérpretes en un hospital, clínica o agencia de intérpretes. Por lo tanto necesita ser implementado en un estudio piloto que suministre información suficiente para comprobar su

efectividad. La factibilidad de la implementación de este modelo dependerá de los recursos de la organización que lo implemente.

Los criterios para identificar las tareas, diseñar la prueba de nivel y las unidades IPA son solo guías que necesitan ser más desarrolladas y que necesitan mucha más investigación para asegurar su confiabilidad en el contexto médico y de atención al paciente, sobre todo con los hablantes de herencia que trabajan como intérpretes. Con base en el modelo propuesto se desarrollaron dos ejemplos, el primero, una prueba de nivel y el segundo, una unidad IPA. En ningún momento la prueba de nivel ejemplo puede considerarse confiable y válida para medir la competencia comunicativa en español de los hablantes de herencia, pero ofrece bastante información de cómo puede construirse una válida y confiable si se cuentan con recursos suficientes con los cuales el autor de esta memoria no cuenta. La unidad IPA de ejemplo muestra cómo se integran las tareas de desempeño en la instrucción para mejorar y subir el nivel de la proficiencia lingüística de un intérprete.

Es importante recordar que los hablantes de herencia que quieren trabajar o trabajan como intérpretes médicos necesitan mejorar su competencia en español. En la medida en que estos mejoren la competencia comunicativa en español, entonces sus competencias interpretativas pueden mejorar. Esta memoria no intenta adentrarse en los campos de evaluación de competencias bilingües ni en las competencias interpretativas.

5. Presentación del Material

Los anexos 1 y 2 son dos ejemplos de las pruebas que se pueden diseñar a partir del modelo sugerido, teniendo como punto de partida propuesto en la fase I que consiste en la identificación de tareas significativas en el contexto de trabajo.

El anexo 1 es el ejemplo de una prueba de nivel que mide la competencia del español de las cuatro destrezas de los intérpretes médicos en contextos de atención de la salud. La prueba está diseñada para los niveles C1 (MCER), 3/3+ (ILR), Avanzado (ACTFL) como requisito para formarse y certificarse como intérprete médico profesional. La prueba se basa en la evaluación de las cuatro destrezas lingüísticas con el peso principal (35 %) en el juego de rol que intenta medir el dominio de la interacción oral del intérprete en una consulta médica, al tener que representar aleatoriamente al médico o al paciente, puesto que el intérprete tiene que dominar el lenguaje de ambos. Las demás destrezas son evaluadas con los siguientes pesos porcentuales: comprensión auditiva (30 %), comprensión lectora (20 %) y la expresión escrita (15 %). Además, los evaluados tienen que rellenar un formulario con información biográfica. El resultado de la prueba permitirá

clasificar el nivel de la competencia de español de los individuos que la tomen y determinar su nivel de proficiencia, identificar los hablantes de herencia por el perfil biográfico, y las posibles necesidades de formación e instrucción necesarias para mejorar su competencia en español.

La información obtenida en esta prueba permitirá el diseño de unidades IPA con el fin de mejorar la competencia en español de los intérpretes. El anexo 2 es un ejemplo de una unidad IPA para una persona que obtuvo un nivel 2 en la prueba anterior y que trabaje como enfermero, ya que por lo general tienen que obtener la información de los pacientes. Esta unidad IPA desarrolla una secuencia de actividades instructivas que le ayuden a lograr completar la tarea de conseguir la información del paciente y al mismo tiempo evaluar su desempeño en el logro de la misma.

6. Conclusiones

Aunque ser bilingüe no garantiza que una persona pueda ser un intérprete competente, evidentemente, su dominio interpretativo depende en gran medida del dominio lingüístico que tenga de los idiomas de trabajo. Esta premisa es evidente en el caso de hablantes de herencia hispanos que trabajan como intérpretes médicos, que además constituyen un gran porcentaje de los intérpretes existentes en Estados Unidos. Sus variados niveles de competencia en español, que en general son limitados, constituyen motivos de preocupación entre los pacientes de competencia limitada en inglés y los expertos en lingüística e interpretación.

Igualmente, no existen exámenes confiables, válidos y justos que evalúen las competencias comunicativas en español en contextos médicos. Por estas razones, las organizaciones se encuentran con la dificultad de conocer exactamente los niveles de competencia lingüística de sus intérpretes. Como consecuencia, existe la necesidad de que estas organizaciones puedan desarrollar metodologías que les permitan crear sistemas confiables para evaluar las competencias comunicativas. Del diseño del modelo conceptual desarrollado para esta memoria se pueden extraer varias conclusiones:

- La importancia de evaluar la competencia comunicativa en español de los intérpretes en tareas que se asemejen a situaciones reales en los contextos médicos.
- El término “competencia” presenta mucha ambigüedad para poder aplicarlo a casos específicos de la evaluación. En los procesos de evaluación es conveniente medir el conocimiento (competencia) y el dominio de la competencia en situaciones reales.

- El modelo toma en consideración factores tales como, necesidades de la población con competencia limitada en inglés, necesidades lingüísticas de los intérpretes, marcos de referencia y estándares profesionales que son vitales en el desarrollo de los exámenes de evaluación.
- En las unidades IPA el modelo integra al mismo tiempo instrucción y evaluación, que pueden ser partes importantes en el desarrollo de programas de mejoramiento de la competencia comunicativa.
- El modelo ayuda a identificar los procesos de interacción entre paciente y proveedor médico, y que sirven como base para la identificación de las necesidades comunicativas.
- El modelo sirve de apoyo a los procesos de contratación, reubicación, formación y certificación de intérpretes.
- El modelo es cíclico, porque permite ver la evaluación como un proceso dinámico.

Si bien el modelo fue creado con la finalidad de servir de guía en la implementación en un proceso de evaluación de intérpretes médicos, este fácilmente puede ser utilizado para la evaluación de la competencia en español de los médicos y enfermeros bilingües que atienden a los pacientes de competencia limitada en inglés. También puede ser utilizado en otros dominios del español para fines específicos. Aun así, este es un modelo conceptual que falta ser implementado para comprobar todos sus beneficios.

7. Bibliografía

ACTFL. (2012): *ACTFL Proficiency Guidelines 2012*. Alexandria: American Council on the Teaching of Foreign Languages. Disponible en

http://www.actfl.org/files/public/ACTFLProficiencyGuidelines2012_FINAL.pdf (Consultado el 5 de septiembre de 2012).

AMERICAN UNIVERSITY CENTER OF PROVENCE. (s.f.): Common European Framework. Disponible en http://www.aucp-isha.fr/documents/CEFR_TEF_Levels.pdf (Consultado el 6 de octubre de 2012).

ANDRULIS, D. *et al.* (2002): *La Diferencia de Contar con un Intérprete*. Boston: The Access Project. Center for Community Health Research and Action del Heller School for Social Policy and Management de Brandeis University. Disponible en

http://www.accessproject.org/adobe/la_diferencia_de_contar.pdf (Consultado el 30 de mayo de 2012).

APEC. (s.f.): *Language Assessment*. Asia-Pacific Economic Cooperation. Disponible en http://hrd.apec.org/index.php/Language_Assessment (Consultado el 24 de mayo de 2012).

AU, M. *et al.* (2009): *Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts*. Mathematica Policy Research Inc. Disponible en

<http://www.ahrq.gov/populations/languageservicesbr.pdf> (Consultado el 11 de junio de 2012).

BANCROFT, M. (2005): *The Interpreter's World Tour. An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*. The California Endowment. Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/resources/pdf/The_Interpreter's_World_Tour.pdf (Consultado el 21 de mayo de 2012).

BROWN, J. D. *et al.* (2002): *An Investigation of Second Language Task-Based Performance Assessments*. Manoa : Second Language Teaching & Curriculum Center, University of Hawai'i at Manoa. Disponible en

http://books.google.com/books?id=bvBig619TiwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Consultado el 3 de octubre de 2012)

CENTER FOR ADVANCED RESEARCH ON LANGUAGE ACQUISITION (CARLA): (2012). *Integrated Performance Assessment (IPA) Units*. Disponible en

http://www.carla.umn.edu/assessment/vac/CreateUnit/p_3.html (Consultado el 3 de agosto de 2012).

CHEN, A.H. *et al.* (2007): "The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond", en *Journal of General Internal Medicine*, 22. Disponible en

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150609/pdf/11606_2007_Article_366.pdf

(Consultado el 30 de septiembre de 2012).

CHEN, H. *et al.* (2007): *Seminar on Language Standards and their Assessment*. APEC EDNET Project. Disponible en <http://www.apecknowledgebank.org/file.aspx?id=959> (Consultado el 2 de noviembre de 2012)

CONSOLO, D. A. (2006): "On a (re)definition of oral language proficiency for EFL", en *Melbourne Papers in Language Testing*, 1. Disponible en

http://ltrc.unimelb.edu.au/mpl/papers/11_1_2_Altamiro.pdf (Consultado el 26 de junio de 2012).

DIAMOND, L. C. *et al.* (2012): "Does This Doctor Speak My Language Improving the Characterization of Physician Non-English Language Skills", en *Health Services Research*, 47. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2011.01338.x/pdf> (Consultado el 10 de marzo de 2012).

DIVI, C. *et al.* (2007): "Language Proficiency and adverse events in US Hospitals: a pilot study", en *International Journal for Quality in Health Care*, 19. Disponible en <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/2/60.full.pdf+html> (Consultado el 24 de mayo de 2012).

DUFF, P. A. (2008): *Foreign Language Policies, Research, and Educational Possibilities*. APEC Education Symposium, held in Xi'an, China. Disponible en

<http://www.apecknowledgebank.org/file.aspx?id=1943> (Consultado el 2 de noviembre de 2012)

ELDER, C. (2007): *OET- IELTS Benchmarking Study Report*. Victoria:University Of Melbourne. Disponible en

<http://www.ahpra.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2F4003&dbid=AP&chksum=aXNx1hDhgzMvaMcq8mAt> (Consultado el 12 de marzo de 2012).

FAIRCLOUGH, M. (2012): "A Working Model for Assessing Spanish Heritage Language Learners' Language Proficiency through a Placement Exam", en *Heritage Language Journal*, 9. Disponible en <http://hlj.ucla.edu/> (Consultado el 17 de mayo de 2012).

FERNANDEZ, A. *et al.* (2004): "Physician language ability and cultural competence. An exploratory study of communication with Spanish-speaking patients", en *Journal of General Internal Medicine*, 19. Disponible en

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492135/pdf/jgi_30266.pdf (Consultado el 30 de mayo de 2012).

GIVAUDAN, M. *et al.* (2002): *Bridging the Communication Gap: Provider to Patient Written Communication Across Language and Cultural Barriers*. Hablamos Juntos. Disponible en http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/imifap.paperi.pdf (Consultado el 2 junio de 2012).

GREEN, A., *et al.* (2005): "Interpreter Services Language Concordance, and Health Care Quality, en *Journal of General Internal Medicine*, 20. Disponible en

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490255/pdf/jgi_223.pdf (Consultado el 20 de mayo de 2012).

HABLAMOS JUNTOS. (s.f.): *True stories*. The Robert Wood Johnson Foundation and UCSF Fresno Center for Medical Education & Research. Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/mediacenter/default.true_stories.asp (Consultado el 9 de septiembre de 2012).

HABLAMOS JUNTOS. (2002): *Language Testing Options*. The Robert Wood Johnson Foundation and UCSF Fresno Center for Medical Education & Research. Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/resourcecenter/pdf/Language_Testing_Options.pdf (Consultado el 20 de marzo de 2012).

HABLAMOS JUNTOS. (2005a): *Language and Interpreters Skills Assessment—L&ISA Pilot Project. Health Care for Limited English Proficient Populations*. The Robert Wood Johnson Foundation and UCSF Fresno Center for Medical Education & Research. Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/resource_guide_portal/pdf/11LISA_Profile_Final.pdf (Consultado el 20 de marzo del 2012).

HABLAMOS JUNTOS. (2005b): *Language Services Issue Brief Affordable Language Services: Implications for Health Care Organizations*. The Robert Wood Johnson Foundation and UCSF Fresno Center for Medical Education & Research. Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/resource_guide_portal/pdf/BriefLangSvc-21Sept.pdf (Consultado el 14 de abril de 2012).

HABLAMOS JUNTOS. (2008): *Language Testing Options*. The Robert Wood Johnson Foundation and UCSF Fresno Center for Medical Education & Research Disponible en

http://www.hablamosjuntos.org/newsletters/2008/June/pdf/LangTestingOptions_06-23-08.pdf (Consultado el 14 de abril de 2012).

HOSPITAL ENGLISH (s.f): *Getting a patient's information*. Disponible en http://www.hospitalenglish.com/procedures/procedures_gettingpatientinfo.php (Consultado el 27 de agosto de 2012).

ILR. (s.f.a): *Interagency Language Roundtable Language Skill Level Descriptions – Reading*. Interagency Round Table. Disponible en <http://www.govtilr.org/Skills/ILRscale4.htm> (Consultado el 12 de mayo de 2012).

ILR. (s.f.b). *Skill Level Descriptions for Interpretation Performance*. Disponible en <http://www.govtilr.org/Skills/interpretationSLDsapproved.htm> (Consultado el 4 de octubre de 2012).

INSTITUTO CERVANTES. (s.f.): *Diccionario de Términos Claves de ELE*. Disponible en http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/competenciacomunicativa.htm (Consultado el 1 de junio de 2012).

LAKE, SNELL AND PERRY ASSOCIATES INC. (2004). *Physician Perspectives on Communication Barriers*. Hablamos Juntos. Disponible en http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/lsp.report.final.pdf (Consultado el 30 de mayo de 2012).

LANGUAGE ACCESS RESOURCE CENTER. (2012): *Interpreting Training Manual*. Villa Park, Illinois, Estados Unidos.

LEAR, D.W. (2005): "Spanish for Working Medical Professionals: Linguistic Needs", en *Foreign Language Annals*, 38. Disponible en http://web.pdx.edu/~fischerw/courses/advanced/methods_docs/pdf_doc/wbf_collection/0151_0200/0176_2Q05_05Lear_FLA.pdf (Consultado el 19 de agosto de 2012).

LLURDA, E. (2000): "On competence, proficiency, and communicative language ability" en *International Journal of Applied Linguistics*, 10. Disponible en <http://www.nus.edu.sg/celc/resources/resourses/llurda.pdf> (Consultado el 24 de mayo de 2012).

LONG, M. H. (2003): *Español para fines específicos: ¿textos o tareas?*, en K. Jauregi (Ed.), *Español para fines específicos: Actas del II CIEFE*. Ámsterdam: Ministerio de Educación y Ciencia del Reino de España. Disponible en http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/ciefe/pdf/02/cvc_ciefe_02_0006.pdf (Consultado el 15 de julio de 2012).

MARTINEZ BAZTÁN, A. (2008): *La evaluación oral: una equivalencia entre las guidelines de ACTFL y algunas escalas del MCER*. Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/17457853.pdf> (Consultado el 3 de agosto de 2012).

MIR, M. (2007): *La entrevista de competencia oral según las directrices de ACTFL*. En (ed.) S. Pastor Cesteros, & S. Roca Marin, XVIII Congreso Internacional de la Asociación para la Enseñanza del Español como lengua Extranjera (ASELE). Alicante: Universidad de Salamanca. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3192810> (Consultado el 5 de agosto de 2012).

MONASH UNIVERSITY. (2006): *Basic Interpreting Skills*. Monash University. School of Languages, Cultures and Linguistics Monash University Disponible en http://www.immi.gov.au/media/publications/settle/pdf/interpreting_skills_training_report.pdf (Consultado el 23 de mayo de 2012).

MORENO, M. R. *et al.* (2007): "Assessing Dual-Role Staff-Interpreter Linguistic Competency in an Integrated Healthcare System", en *Journal of General Internal Medicine*, 22. Disponible en

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078538/pdf/11606_2007_Article_344.pdf

(Consultado el 3 de junio de 2012).

NAATI.(s.f.): What is NAATI?. Disponible en http://www.naati.com.au/about_naati.html (Consultado el 9 de septiembre de 2012)

NCIHC. (2001): *Guides to Initial Assessment of Interpreter Qualifications*. The National Council on Interpreting in Health Care. Disponible en

<http://www.ncihc.org/assets/documents/NCIHC%20Working%20Paper%20Guide%20to%20Initial%20Assessment%20of%20Interpreter%20Qualifications.pdf> (Consultado el 30 de mayo de 2012).

OET. (2012): *OET Bookshop*. The Occupational English Test. Disponible en <http://www.occupationalenglishtest.org/Display.aspx?tabid=2539>. (Consultado el 1 de octubre de 2012).

OFFICE OF MINORITY HEALTH. (2001): *National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services*. U.S. Department of Health & Human Services. Disponible en <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/spanishhexeSum.PDF> (Consultado el 3 de octubre del 2012).

PANDYA, C.*et al.* (2011): *Limited English Proficient Individuals in the United States: Number, Share, Growth, and Linguistic Diversity*. Washington DC: Migration Policy Institute. Disponible en <http://www.migrationinformation.org/integration/LEPdatabrief.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2012).

POLINSKY, M., y KAGAN, O. (2007): "Heritage Languages: In the Wild and in the Classroom" en *Language and Linguistics Compass*, 1. Disponible en <http://www.nhrc.ucla.edu/pdf/wild-MP-OK.pdf> (Consultado el 5 de julio de 2012).

POTOWSKI, K. *et al.* (2012): "Developing an Online Placement Exam for Spanish Heritage Speakers and L2 Students", en *Heritage Language Journal*, 9. Disponible en <http://hlj.ucla.edu/> (Consultado el 17 de mayo de 2012).

REFKI, D. *et al.* (2012): *Core Competences for Health Care Interpreters*. Albany: Center for Women in Government & Civil Society at Albany University. Disponible en http://www.albany.edu/womeningov/publications/core_competency.pdf (Consultado el 24 de mayo de 2012).

SAMPSON, A. (2006): *Languages Services Resource Guide for Health Care Providers*. Los Angeles: The National Health Law Program. Disponible en

<http://www.healthlaw.org/images/pubs/ResourceGuideFinal.pdf> (Consultado el 30 de mayo de 2012).

STOYNOFF, S. (2008): *Developments in English Language Assessment*. Prepared as part of APEC Strategic Plan for English and Other Languages, 2008. Disponible en <http://www.apecknowledgebank.org/file.aspx?id=1608> (Consultado el 4 de noviembre de 2012)

SUAREZ GARCIA, J. (2002): *El español, lengua del mestizaje y la interculturalidad: la enseñanza del español a hijos de inmigrantes hispanos en Estados Unidos*. En M. PEREZ GUTIERREZ, & C. M. JOSE (Edits.), *El español, lengua del mestizaje y la interculturalidad: actas del XIII Congreso Internacional de la Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera, ASELE*. Murcia. Disponible en http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/13/13_0817.pdf (Consultado el 5 de junio de 2012).

TEDICK, D y CAMMARATA, L.(s.f.): *Integrated Performance Assessment: Adapting the Model for CBI*. Center for Advanced Research on Language Acquisition (CARLA). Disponible en <http://www.carla.umn.edu/cobaltt/modules/assessment/ipa/index.html> (Consultado el 6 de septiembre de 2012).

THE CALIFORNIA ENDOWMENT. (2002): *Estándares para Intérpretes Médicos en California*. California Healthcare Interpreters Association. Disponible en http://www.chiaonline.org/resource/resmgr/chia_california_standards_fo.pdf (Consultado el 4 de junio de 2012).

THE FOREIGN LANGUAGE EDUCATORS OF NEW JERSEY. (2012): *CAPS Rubrics*. FLENJ. Disponible en <http://flenj.org/CAPS/rubrics.shtml> (Consultado el 15 de agosto de 2012).

UNIVERSITY OF MELBOURNE. (2009): *An overview of the Occupational English Test*. Language Testing Research Center, University of Melbourne. Disponible en <http://www.ahpra.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2F4003&dbid=AP&chksum=axNx1hDhgzMvaMcq8mAt> (Consultado el 27 de agosto de 2012).

VALDES, G. (2001): *Heritage languages students: Profiles and possibilities*. In J. K. Peyton, D. A. Ranard, & S. McGinnis (Eds.), *Heritage languages in America: Preserving a national resource*. Washington, DC: Center for Applied Linguistics/DeltaSystems. Disponible en <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED458809.pdf> (Consultado el 5 de septiembre de 2012)

8. Anexos

8.1. Anexo 1. Prueba General de Nivel de Competencia Comunicativa en Español

A. Objetivos:

- Realizar cuatro pruebas que evalúen la comprensión auditiva, comprensión de lectura, interacción oral y expresión escrita en contextos médicos.
- Evaluar la interacción oral y escritura en términos de efectividad, claridad, fluidez, adecuación lingüística y el uso gramatical y de expresión.
- Evaluar la comprensión lectora y auditiva por medio de cuestionarios de preguntas abiertas, verdadero/falso, espacios en blanco, de opción múltiple.
- Identificar el nivel de competencia comunicativa en español.

Idioma: español

Nivel: C1 (MCER), 3/3+ (ILR), Avanzado (ACTFL) como requisito para ser intérprete médico profesional.

Destrezas: comprensión auditiva, comprensión de lectura, interacción oral y expresión escrita.

Grupo meta: La prueba va dirigida a empleados bilingües (inglés-español) que trabajen como intérpretes médicos (ad hoc, duales, voluntarios, intérpretes médicos profesionales etc.).

B. Evaluación

Las destrezas de comprensión de lectura y comprensión auditiva se evaluarán cada una por medio de un cuestionario de 10 preguntas. La evaluación de las destrezas de interacción oral y expresión escrita se realizarán por medio de rúbricas.

La calificación de las pruebas de comprensión de lectura y escucha se realizará de la siguiente forma:

- A: Entre 10 a 9 respuestas correctas.
- B: Entre 8-7 respuestas correctas.
- C: Entre 6-5 respuestas correctas.
- D: Entre 4-3 respuestas correctas.
- E: Entre 3-2 respuestas correctas.

Para los exámenes de interacción oral y expresión escrita se usarán dos rúbricas diferentes. La rúbrica de la interacción oral tiene 5 descriptores que se calificarán con los siguientes niveles de desempeño: Excelente (5 puntos), Muy bueno (4 puntos), Aceptable (3 puntos), Bajo (2 puntos), Muy bajo (1 punto). La calificación final será así:

A: 40 a 36 puntos

B: 35-31

C: 30-26.

D: 25-21

E: 20-8

La rúbrica de expresión escrita tiene 7 descriptores que se calificarán con los mismos niveles de desempeño de la prueba oral. La calificación final será de la siguiente forma:

A: 45-39

B: 39-33

C: 32-26

D: 25-19

E: 18-9

Los pesos porcentuales para cada prueba para destreza son los siguientes:

-Interacción oral: 35 %

-Comprensión auditiva: 30 %

-Comprensión lectora: 20 %

-Expresión escrita: 15 %

Las pruebas se ponderaron de esta forma porque la destreza más importante en la interpretación es la interacción oral, que a su vez depende mucho de la comprensión auditiva.

La equivalencia entre los resultados obtenidos y los niveles de competencia en la escala ILR será:

-ILR 3+: Puntaje entre 100 % al 90 %

-ILR 3: Entre 89 % y el 80 %.

-ILR 2+: 79 % y 70 %.

-ILR 2: Entre 69 % y 60 %

-ILR1+/1/0 Debajo del 59 %

Los niveles de competencia obtenidos en la prueba servirán como prerrequisitos para trabajo, formación y certificación en los siguientes niveles de interpretación médica:

- ILR 3+: Intérprete médico profesional avanzado.
- ILR 3: Intérprete médico profesional.
- ILR 2+: Interprete médico de desempeño limitado alto.
- ILR 2: Intérprete médico de desempeño limitado bajo.
- ILR 1+/1/0: Intérprete médico con desempeño mínimo o con desempeño nulo.

C. Información Biográfica

Nombre:	Fecha examen:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Hombre Mujer
País de Nacimiento:	Edad al llegar a los Estados Unidos:
¿Sus padres han nacido en un país hispano?	
¿Se hablaba español en casa cuando usted era pequeño?	
Años de estudio en inglés: Primarios_____ Secundarios_____ Universitarios_____	
Años de estudio en español : Primarios_____ Secundarios_____ Universitarios_____	
Profesión:	
¿Dónde trabaja y qué labor desempeña?	
¿Cuál es el idioma que más domina?	
¿Cuál es el idioma que más usa?	
¿Considera que el español es importante para su desarrollo profesional?	
¿Le gustaría que sus hijos hablaran español?	
¿Cómo considera su español (Excelente, Bueno, Regular, Bajo)?	
¿Qué le falta para que su dominio del español sea mejor?	
¿Ha trabajado como intérprete médico?	
¿Ha tomado un curso de formación para intérprete médico?	
¿Ha recibido una certificación?	
¿Su labor de intérprete es casual?	
Además de sus funciones regulares de trabajo, ¿le exigen trabajar como intérprete?	
¿Trabaja como intérprete voluntario?	
¿Trabaja como intérprete independiente o para una agencia de interpretación?	

¿Le es difícil entender la población latina de comunicación limitada en inglés que atiende?

¿Qué es lo más difícil de entender?

¿De qué nacionalidades son los pacientes que más atiende?

D. Prueba de comprensión auditiva¹⁸

Tarea: Presentar un diálogo entre un paciente y un profesional de la salud y otro diálogo sobre una conferencia médica. El audio se podrá escuchar solamente 2 veces. El diálogo puede darse en diferentes acentos y niveles de registro.

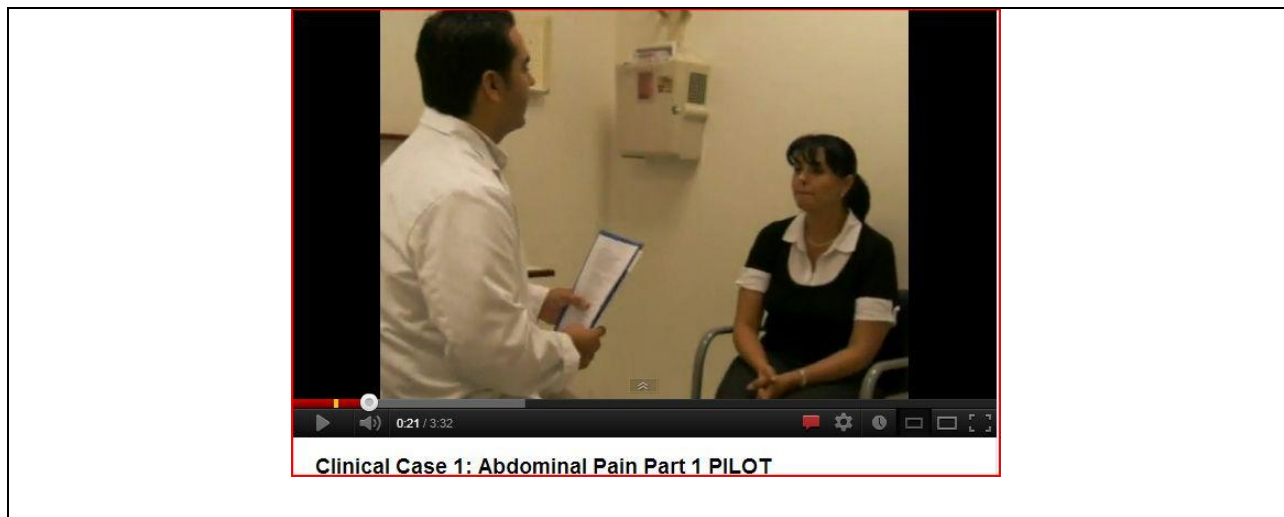
Duración: 40 minutos.

Parte I

Descripción: Ver una conversación entre un médico y un paciente para contestar unas preguntas de comprensión auditiva.

Material: Ver el video sobre el dolor abdominal en el siguiente vinculo, <http://www.youtube.com/watch?v=0XZmyYKMF3s&feature=fvwwel>. También se puede descargar en:

<https://skydrive.live.com/redir?resid=F730FD455087AD30!141&authkey=!APtJsBQyjhj2h90>



¹⁸ La estructura de las pruebas de la comprensión oral y lectora es una modificación y adaptación de las pruebas TOA's de la organización The Foreign Language Educators of New Jersey. <http://flenj.org/CAPS/toas.shtml>

Transcripción del video

Paciente: Adelante

Doctor: ¿Señora María Cristina Acosta?

Paciente: Sí, soy yo.

Doctor: ¿Qué tal?, buenas tardes.

Doctor: Mucho gusto, Sra. Acosta. Yo soy el doctor Miguel Castillo y voy a ser su médico el día de hoy.

Paciente: Gracias, doctor.

Doctor: A ver, dígame, señora Acosta ¿en qué le puedo ayudar el día de hoy?

Paciente: Pues, doctor tengo un dolor como de estómago.

Doctor: ¿Me puede señalar exactamente dónde tiene ese dolor de estómago?

Paciente: Umm. Aquí, en la boca del estómago. En la boca del estómago, sí.

Doctor: ¿Cuándo le comenzó este dolor?

Paciente: Hace como...Ya llevo como seis meses con este dolor, sí.

Doctor: Ok. ¿Este dolor ha sido constante o viene o va?

Paciente: A veces viene, a veces va.

Doctor: Muy bien. En una escala del uno al diez: siendo uno el dolor más ligero y el diez el dolor más fuerte de su vida. ¿Qué tanto diría que le duele esto?

Paciente: Ay, doctor, yo creo que umm...cuando me da fuerte llega a siete y cuando como va pasando baja a tres.

Doctor: ¿Es la primera vez que le da este dolor?

Paciente: No, ya, ya; bueno en estos seis meses, si este dolor me empezó hace seis meses.

Doctor: Eh, ¿el dolor se le va a un lugar?

Paciente: No, no.

Doctor: ¿Se le queda fijo en la boca del estómago?

Paciente: Sí, está todo el tiempo aquí.

Doctor: Este dolor, ¿me lo puede describir como siente?

Paciente: Es como...como que me arde. De como si tuviera una plancha ¡Quema!

Doctor: ¿Y ha notado cuándo le empieza el dolor?

Paciente: Pues, cuando estoy en ayunas, se pone, se pone peor. Y casi cuando tengo, cuando aguanto hambre.

Doctor: ¿Hay una comida que haga que le duela?

Paciente: Así como la comida ácida, a veces. El chile, a veces un poco, la comida con grasa también

Doctor: ¿Hay algo que usted note que haga que el dolor se haga más fuerte?

Paciente: No, esas comidas y aguantar hambre.

Doctor: ¿Hay algo que haga que el dolor se desaparezca o se haga más pequeño?

Paciente: Cuando como comidas ligeras, por ejemplo un pollo o algo así me siento mejor. Y también Pepsi, tomo Pepsi.

Doctor: ¿Algo que usted haya notado que acompañe el dolor? Que le dé náusea por ejemplo.

Paciente: ¡Ah! como no. Que se me devuelve las agruras. La comida se me devuelve, sí.

Doctor: Siente que cómo le quema esta parte.

Paciente: Como que sí, como que la comida se devuelve, sí.

Doctor: ¿Ha vomitado?

Paciente: No.

Doctor: ¿Ha tenido fiebre?

Paciente: No.

Doctor: ¿Escalofríos?

Paciente: No.

Doctor: ¿Ninguna, ninguna otra cosa le acompaña este dolor?

Paciente: No.

Doctor: Ok, ahora me gustaría hacerle un poco de preguntas acerca de su historia médica. ¿Está bien con usted?

Paciente: Sí.

Examen

1. ¿En qué parte tiene el dolor la paciente?

a. En la espalda. b. En la cabeza. c. En las piernas. d. En los brazos.

2. ¿Desde cuándo empezó el dolor?

a. Un mes. b. Dos meses. c. Una semana. d. Seis meses.

3. ¿A qué se refiere la paciente cuando dice que tiene una plancha?

-
4. ¿A qué nivel llega el dolor más fuerte en la paciente? ____
5. Defina la frase: “A veces viene a veces va”

Parte II.

Descripción: Escuchar un video, sin verlo, sobre una conferencia sobre el control del estrés. Después, va a contestar unas actividades de comprensión auditiva.

Material: Encontrar el video “Cómo controlar el estrés. Clínica Santa María” en el enlace http://www.youtube.com/watch?v=Jl_gDVB0DJQ. También se puede descargar en:

<https://skydrive.live.com/redir?resid=F730FD455087AD30!142&authkey=!ALgsv8EKGSuEmUM>



Transcripción del video

Como controlar el estrés. Clínica Santamaría

Tenemos que pensar que la palabra estrés, es tensión, es como el amortiguador que ya no funciona. Es como el resorte que de tanto funcionar, *ploing*, quedo, ya no da más. Y entonces el estrés puede ser, porque este amortiguador, que son nuestras defensas psicológicas, ha sido sometido durante mucho tiempo ha demasiado uso sin un chequeo. O ha sido sometido de una sola vez a una presión intensa, de ahí tenemos el estrés postraumático.

Antiguamente se llamaba síndrome general de adaptación que primero es un estado de alerta que el cuerpo, eh, el organismo reacciona frente a una amenaza. Y después entonces este síndrome general de adaptación, si la amenaza es mantenida se produce un agotamiento, un colapso. Y

entonces nuestro organismo va respondiendo a eso. Pero muchas veces nuestro organismo ya no registra bien y algo muy pequeño lo lee como una amenaza muy grande. Nos angustiamos a veces ante situaciones que no eran para tanto. Y hay distintos modos de reaccionar ante el estrés. Para una persona que es operada de los nervios, como dice uno que se estresa muy poco, puede que algo sea muy tranquilo y que encuentre que la otra persona es exagerada. Hay personas muy sensibles que una cosa chiquitita se constituye un problema tremendo. Nadie es igual a otro, todos somos distintos. Entonces ustedes tienen que pensar que el estrés es cuando un ser humano reacciona como para la guerra, digo yo. Es decir, el cuerpo reacciona preparándose para la lucha.

Tenemos, trastorno de la conducta alimentaria, falta de apetito, o comer mucho o comer desordenado. Todo lo que son los trastornos gastrointestinales, colon irritable, úlcera. Hay personas que vomitan fácilmente, hay personas que tienen colitis frecuente y es sin ninguna causa orgánica, de puro nervio. En la parte cardíaca, ahora que estamos en el mes del corazón cierto, arritmias, taquicardia, hipertensión arterial, infartos. Y a nivel de lo que es piel, uñas, pelo, tenemos la psoriasis que es un *descascamiento* de la piel a nivel de articulaciones, de codos de rodillas. Que es una enfermedad crónica, pero que las personas que la tienen saben que en periodos de estrés aumenta. El vitíligo, esta enfermedad psicósomática que es manchitas blancas de la piel, se despigmenta la piel, parece como una piel de tigre y afecta mucho la autoestima de las personas también. Las disfunciones sexuales, falta de apetito sexual, disfunción eréctil, eyaculación precoz, disfunción orgásmica, que cuesta alcanzar el orgasmo. *Anhedonia*, viene de la falta de placer. Hedonismo es placentero, *anhedonia* sin deseo sexual. Y esto puede ser *anhedonia* en hombres o en mujeres.

Ahora vamos a hablar de las estrategias del afrontamiento del estrés. Primero, autoconocimiento, es decir, yo tengo que monitorearme, conocerme; estoy nerviosa, estoy preocupada, tengo miedo, estoy más triste que otras veces. Entonces analice la causa o el origen, identificar el agente estresor. Siempre que uno hace un alto en el camino, siempre que uno hace una evaluación salen cosas buenas. De las crisis hay cambio, como que hay que sacarse el ropaje para ponerse otro, renovarse. Esa es una de las características de la *resiliencia*, la capacidad de adaptarse al estrés, de transformar un fracaso una crisis en una oportunidad. Y eso lo vemos mucho en las personas que han sufrido cáncer. Entonces establezca prioridades, hay unas cosas que son más importantes que otras, pero queremos hacerlo todo, rendir todo. Y en una mañana ir a trabajar y pagar las cuentas, y hacer un informe. O si es en la casa, limpiar todos los clósets, ir a la feria, supermercado, cocinar, etc. Elimine obligaciones innecesarias, a veces tenemos un sentido del deber y no delegamos. Porque uno cree que lo puede hacer mejor que lo que puede hacer la otra persona. Entonces no soltamos la cocina, por ejemplo. Hay señoras que no dejan que nadie entre en su cocina. Y las hijas y las nietas no aprenden a cocinar. “No deje para mañana lo que puede hacer hoy”, hay un término que se llama *procastinación*, y es que uno aplaza las cosas, sabe que tiene que hacerlas y no las hace, porque le da lata, le molesta. Sabemos que tenemos que hacerle una visita a un familiar y no lo hacemos. O que tenemos que ordenar algo o solucionar o hacer un trámite. Y eso sucede mucho con los adolescentes, con las pruebas, con las clases que puede llegar el fin de semestre y se vio que faltaron a clase y no estudiaron para las pruebas. Es como que ya lo voy a hacer, ya chutear las cosas para adelante. Es como dos extremos esto que estamos hablando, porque una cosa es hacer listas de todo. Hay personas que son muy obsesivas, hacen una lista muy exhaustiva de todo lo que tienen que hacer. Y hay otros que no hacen nada, ni

hacen lista ni nada y también se estresan, porque después se le viene todo encima. Entonces en esto, cómo hacer la justa medida y lo que le conviene a cada cual. Hay personas metódicas, ordenadas, perseverantes, no, que hacer la lista les viene bien; y no se estresan si de diez cosas hicieron cinco. Sacan otra lista, pasan las cinco que no hicieron y siguen con eso. Esto es importante, ser agradecido. Una actitud agradecida ayuda a pensar de forma positiva. Entonces esto del vaso medio lleno y no medio vacío no es muy científico, pero sirve. El vaso cuando esta con la mitad de agua, hay personas que dicen: *no, hay agua todavía queda, que rico agua fresquita*. Todo eso pasa con nuestra visión de la vida. En cambio, hay otras personas que se centran en lo vacío, en lo que no hay y dicen: *pucha no va a faltar agua y quien se habrá tomado el otro*. Están centrándose entonces en lo que no hay. La parte anterior era como del autoconocimiento, la parte intelectual, como conocerse como manejar algunas variables.

Esto es auto-cuidado, querernos y cuidarnos, que va desde dormir, chequeos médicos, alimentación adecuada, ejercicio. Veamos dice, tome descansos confortables, garantice el tiempo para su recreación. Hay que tener espacio, trabajar cuatro horas, un break de quince minutos y así. Porque si uno trabaja todo de corrido, sin descanso, la calidad del trabajo después no es buena. *Duerma lo necesario, ¿Cuánto es?* Esto depende de cada persona. Hay personas que con seis horas quedan muy bien, hay otras personas que necesitan ocho o nueve horas. Se supone que en la medida que vamos viviendo más necesitamos menos horas de descanso, pero depende de cada persona. Lo importante es que el sueño sea reparador.

La tecnología nos abruma y tenemos adolescentes que están hasta a las una o dos de la mañana chateando o bajando música, aislándose. Practique ejercicios físicos sistemáticos, tiene que ser 45 minutos tres veces a la semana. Caminata enérgica, nado, bicicleta, subir un cerro. Hay que hacerlo.

Vive como si fueras a vivir mañana, es decir, disfrutar hoy, vivir intensamente. Pero planifica como si fueras a vivir cien años, cuidarse su salud, que ese es nuestro principal capital nuestro cuerpo. Que a veces nos preocupamos de otras cosas materiales y no nos preocupamos de nuestro cuerpo y cuando nos hace patatús, ahí nos arrepentimos.

Examen

1. Defina el estrés en sus propias palabras.
2. Defina el significado de disfunción sexual.
3. ¿Qué significa “patatús”?
4. Enumere 4 efectos del estrés sobre su salud
5. Por contexto encuentre el significado de la siguiente expresión que usa la sicóloga Pilar Bustamante en el video: “Hacer un alto en el camino”.

E. Prueba de comprensión lectora

Tarea: Leer un artículo sobre salud.

Descripción: Leer un artículo sobre una enfermedad. Después, se realizarán actividades de comprensión lectora.

Materiales: Leer el siguiente artículo “Artritis Psoriásica” del portal *MedicinePlus* del Instituto Nacional de La Salud del Gobierno de los Estados Unidos en el enlace:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000413.htm>

The screenshot shows the MedlinePlus website interface. At the top, there is the MedlinePlus logo with the tagline 'Información de salud para usted' and the text 'Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. NIH Institutos Nacionales de la Salud'. Below the logo are navigation links: 'Página Principal', 'Sobre MedlinePlus', 'Índice', 'FAQs', and 'Contáctenos'. A search bar is labeled 'Busque en MedlinePlus' with a 'BUSCAR' button. There are three main navigation buttons: 'Temas de salud', 'Medicinas y suplementos', and 'Videos y multimedia', along with an 'ENGLISH' button. The main article title is 'Artritis psoriásica'. Below the title is a brief description: 'Es un tipo de artritis que a menudo ocurre con psoriasis de la piel.' The article is organized into sections: 'Causas', 'Síntomas', and 'Pruebas y exámenes'. The 'Causas' section explains that psoriasis is a chronic skin condition that causes red patches on the body, and that about 1 in 20 people with psoriasis develop arthritis. The 'Síntomas' section notes that the arthritis can be mild, affecting only a few joints, or severe, affecting many joints, including the spine. The 'Pruebas y exámenes' section mentions that people with both conditions often have changes in the skin and nails. On the right side, there are three sidebar sections: 'Temas de MedlinePlus' with links to 'Artritis' and 'Psoriasis'; 'Imágenes' with two images showing 'Psoriasis guttata en los brazos y el tórax' and 'Psoriasis guttata en la mejilla'; and 'Lea más' with links to 'Artritis', 'Crónico(a)', and 'Espondilitis anquilosante'.

Texto

Artritis Psoriásica

Es un tipo de artritis que a menudo ocurre con psoriasis de la piel.

Causas

La psoriasis es una afección cutánea crónica y común que produce parches rojos en el cuerpo. Alrededor de 1 de cada 20 personas con psoriasis desarrollará artritis con la afección cutánea. En la mayoría de los casos, la psoriasis se presenta antes que la artritis.

La causa de la artritis psoriásica se desconoce, pero los genes pueden estar involucrados.

Síntomas

La artritis puede ser leve y comprometer sólo unas cuantas articulaciones, particularmente aquellas al final de los dedos de las manos o de los pies.

En algunas personas, la enfermedad puede ser grave y afectar muchas articulaciones, incluida la columna vertebral. Cuando la columna vertebral resulta afectada, los síntomas son rigidez, ardor y dolor, con mayor frecuencia en la región lumbar y el sacro.

Las personas que también tienen artritis suelen presentar cambios en la piel y las uñas por la psoriasis. Con frecuencia, la piel empeora al mismo tiempo que la artritis.

Pruebas y exámenes

Durante un examen físico, el médico buscará:

- Inflamación de las articulaciones
- Parches cutáneos (psoriasis) y hoyuelos en las uñas
- Sensibilidad

Se pueden tomar radiografías de la articulación.

Tratamiento

El médico puede prescribir antiinflamatorios no esteroides (AINES) para reducir el dolor y la inflamación de las articulaciones.

La artritis más grave requiere un tratamiento con fármacos más potentes llamados medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés), tales como:

- Leflunomida
- Metotrexato
- Sulfasalazina

Nuevos medicamentos que bloquean una proteína inflamatoria, llamada factor de necrosis tumoral (FNT), se están convirtiendo en la opción de tratamiento para la artritis psoriásica. Estos medicamentos abarcan:

- Adalimumab (Humira)
- Certolizumab (Cimzia)
- Etanercept (Enbrel)
- Golimumab (Simponi)
- Infliximab (Remicade)

Algunas veces, se pueden inyectar medicamentos esteroides en las articulaciones muy dolorosas.

En casos excepcionales, los pacientes necesitan cirugía para reparar o reemplazar las articulaciones lesionadas.

El médico puede aconsejar una mezcla saludable de descanso y ejercicio. La fisioterapia puede ayudar a incrementar el movimiento de articulaciones específicas. También se puede utilizar la terapia de calor y frío.

Pronóstico

La enfermedad a menudo es leve y afecta sólo unas pocas articulaciones. Unas pocas personas presentarán artritis psoriásica grave en las manos, los pies y la columna que ocasiona deformidades.

En las personas con artritis grave, el tratamiento aún puede aliviar el dolor y prevenir la destrucción de la articulación, especialmente si se inicia a tiempo.

Cuándo contactar a un profesional médico

Solicite una cita médica si se desarrollan síntomas de artritis junto con psoriasis.

Nombres alternativos

Artritis soriásica

Examen

a. Idea principal.

1. Defina en sus propias palabras la artritis psoriásica.

b. Analizar ideas secundarias.

Responda verdadero o falso a las siguientes preguntas. Justificar las respuestas, copiando la información del texto donde se indica que la frase es verdadera o falsa

1. Las causas de la artritis psoriásica están completamente identificadas.
2. Toda persona que padece de psoriasis va a desarrollar en un futuro artritis.
3. En general la enfermedad presenta síntomas leves.

4. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) bloquean una proteína inflamatoria, llamada factor de necrosis tumoral (FNT).
5. En la mayoría de los casos en que los pacientes presentan esta enfermedad se necesita cirugía.
6. Los síntomas más comunes de la enfermedad son placas enrojecidas de la piel e hinchazón de las coyunturas
7. Si una persona padece de artritis psoriásica, entonces es bastante seguro que sus articulaciones van a deformarse.

c. Explicar por contexto.

Su compañero de clase no entiende las siguientes palabras del artículo, por favor explíqueselas de tal forma que él las pueda entender.

8. Afección cutánea.
9. Pronóstico.
10. Fisioterapia.

F. Prueba de Interacción Oral¹⁹

Tarea: Entrevista y un juego de rol paciente-profesional médico.

Descripción: El evaluador realizar una entrevista estructurada de sus antecedentes, historial familiar, procedencia, etc. Luego se realizará un juego de rol en que se simula un encuentro entre un paciente y un cardiólogo.

Parte I: Entrevista estructurada de los antecedentes de los evaluados.

Parte II: En este juego de rol se simulará un juego de rol entre paciente y un profesional médico. El evaluador escogerá que rol tendrá usted. Y le pasará una tarjeta donde le explica su tarea.

Rol de Paciente: Usted es un paciente de 45 años que hace dos semanas sufrió un ataque cardiaco. Usted está muy preocupado porque no sabe cuánta actividad física realizar. Además tiene miedo de sufrir otro ataque cardiaco.

¹⁹ La prueba de la interacción oral está basada ligeramente en la organización OET (<http://www.occupationalenglishtest.org/Display.aspx?tabid=2425>), aunque la evaluación se realiza con unas rúbricas adaptadas de la organización The Foreign Language Educators of New Jersey.

Tareas:

- Expresa sus preocupaciones al médico.
- Pídale al médico que le aconseje las actividades físicas que puede realizar.
- Pregúntele cuándo puede ir a trabajar.
- Pregúntele qué cambio de hábitos tiene que realizar para evitar otro ataque al corazón.

Rol de Doctor: Usted es un médico cardiólogo que tiene un paciente que fue dado de alta hace 4 días después de sufrir un infarto al miocardio. La recuperación del paciente ha sido satisfactoria, pero el paciente está muy preocupado por su futuro.

Tareas:

- Deduzca que le preocupa al paciente.
- Dígale que puede presentarse algún cansancio y fatiga que pueden durar varios días.
- Explique la importancia del ejercicio moderado para la salud.
- Muestre comprensión con el paciente e indíquele cuándo puede realizar ejercicio moderado.
- Explíquele qué cambios puede hacer en su estilo de vida: tener una dieta baja en sal y calorías, relajarse para reducir el estrés, etc.

Evaluación: La evaluación de esta parte se realizará mediante la siguiente rúbrica²⁰.

Calificación Desempeño	5	4	3	2	1
Descriptor	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Bajo	Muy Bajo
1. Puede hablar con cadenas de oraciones simples y complejas.					
2. Se le entiende bien lo que dice.					
3. Comprende bien lo que escucha.					
4. Usa un vocabulario apropiado y adecuado al tema.					
5. Pregunta y contesta para mantener la conversación. Busca clarificar cosas que no entiende. Usa estrategias para ser entendido.					
6. Demuestra una apropiada competencia cultural.					
7. Grado de interferencia del inglés en el español.					

²⁰ -La rúbrica de evaluación para la parte oral es una adaptación y modificación de las rúbricas de la organización The Foreign Language Educators of New Jersey (FLENJ). <http://flenj.org/CAPS/?page=147>

8. Demuestra efectividad en la comunicación a pesar de otras limitaciones.					
--	--	--	--	--	--

Comentarios

G. Prueba de expresión escrita

Tarea: Redactar una carta o correo electrónico con un tema de salud que tenga una extensión entre 180 a 200 palabras.

Descripción: Vilma tiene 19 años y está en el primer semestre de la universidad. Debido a la carga académica está muy estresada. Usted es su amigo y además es enfermero. Escríble un correo electrónico con las pautas siguientes:

- Consejos para controlar el estrés.
- Formas de relajarse.
- Administración del tiempo.
- Consecuencias de tener malos hábitos.

Evaluación: La evaluación de la parte escrita se realizará mediante la siguiente rúbrica²¹:

Calificación Desempeño	5	4	3	2	1
Descriptores	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Bajo	Muy Bajo
1. Usa un vocabulario variado y apropiado.					
2. Se le entiende fácilmente lo que escribe. Las ideas son claras.					
3. Puede escribir oraciones simples y complejas.					
4. Escribe oraciones precisas, simples y complejas,					

²¹ La rúbrica de evaluación para la parte escrita es una adaptación y modificación de las rúbricas de la organización The Foreign Language Educators of New Jersey (FLENJ). <http://flenj.org/CAPS/?page=147>

adecuadas al contexto comunicativo					
5. Toma riesgos, usa el humor, da ejemplos reales y el mensaje es adecuado a la edad de Vilma.					
6. El mensaje está organizado de manera lógica. Tiene una introducción y cierre. Tiene una progresión lógica.					
7. El vocabulario y las frases usadas son apropiadas al contexto cultural.					
8. Grado de interferencia del inglés en el español.					
9 Demuestra efectividad en la comunicación a pesar de otras limitaciones.					

Comentarios

8.2 Anexo 2. Unidad IPA: Conseguir la información del paciente²².

Proceso: Consulta Externa

Nivel: Nivel 2 de la escala ILR.

Descripción: En el consultorio usted es el encargado de preguntar al paciente la información necesaria para rellenar el formulario del historial médico.

Tarea 1: Utilizar Internet y averiguar cuáles son las preguntas más frecuentes que se utilizan en español para realizarle a un nuevo paciente. Averigüe cuáles formularios se utilizan en un hospital o clínica. ¿Qué información es la más relevante en un historial médico? ¿Qué vocabulario es el más utilizado?

Destrezas: Comprensión lectora y auditiva.

Tarea 2. Utilizar el siguiente formulario para escribir lo que tiene que preguntarle al paciente.

Destrezas: Interacción escrita.

Datos	Preguntas
Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento	
Sexo	
Dirección	
Seguro médico	
Teléfono	
Medicinas que toma	
Alergias	
Fuma, bebe, usa drogas	
Otra información a saber	

Tarea 3. Haga pareja con un compañero y llene el formulario médico con la información requerida. La tarea se realizará sin leer las preguntas de una forma natural y espontánea.

Destrezas: Interacción oral y escrita.

²² La unidad IPA está basada ligeramente en un ejemplo del inglés médico del sitio web Hospitalenglish, y que se adaptó y modificó para los propósitos de esta memoria. La rúbrica es una modificación de las rúbricas de FLENJ. http://www.hospitalenglish.com/procedures/procedures_gettingpatientinfo.php

Evaluación: Solamente se evaluará la tarea 3 y se realizará mediante la rúbrica descrita abajo Las asignaciones numéricas de las escalas en la rúbrica son:

- Excelente: 4 puntos.
- Buena: 3 puntos.
- Regular: 2 puntos.
- Baja: 1 punto.

La unidad será aprobada si obtiene en la rúbrica un total de 21 puntos.

Rúbrica de Interacción Oral y Escrita

	Excelente	Buena	Regular	Baja
1. Puede hablar con cadenas de oraciones simples y complejas.				
2. Se le entiende bien lo que dice.				
3. Comprende bien lo que escucha.				
4. Usa un vocabulario apropiado y adecuado.				
5. Pregunta y contesta para mantener la conversación. Busca clarificar cosas que no entiende. Usa estrategias para ser entendido.				
6. Demuestra una apropiada competencia cultural.				
7. Entiende bien lo que escucha y lo escribe correctamente en el formulario.				

8.3. Anexo 3. Competencias Básicas para los Intérpretes Médicos (Refki et al, 2012:32-38)(Traducción nuestra)

Base de Conocimientos

Dominio 1: El contexto de la Interpretación Médica: Requisitos generales, normativos y jurídicos.

Requisitos Generales:

- Demostrar poseer el conocimiento y la comprensión básicos del sistema sanitario estadounidense, que incluyen los beneficios públicos, los procedimientos y terminología de los seguros médicos; así como los procedimientos de derivación de los servicios en un hospital.
- Demostrar los conocimientos de las barreras institucionales que impiden a las personas acceder a los servicios médicos.

Requisitos Normativos:

- Demostrar el conocimiento de los estándares pertinentes a una prestación de servicios sanitarios apropiados cultural y lingüísticamente (estándares CLAS). Además, tener conocimiento de los estándares relacionados con la prestación de servicios de acceso lingüísticos y cómo los estándares CLAS se implementan y cumplen.
- Entender la Declaración de los Derechos de los Pacientes y demostrar conocimiento de las responsabilidades de los pacientes.

Requisitos Jurídicos:

- Comprender y reconocer las responsabilidades legales sobre el mantenimiento de la confidencialidad y el manejo de la divulgación de información necesaria; que incluyen la confidencialidad y la notificación obligatoria de información (federal, estatal y organizacional).
- Demostrar conocimiento de las regulaciones HIPPA y su aplicación en la profesión de intérprete médico.
- Entender los parámetros legales generales de los servicios de acceso lingüísticos, como también la legislación local, estatal y federal.

Dominio 2: La interpretación médica profesional.

Funciones y Responsabilidades del Intérprete:

- Comprender y describir las funciones básicas de interpretación y las funciones frecuentemente realizadas por los intérpretes: canalizador de la voz y palabras dichas por los participantes de la conversación, clarificador que interviene para verificar y validar el entendimiento, y agente cultural que enlaza las culturas de los participantes y facilita la comprensión de los malentendidos culturales.

- Comprender los principios de defensa (*advocacy*) y cuándo utilizarlos para proteger a los individuos del maltrato y el abuso.
- Reconocer la importancia de ser fiel al significado, que incluye el contenido ofensivo.
- Entender el concepto transparencia en la consulta clínica.
- Entender los desafíos de asumir funciones duales, por ejemplo, el de servir como profesional de atención de la salud e intérprete.

Estándares y Límites del Intérprete:

- Reconocer los principios éticos en el Código de Ética y las Normas de Procedimiento del Consejo Nacional de Interpretación en el Cuidado de la Salud.
- Entender el significado de la confidencialidad del intérprete.
- Entender los posibles conflictos de interés y reconocer cuándo no realizar un trabajo.

Dominio 3: Conocimiento de la terminología médica y del cuerpo humano.

- Conocer los términos claves relacionados con los sistemas básicos del cuerpo humano: anatomía, fisiología, las enfermedades, especialidades y tratamientos.
- Conocer los equipos médicos, exámenes y las categorías de los medicamentos.
- Comprender la construcción de términos médicos, por ejemplo sufijos y prefijos.
- Conocimiento básico de anatomía y fisiología como también el entender los sistemas de cuerpo humano y sus funciones.

Dominio 4: Cultura

- Entender el concepto de cultura y cómo afecta al cuidado médico.
- Conocer su herencia cultural y cómo afecta su propio comportamiento y pensamiento.
- Conocer cómo los prejuicios y estereotipos influyen en la interacción y comunicación.
- Conocer cómo la herencia cultural, valores, maneras de ver el mundo, prácticas de curación, estructuras familiares, jerarquías, características comunitarias y creencias de las personas a quienes se les presta el servicio de interpretación influyen sobre el cuidado médico.
- Entender la conexión entre lenguaje y cultura de los hablantes.
- Comprender la cultura biomédica (valores y creencias) del sistema sanitario de los Estados Unidos y cómo difiere de la medicina tradicional.
- Entender los retos culturales que pueden pasar con cuestiones relacionadas al final de la vida como, representantes, testamento vital y directrices anticipadas.
- Comprender cómo los diferentes niveles de aculturación pueden causar diferentes retos culturales para los grupos atendidos.

Dominio 5: Lenguaje

Técnicas lingüísticas:

- Comprender la diferencia entre verdaderos y falsos cognados (palabras en diferentes idiomas que son o parecen estar relacionadas en su significado).
- Demostrar conocimiento básico de la estructura del lenguaje (por ejemplo, la gramática, formación de palabras, orden, etc.).
- Demostrar la comprensión de los diferentes aspectos de la fluidez del idioma (acentos, registro, etc.).
- Reconocer expresiones coloquiales usadas en la medicina, así como las siglas comunes.
- Ser consciente de las diferencias regionales y dialectos en los idiomas de trabajo.

Habilidades Básicas:

El uso de protocolos en la interpretación médica:

- Presentar en formas culturalmente apropiadas.
- Presentar su rol como intérprete en situaciones variadas (en apuro, presentación completa, presentación abreviada)
- Utilizar correctamente las posiciones, miradas y estrategias de intervención.

Utilizar las diferentes técnicas interpretación y traducción:

- Capacidad de interpretar en modo consecutivo.
- Capacidad de traducir las formas de consentimiento, indicaciones de alta, indicaciones de los medicamentos dados por los proveedores sanitarios.

Mantener la exactitud e integridad:

- Poder convertir un mensaje hablado en un idioma a otro sin cambiar el significado, agregar, quitar o sustituir.
- Reconocer los errores y corregirlos adecuadamente.
- Utilizar las estrategias como pedir una pausa o aclaraciones para garantizar la exactitud del mensaje.
- Utilizar herramientas de mejoramiento de la memoria, tales como la toma de notas.
- Pedir que le aclaren de una forma culturalmente apropiada.
- Poder analizar situaciones, tomar decisiones lingüísticas que incluyan elementos paralingüísticos esenciales para la equivalencia correcta del significado del mensaje (por ejemplo, registro, estilo y tono).
- Poder interpretar mensajes difíciles y ofensivos de manera completa y exacta.

Gestionar la interacción:

- Gestionar de forma eficaz el flujo de la comunicación.

- Mantener la privacidad del paciente y la autonomía a través de la posición correcta y facilitar la comunicación directa entre el paciente y el proveedor.

Dirigir la comunicación intercultural:

- Capacidad para ayudar a los proveedores y los pacientes en la comprensión de las cuestiones culturales y aclaración de malentendidos.
- Habilidad para negociar el significado de las palabras e ideas que no tienen equivalencia en el otro lenguaje, (términos culturales, como los modismos, dichos, jergas y terminología técnica).
- Capacidad para apoyar la autonomía y el derecho a conocer del paciente mientras se respeta sus valores culturales y sistemas de creencias.

Comportamiento y toma de decisiones éticas:

- Ser capaz de mantener la neutralidad y abstenerse de emitir juicios o interponer sus creencias personales o aconsejar.

Cualidades y comportamientos profesionales:

- Respetar la dignidad de todas las partes de una manera profesional y culturalmente adecuada.
- Respetar la autonomía del paciente.
- Actuar en conformidad de los principios de honestidad, integridad, profesionalismo y responsabilidad.

Desarrollo profesional:

- Entender que la educación continuada y el desarrollo personal son necesarios para mejorar el desempeño.
- Reconocer los signos de "agotamiento profesional" y demostrar el conocimiento de estrategias de mitigación.
- Describir las técnicas de relajación, de concentración y de control del estrés