

Interpretación sanitaria para víctimas de violencia de género

Raquel Lázaro Gutiérrez*

Resumen: A pesar de que algunos proyectos a nivel mundial ya se han aproximado a la interpretación en casos de violencia de género, todavía se detecta la necesidad de ahondar sobre este objeto de estudio en el ámbito sanitario. El objetivo de este artículo es explorar las peculiaridades de las conversaciones médicas en contextos de violencia de género, que plantean dificultades específicas para los intérpretes por sus características distintivas: vocabulario especializado, uso de metáforas, contenido emocional y diferencias culturales. Mediante una metodología basada en el estudio de casos, se analizará un número reducido de conversaciones con víctimas de violencia de género extranjeras.

Palabras clave: actuación del intérprete, estudio de casos, interpretación sanitaria, sugerencias para la práctica, violencia de género.

Medical interpreting for victims of gender-based violence

Abstract: Although some research projects worldwide have already dealt with interpreting and gender-based violence, there remains a need to address this topic in greater depth in medical interpreting. The aim of this article is to explore the characteristics of medical conversations in contexts of gender-based violence, which prove to be particularly challenging for interpreters due to their specific features: specialized vocabulary, the use of metaphors, emotional content and cultural differences. A small number of conversations with foreign victims of gender-based violence is analysed following a case study methodology.

Keywords: interpreter performance, case studies, medical interpreting, practical suggestions, gender-based violence.

Panace@ 2018; XIX (47): 96-105

Recibido: 30.IV.2018. Aceptado: 31.V.2018

1. Introducción

Tanto la investigación como la formación en el campo de la interpretación en los servicios públicos han evolucionado hacia la especialización por campos. Cada vez existen más publicaciones, proyectos de investigación y propuestas de formación basados en ámbitos específicos, como la interpretación en los servicios de urgencias. En el ámbito penitenciario o, como en este caso, en el terreno de la violencia de género. De hecho, esta investigación se centra en la interpretación en este último campo y, de forma más concreta, se aproxima a la interpretación dentro el ámbito médico que se realiza para víctimas que han sufrido este tipo de violencia. Cuando son extranjeras, las víctimas son especialmente vulnerables, ya que no comparten el idioma o la cultura del país de acogida, y esto puede entablar una gran barrera en el acceso al sistema sanitario (Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño, 2015).

El objetivo principal de este trabajo es examinar las peculiaridades comunicativas que surgen en conversaciones con víctimas de violencia de género extranjeras en consultas médicas. Por ejemplo, el uso de un vocabulario especializado y metáforas, el contenido emocional y las diferencias culturales pueden suponer desafíos considerables para los intérpretes, que en la mayoría de los casos carecen de formación específica en este campo. Este objetivo puede descomponerse en varios objetivos secundarios:

- Seleccionar una serie de casos para su análisis que cumplan con las siguientes características: conversaciones en consulta médica con mujeres víctimas de violencia de género.
- Analizar de manera exploratoria dichas conversaciones para extraer sus características principales.
- Seleccionar aquellas características que implican dificultades para los intérpretes.
- Clasificar las características y describirlas.
- Ofrecer sugerencias para los intérpretes sobre el abordaje de estas dificultades.

De este modo, para explorar las características principales de las conversaciones médicas con mujeres víctimas de violencia de género se analizará un número reducido de conversaciones siguiendo una metodología basada en el estudio de casos. Los aspectos más complicados para los intérpretes se aislarán y describirán para, en última instancia, ofrecer algunas sugerencias respecto a su formación y su práctica profesional.

Este artículo, por lo tanto, se estructura en torno a un marco teórico desarrollado en las secciones 2 (sobre violencia de género), 3 (sobre interpretación en el ámbito sanitario) y 4 (sobre interpretación en los servicios públicos en casos de violencia de género). En la sección 5 se describen el objeto de estudio y la metodología de este trabajo, mientras que los

* Grupo FITISPos-UAH, Universidad de Alcalá (España). Dirección para correspondencia: raquel.lazaro@uah.es.

resultados se presentan en la sección 6. Se ofrece una pequeña discusión sobre los resultados en la sección 7 y se dedica la sección 8 a la exposición de conclusiones y la explicación de las limitaciones y las propuestas de investigación futura.

2. Violencia de género

Como afirma la Organización Mundial de la Salud (2013: 2), «la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública importante y una violación fundamental de sus derechos humanos» (traducción propia). Esto se debe a que esta violencia, ejercida por un compañero íntimo, ha alcanzado proporciones epidémicas y tiene consecuencias graves a corto y a largo plazo en la salud física, mental y reproductiva tanto de las víctimas (o supervivientes) como de sus hijos. Además, estos problemas de salud conllevan normalmente altos costes sociales y económicos. Según datos de la OMS (2013), a nivel mundial, alrededor de un 35 % de las mujeres ha sufrido violencia por parte de su pareja o violencia sexual por terceros. Aunque los datos no son precisos sobre este aspecto, se conoce que la mayoría de los casos se corresponde con violencia en el seno de la pareja. De hecho, casi un 30 % de las mujeres en todo el mundo ha sufrido violencia infligida por sus compañeros, y un 38 % de los asesinatos de mujeres se produce a manos de estos.

En cuanto a los resultados en salud, estas víctimas presentan tasas más elevadas de un gran número de enfermedades, como la depresión y la ansiedad, y, en algunas regiones, tienen más riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Por otro lado, las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de sufrir un aborto o dar a luz un bebé con bajo peso al nacer. En lo que respecta a mujeres extranjeras, la OMS indica que las situaciones de desplazamiento pueden agravar las formas de violencia existentes y dar paso a otras nuevas. Estas víctimas suelen presentar características particulares que exacerban su vulnerabilidad y aislamiento, como su bajo estado económico o laboral (normalmente dependen de sus agresores), la ausencia de una red de apoyo social (compuesta por familiares y amigos), la influencia de aspectos culturales específicos, la falta de conocimiento sobre sus derechos y los distintos servicios públicos a los que pueden acudir para obtener asistencia, una situación irregular en el país de acogida (puede que los agresores las amenacen con llevarlas a la policía), etc. (Vives Cases *et al.*, 2008, 2009). Por supuesto, una de las principales barreras en el acceso a los servicios públicos, asistencia y derechos es su (escaso) conocimiento del idioma y sobre la cultura del país de acogida (Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño, 2015), unido a que, en muchos países, la provisión de intérpretes médicos (cuando estos existen) es escasa, intermitente o no se supervisa adecuadamente, lo que conduce a una calidad asistencial pobre y a posibles resultados negativos en su salud, todo ello como consecuencia de una comunicación deficiente.

3. Interpretación en el ámbito sanitario

Precisamente, una comunicación deficiente en el ámbito sanitario impide que los profesionales de la salud presten asistencia a los pacientes de la forma más adecuada posible y de-

mostrando su nivel de competencias y habilidades (Borrell i Carriò, 2004; Taibi y Valero Garcés, 2004, Kelly y Bancroft, 2007). Recurrir a intérpretes profesionales es la herramienta más útil a la hora de superar barreras lingüísticas y comunicativas (Lázaro Gutiérrez, 2012) pero, por desgracia, en muchos países la provisión de intérpretes médicos es escasa, intermitente y se encuentra insuficientemente regulada (Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño, 2015; Abril Martí, 2015), dándose el caso de que en muchas ocasiones es el paciente el que proporciona su propio intérprete, normalmente un amigo o familiar, o incluso alguien a quien contrata de manera particular (Valero Garcés, 2002^a, 2002^b, 2010; Sánchez-Reyes y Martín Casado, 2008; Rodríguez Navaza *et al.*, 2009; Rodríguez Navaza, 2010; Lázaro Gutiérrez, 2012; Jaime Pérez, 2014; Illie, 2014). En otras ocasiones, los trabajadores bilingües (no necesariamente personal clínico, sino personas que proporcionan otros servicios, como jardineros o personal de la limpieza) colaboran en la comunicación, o también puede darse el caso de que algunas ONG envíen voluntarios, que puede que no hayan recibido formación específica o no estén cualificados (Morera Montes *et al.*, 2009; Aguilera y Toledano, 2013). A veces, de hecho, puede ocurrir que la única persona que se encuentre disponible para actuar como puente lingüístico sea el mismo agresor (Abril Martí, 2015).

La interpretación en el ámbito sanitario presenta sus propias características dentro de la interpretación en los servicios públicos, que la diferencian de aquella que se lleva a cabo en otros campos, como el legal. El intérprete médico suele ser un miembro del equipo interdisciplinario que asiste al paciente y, especialmente en los casos de violencia de género, juega un papel esencial a la hora de descubrir la situación de este. Así pues, los intérpretes médicos no son simples transmisores de información, sino agentes activos que utilizan su conocimiento lingüístico y cultural para obtener información del paciente y transmitirla a otros miembros del equipo interdisciplinario formado por personal clínico y asistencial (Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño, 2015).

Normalmente, la aproximación a la violencia de género en el ámbito médico se regula a través de protocolos en los que se deja muy claro el papel activo que deben adoptar los distintos agentes que atienden a las víctimas para descubrir nuevos casos y protegerlas. Por otro lado, las víctimas extranjeras, como se ha mencionado previamente, presentan características determinadas que las hacen más vulnerables. Estas dos razones van a requerir que el intérprete sanitario desarrolle un esfuerzo añadido para romper barreras lingüísticas y culturales, por lo que se hace imprescindible que haya recibido una formación adecuada para enfrentarse a este desafío y ser capaz de desarrollar su papel de la forma más adecuada y efectiva.

4. Interpretación en servicios públicos en contextos de violencia de género

La OMS (2013) relaciona un mayor riesgo de experimentar violencia de género con casos de desplazamiento, y, como se ha mencionado anteriormente, las mujeres extranjeras

afectadas normalmente presentan características específicas que incrementan su estado de vulnerabilidad y aislamiento (Vives Cases *et al.*, 2008, 2009). Abril Martí (2015) hace alusión a un buen número de riesgos sociales, culturales, personales, psicológicos y emocionales que presentan las mujeres extranjeras que han sido víctimas de violencia de género. Por ejemplo, el entorno social de estas mujeres es normalmente reducido y, en gran medida, está vinculado al del agresor, por lo que puede que para las víctimas resulte más difícil encontrar apoyo a la hora de denunciar su situación. Por otro lado, el sentimiento de pérdida (López, 2007; Toledano y Fernández, 2012) que experimentan los inmigrantes, que incluso puede llegar al desarrollo del síndrome de Ulises, agrava el impacto emocional de la violencia de género. No denunciar la violencia de género en etapas iniciales solo empeorará la situación mental y física de la víctima, que se sentirá cada vez más sola y aislada, e incluso puede que experimente sentimientos de desesperación, pensamientos suicidas o disociación en todas sus formas.

La falta de conocimiento sobre las instituciones, los servicios e incluso sus derechos (Hale, 2011) en la sociedad de acogida también juega un papel importante y es, en muchas ocasiones, una de las consecuencias de la falta de capacidad de estas mujeres para comunicarse en el idioma del país receptor. Otras razones se encuentran relacionadas con las diferencias entre los valores culturales de las sociedades de origen y de acogida o aquellas diferencias respecto a la provisión y función de servicios e instituciones que se ocupan de la violencia de género, así como una falta de concienciación, preocupación y empatía por parte de los proveedores de servicios (Amnistía Internacional, 2012; OMS, 2013).

La barrera del idioma no solo impacta en el acceso a los servicios y a la información, sino que también afecta en gran medida a la manera en que las víctimas extranjeras de violencia de género presentan su situación para obtener ayuda y apoyo. Cala Carrillo (2012) y Abril Martí (2015) señalan la falta de dominio del idioma y la escasa competencia comunicativa como factores que afectan la credibilidad de las víctimas de forma negativa, lo que complica aún más que puedan obtener una orden de alejamiento. En el ámbito sanitario tienen lugar situaciones parecidas cuando se evalúa a la víctima durante la fase de anamnesis, necesaria no solo para descubrir la situación de violencia, sino para también determinar la existencia de violencia como paso previo a la emisión de un parte médico de lesiones.

Como se menciona en Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño (2015), los intérpretes que actúan en contextos de violencia de género deben interpretar con exactitud todas las preguntas que se planteen a la víctima, prestando especial atención al estilo de estas, que han sido diseñadas cuidadosamente. Los intérpretes, además, deben poseer un buen conocimiento sobre las estructuras más frecuentes en este tipo de interacciones (preguntas, narrativas, explicaciones, etc.), la naturaleza de los encuentros y las peculiaridades pragmáticas del discurso (metáforas, uso de empatía), entre otras muchas habilidades que menciona Inglis (Iliescu, 2001), como un uso correcto de la sintaxis, la gramática y la pragmá-

tica y un conocimiento cultural profundo (Lázaro Gutiérrez y Sánchez Ramos, 2015). Por otro lado, en muchas ocasiones el intérprete es el único individuo de la interacción capaz de descubrir información respecto a emociones, miedos o actitudes por parte de la víctima, pero esto solo es posible si posee un conocimiento adecuado sobre su cultura y estilo comunicativo, que le capacitarán aún más para transmitir el contenido pragmático de las declaraciones de la víctima (Lázaro Gutiérrez, 2016; Lázaro Gutiérrez y Sánchez Ramos, 2015). Además, según del Pozo Triviño *et al.* (2014^a, 2014^b), Valero Garcés, Lázaro Gutiérrez y del Pozo Triviño (2015) y Lázaro Gutiérrez y Sánchez Ramos (2014, 2015), los intérpretes deben conocer perfectamente la terminología y las expresiones frecuentes en este tipo de situaciones, además de poseer conocimiento temático sobre la violencia de género y conocimiento contextual, que incluye la forma en la que se articula la asistencia a la víctima.

Aunque se han desarrollado numerosos estudios sobre su prevalencia, así como un gran número de materiales prácticos como guías, manuales y herramientas de formación a nivel mundial (Toledano Buendía, Abril Martí, del Pozo Triviño y Aguilera Ávila, 2015; del Pozo Triviño y Álvarez Escobar, 2014), la iniciativa «Speak Out For Support» (SOS-VICS), cofinanciada por el Programa de Justicia Penal de la Unión Europea y los socios del propio proyecto, merece especial atención. Se desarrolló del año 2012 al 2014 y se centró en examinar las necesidades comunicativas de las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en España que no hablaban castellano. Asimismo, se analizaron los recursos empleados a la hora de tender puentes para salvar problemas comunicativos y se sugirió un número considerable de propuestas y materiales prácticos para formar intérpretes. La Universidad de Vigo lideró el proyecto, en el que participaron nueve universidades españolas, y se analizaron todas las áreas en las que se necesitaba una comunicación efectiva para que las víctimas de violencia de género pudieran acceder distintos servicios públicos proporcionados por la administración, es decir, contextos legales, policiales, sociales, médicos...

Gracias a las acciones de investigación desarrolladas en el marco de este proyecto, que principalmente se llevaron a cabo a través de cuestionarios y entrevistas, se alcanzaron conclusiones muy relevantes en torno a las necesidades comunicativas que presentan las víctimas extranjeras de violencia de género y las competencias que los intérpretes deben adquirir para desempeñar correctamente sus funciones en estas circunstancias. Asimismo, pudo elaborarse un sólido estado de la cuestión, y todo ello constituyó un excelente punto de partida para iniciar acciones destinadas a mejorar la situación. Entre los puntos fuertes de esta iniciativa destaca su capacidad a la hora de utilizar la investigación para crear un gran número de materiales prácticos, entre los que se encuentran una página web y un manual para formar intérpretes, así como un volumen dirigido a agentes que trabajan con intérpretes, además de folletos informativos y vídeos. Todos estos recursos se encuentran abiertos al público y puede accederse a ellos a través de la página web del proyecto: <<http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/>>.

5. Descripción del objeto de estudio y metodología: consultas médicas con víctimas de violencia de género

En este trabajo se analizarán tres consultas médicas con víctimas de violencia de género a través de una metodología de estudio de casos y mediante un enfoque exploratorio que nos permitirá un análisis libre no sujeto a constricciones hipotéticas. El análisis que se realiza es ecléctico y se nutre de metodologías basadas en el análisis del discurso, el análisis conversacional y el análisis de contenido. Las conversaciones pertenecen a un corpus de grabaciones de conversaciones reales recopilado por el grupo FITISPos-UAH desde 1998 en hospitales y centros de salud en la zona centro de España.

Para este estudio se desarrolla, por lo tanto, un análisis descriptivo y exploratorio de los tres casos señalados. El objetivo principal era encontrar las características específicas de las consultas médicas con víctimas de violencia de género para ofrecer una serie de sugerencias a los intérpretes que trabajan en situaciones familiares. Los tres casos se seleccionaron por su adecuación al objeto de estudio y porque se trataba de conversaciones que se habían grabado en su totalidad, frente a otras conversaciones que solo pudieron grabarse de manera parcial por una variedad de motivos, ya que cuando se trabaja con datos naturales, especialmente conversaciones médicas, con frecuencia se produce la pérdida de determinadas partes, ya sea porque las grabadoras se activan una vez la conversación ha comenzado o se detienen antes de que haya finalizado, o porque el sonido no se registra con la calidad adecuada cuando, por ejemplo, los participantes se alejan del dispositivo de grabación.

Las víctimas de violencia de género pueden acceder a los servicios sanitarios a través de dos vías principales, a saber: urgencias y la consulta con su médico de familia. Dos de nuestras conversaciones se graban en Urgencias. En la primera de ellas, una mujer marroquí de unos veinte años describe al doctor algunas lesiones que presenta en la piel y un temblor en los miembros superiores. La segunda conversación registra la interacción entre una mujer marroquí, también de unos veinte años, dos médicos y una enfermera, donde la violencia de género se aborda de forma directa y se pregunta a la víctima sobre los hechos que conducen a las lesiones que presenta. En la tercera conversación, la víctima es una mujer española de unos cuarenta años que está en consulta de atención primaria con dos doctores. Esta última conversación se grabó en vídeo y la violencia de género y el sufrimiento de la víctima aparecen como temas secundarios, ya que la consulta inicialmente versa sobre algunas prescripciones y sugerencias para combatir la ansiedad.

Las tres conversaciones se desarrollan en español sin la intervención de intérprete. Desafortunadamente, las grabaciones de consultas con víctimas de violencia de género son extremadamente difíciles de obtener porque son escasas (si se tienen en cuenta los motivos principales por los que los pacientes visitan las consultas) y porque el usuario normalmente se niega a que se graben. Estos factores se encuentran todavía más presentes cuando las afectadas son extranjeras, y todavía más cuando no manejan el idioma de la consulta y necesitan la ayuda de un intérprete, por lo que no ha sido po-

sible presentar para su análisis un número mayor de conversaciones. Sin embargo, consideramos que las características de las conversaciones de nuestro estudio son similares a otros casos, y los resultados de nuestro análisis, que se presentan en la sección siguiente, podrían extrapolarse.

6. Presentación de resultados

Tal como corresponde a un estudio basado en casos, se presentarán los resultados de forma cualitativa y se dividirán en cuatro categorías principales: terminología, construcciones frecuentes, coordinación de la interacción e impacto emocional.

6.1. Terminología

Una de las características principales que se nos plantea como hipótesis es el uso de terminología especializada. De hecho, aparte de los términos comunes a otras consultas médicas, también encontramos otros relacionados específicamente con la violencia, como un buen número de insultos, tanto para referirse al agresor como para transmitir los que este dirigió a la víctima. Otros términos recurrentes fueron, entre otros, *puñal, paliza, matar, pellizcar, quemadura, herida y cárcel*.

Otro fenómeno interesante del que pudimos percatarnos es el uso de eufemismos para evitar palabras específicas relacionadas con la violencia, como podemos ver en los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1.

D: ¿alguna vez aparte de eso has tenido malos actos con él?, o sea que te ha pegao, ¿no?, alguna vez

(Extraído de la conversación 1).

Figura 1. Ejemplo 1 de eufemismos

En este fragmento, el médico está tratando de evitar decir «malos tratos». En la segunda parte de la intervención, finalmente pregunta de forma más clara, pero cuando termina el enunciado, trata de minimizarlo al añadir «alguna vez».

Ejemplo 2.

D1: ¿te ha llegado a hacer alguna lesión, eh, importante?

P: pues casi todos los días

D1: pero digo de lesiones importantes, te ha llegado a hacer como de tener que ingresarte por alguna fractura, nada de eso, los golpes quiero decir que si se ven

(Extraído de la conversación 2).

Figura 2. Ejemplo 2 de eufemismos

En este fragmento, el doctor duda antes de incluir «importante» en la pregunta. Probablemente estuviera tratando de evitar la palabra *grave*. Una vez responde la paciente, el doctor se percata de que no ha sido lo suficientemente claro, y completa su intervención con un par de ejemplos.

6.2. Construcciones frecuentes

Aunque el énfasis suele colocarse primero en la terminología, existe otro aspecto que merece la pena mencionar. Se trata del uso de construcciones específicas, como peticiones, el estilo indirecto o el formato que se emplea al formular preguntas. Esto se ilustrará en los siguientes ejemplos:

Ejemplo 3.

P: por favor se lo pido, por la Virgen Santísima
(Extraído de la conversación 3).

Figura 3. Súplica

Resulta frecuente que los pacientes realicen un número considerable de peticiones, en ocasiones con desesperación, como puede verse en el ejemplo anterior. El lenguaje que utilizan los pacientes suele ser muy enfático, lo que tiene un impacto tanto en las palabras como en el tono que emplean, y las peticiones suelen formularse en forma de cadena y terminan por convertirse en súplicas.

El uso del estilo indirecto es especialmente difícil para los intérpretes, ya que complicará la transmisión de las declaraciones de la paciente.

Ejemplo 4.

P: y me dice que me sacaba un puñal
(Extraído de la conversación 3).

Figura 4. Estilo indirecto en una narración

El uso del estilo indirecto de este extracto resulta muy interesante, ya que no refleja la forma clásica del estilo indirecto en castellano, sino que se corresponde con la estructura que los niños utilizan cuando imaginan historias como parte de sus juegos. Esto concede un mayor grado de dinamismo a la afirmación, pero también crea confusión, ya que los tiempos verbales son propios del estilo directo.

El estilo indirecto también se encuentra presente en las preguntas que los médicos y otros miembros del personal formulan, como en el siguiente caso:

Ejemplo 5.

D1: Y tu marido ¿está bebiendo alcohol?
(Extraído de la conversación 3).

Figura 5. Preguntas en estilo indirecto

En una conversación médica estándar, las preguntas del doctor se dirigen al paciente y versan sobre este. En los casos de violencia de género encontraremos un buen número de preguntas que se dirigirán a la paciente pero serán sobre

el agresor. Los intérpretes deben prestar una gran atención a los pronombres personales, especialmente al traducir del español, ya que como el uso de estos no es obligatorio, el sujeto del verbo puede confundirse con facilidad. Si tomamos como ejemplo la frase «¿está bebiendo alcohol?», el sujeto podría ser tanto el marido como la paciente. El intérprete debe inferir este elemento del contexto.

6.3. Coordinación de la interacción

En determinadas ocasiones, los intérpretes deben cooperar para coordinar la interacción, aunque normalmente el médico dirigirá la conversación y serán los intérpretes los que deban acomodarse (por ejemplo, bajando el tono de voz) según distintas situaciones. En nuestras conversaciones encontramos un marido tratando de escuchar al otro lado de la puerta y un hermano que entra a la consulta constantemente. Cierta información tuvo que ofrecerse prestando especial atención a su ausencia o presencia y los futuros encuentros, por supuesto, tuvieron que fijarse cuando los agresores no se encontraran presentes.

Las víctimas se encuentran normalmente alerta y tienden a dar información en el momento en el que más seguras se sienten y a aquellos en los que, por un motivo u otro, confían.

Ejemplo 6.

D2: te había contado a ti un, un episodio, ¿no?
(Extraído de la conversación 2).

Figura 6. Una paciente le ha confiado confía información a la enfermera

En la segunda conversación, la víctima se encontraba más cómoda con la enfermera y esperó hasta que la médico abandonase la sala para describir un episodio de malos tratos. Esta profesional tuvo que salir a buscar a la médico para alertarle de que no conocía determinada información. Cuando esta vuelve a la sala, pregunta por ello a la enfermera en presencia de la paciente, para que entre ambas pudieran alentarla a repetir la historia de nuevo.

6.4. Impacto emocional

Las situaciones en las que los intérpretes deben mediar son normalmente duras desde un punto de vista emocional, ya que las víctimas expresan su sufrimiento y lesiones tanto a nivel físico como psicológico. Entran en contacto con la dimensión más baja de la naturaleza humana cuando conocen el daño y las vejaciones que han atravesado las pacientes, y puede ser todavía más duro cuando los intérpretes transmiten las intervenciones de las víctimas en primera persona, ya que esto agrava el impacto emocional hasta el punto de que también ellos se sienten víctimas. Los intérpretes, por tanto, deben estar preparados para enfrentarse este tipo de situaciones, en las que puede que lloren las pacientes (dificultándose así también la comprensión de su discurso), y que el personal sanitario trate de consolarlas bien porque expresan tristeza o porque están asustadas, como muestra el siguiente ejemplo:

Ejemplo 7.

D1: pero no pasa nada, ¿eh?, porque aquí estamos para ayudarte, solo para ayudarte y todo lo que tú no quieras que se diga no se va a decir

(Extraído de la conversación 2).

Figura 7. Consuelo

Como consecuencia de sentimientos de miedo o confusión, puede que las víctimas mientan e incluso puede crearse un clima de desconfianza entre las dos partes. Además, tras vivir una situación de miedo y estrés, las personas suelen olvidar numerosos detalles, que puede que recuerden más tarde o que los olviden definitivamente. Es por esto que al preguntar a las víctimas sobre episodios traumáticos, es bastante frecuente que comenten a los doctores que no recuerdan momentos específicos o detalles sobre una situación determinada. Por desgracia, también es común que surja desconfianza cuando existe una falta de comprensión sobre el motivo por el que estos detalles cruciales se olviden con tanta facilidad, y en nuestras conversaciones encontramos diversos ejemplos en los que los médicos manifiestan su falta de confianza. Aparte de esto, puede que existan otros motivos de desconfianza, como los que aparecen en el siguiente ejemplo:

Ejemplo 8.

D1: ¿qué tal estás?

P: yo estoy bien pero no puedo estar así

[...]

D1: ¿tú crees que es capaz (nombre) de hacerte algo o no?

P: sí luego no me hace na, luego pues ya te digo que luego es un mierda

(Extraído de la conversación 3).

Figura 8. Contradicción

En la tercera de nuestras conversaciones, la víctima se contradice en varias ocasiones. El ejemplo 8 muestra como comienza diciendo que se encuentra bien, pero posteriormente manifiesta que no puede continuar del mismo modo. Tras una serie de intervenciones en las que explica cómo sufre maltrato por parte de su marido y lo asustada que se encuentra, el doctor le pregunta explícitamente por este temor, y, sorprendentemente, comenta que no le hace daño. Estas contradicciones constantes son consecuencia de sensaciones de inseguridad y confusión que se originan porque ha vivido bajo la presión del maltrato. Por desgracia, la credibilidad de la víctima peligra cuando sigue cambiando su testimonio, y para el intérprete también resultará confuso y difícil de transmitir, y los médicos pueden pensar que la fuente de estas contradicciones es el intérprete y no la paciente.

La ambigüedad y falta de precisión se encuentran presentes con frecuencia, como podemos ver en el siguiente ejemplo:

Ejemplo 9.

P: pues de mi familia cuando se van a enterar que he dicho todo

D1: ¿y qué es todo? A mí no me has dicho nada

P: es que mi hermano está pegándome y todo

(Extraído de la conversación 2).

Figura 9. Falta de precisión

La paciente no es capaz de explicar lo que le ha ocurrido y se refiere a ello como «todo». El médico insiste en preguntarle sobre este punto, y, finalmente, menciona que su hermano la golpea, pero esto es únicamente una parte de la situación, como podemos deducir del uso de «todo» al final del fragmento. Cuando los intérpretes transmiten las intervenciones de la paciente, puede que deseen completar o dar más sentido a los mensajes que parecen inacabados o ambiguos. Sin embargo, deben abstenerse de hacer esto y transmitir las intervenciones tan ambiguamente como han sido formuladas.

No obstante, la desconfianza no solo se encuentra presente por parte del equipo médico. El siguiente fragmento es un buen ejemplo en este sentido:

Ejemplo 10.

P: pues ayer están discutiendo mis hermanos, los dos, eso sí

[...]

D: ¿está nerviosa?

P: sí

D: sí pero por algún motivo ya o ya está calmada por esa discusión

P: no, estoy calmada ya

D: sí, o sea que en teoría ahora no hay motivo aparente para que siga nerviosa

P: sí

D: ¿hay motivo?

P: no

[...]

P: pero voy a decirte la verdad, estaba discutiendo conmigo mi hermano

(Extraído de la conversación 1).

Figura 10. Desconfianza

El ejemplo 10 presenta algunos fragmentos de la misma conversación. Al inicio, la paciente no se encuentra cómoda con la médico y comienza a reproducir su historia diciendo que sus hermanos estaban discutiendo. Unos turnos más tarde, después de que se le pregunte, la paciente manifiesta encontrarse nerviosa, pero al parecer este estado de nerviosismo no tiene relación con la discusión. Sin embargo, la paciente anuncia posteriormente que va a decir la verdad a la doctora: no es que dos de sus hermanos estuvieran discutiendo, sino que uno de ellos, que ejerce violencia contra ella, estaba teniendo

una discusión con la paciente. Es bastante común por parte de las víctimas que no confían fácilmente en otras personas como consecuencia de la victimización que están sufriendo, y puede llevar cierto tiempo hasta que consigan contar sus historias. Para resolver estas situaciones de ambigüedad y contradicciones, los doctores tienden a usar una serie de mecanismos que incluyen insistencia y repeticiones constantes a lo largo de toda la conversación.

Los resultados obtenidos pueden resumirse en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resumen de resultados	
CARACTERÍSTICAS	SUGERENCIAS FORMATIVAS
TERMINOLOGÍA - Terminología médico-sanitaria - Vocabulario específico de VG <ul style="list-style-type: none"> • Insultos • Términos recurrentes (<i>paliza, matar, herida</i>, etc.) - Eufemismos	- Trabajo con glosarios médico-sanitarios. - Elaboración de glosarios con términos propios de la VG. - Reforzar conocimientos culturales para la mejor comprensión y transmisión de insultos. - Desarrollar una especial atención (estado de alerta) para la correcta comprensión de los eufemismos, que deben mantenerse a la hora de trasladar el mensaje.
CONSTRUCCIONES FRECUENTES - Peticiones - Estilo indirecto - Preguntas	- Énfasis en la interpretación del lenguaje enfático y las súplicas. - Práctica con las distintas construcciones del estilo indirecto, tanto las más formales como aquellas más informales (como la que se muestra en el ejemplo 4). - Especial atención al uso de la persona (ausencia de pronombres personales sujeto) para la correcta comprensión de referencias.
COORDINACIÓN DE LA INTERACCIÓN - Posibles presencias indeseadas - Pacientes que ocultan información o no se la facilitan a los agentes que las atienden	- Preparación para acomodarse a distintos tonos y volúmenes de voz. - Ser consciente del impacto en el discurso de las presencias indeseadas (p. ej. información proporcionada de manera velada, que deberá transmitirse en un estilo similar). - El intérprete debe evitar quedarse a solas con la paciente.
IMPACTO EMOCIONAL - Contenido conversacional de alto impacto emocional - Llantos - Expresiones de consuelo - Contradicciones y ambigüedad	- Autocuidado. - Entrenar con discursos distorsionados por llantos. - Reforzar conocimientos culturales para abordar la comprensión y correcta transmisión de las expresiones de consuelo. - Trabajar el traslado de las contradicciones y la ambigüedad sin caer en la tentación de reparar y reconstruir el discurso de las víctimas.

7. Discusión de los resultados

Son muchos los autores que sostienen que, para los intérpretes que trabajan en un contexto determinado, el conocimiento terminológico es de extrema importancia, y los encargos en casos de violencia de género no son diferentes en este sentido. Sin embargo, como hemos visto, la terminología no es el único desafío, y en ocasiones es evitar mencionar un término de forma intencionada lo que supone dificultades. Aparte de esto, los intérpretes deberían estar preparados para procesar información que se ofrece mediante construcciones concretas, como peticiones que en ocasiones pueden llegar a tomar la forma de una súplica, y el uso específico del estilo indirecto. En idiomas como el español existen diferentes formas en las que se utiliza el estilo indirecto, y el modo en que los pacientes construyen sus declaraciones puede resultar confuso para el intérprete. Lo mismo sucede con las preguntas y los pronombres personales, ya que, como los pronombres personales sujeto no son obligatorios, algunas preguntas, así como sus respuestas, pueden resultar confusas. Es importante que los intérpretes clarifiquen con el paciente quién es el sujeto de sus enunciados para evitar malentendidos graves y ser capaces de transmitir el mensaje adecuadamente.

Los intérpretes también deben recibir formación para poder evitar el impacto emocional y aprender a gestionar las emociones del resto de participantes en la interacción. No son solo las víctimas las que expresan mensajes repletos de contenido emocional y pueden romper a llorar, también suceden otras situaciones a raíz de estas emociones, como dudas, mentiras y contradicciones, y estas influyen en el discurso que los intérpretes deben transmitir. Este clima es también el contexto en el que surgen determinados movimientos conversacionales, como repeticiones e insistencia, y los intérpretes deben ser capaces de entenderlos y transmitirlos sin perder su efectividad. Por último, los intérpretes deben contribuir a la coordinación de la interacción, si bien el coordinador principal normalmente será el miembro del personal que se encuentra prestando asistencia a la víctima. Este tipo de encuentros pueden resultar difíciles por los múltiples interlocutores que participan, la falta (inicial) de confianza y los posibles intrusos en la conversación, como el agresor u otros familiares y conocidos de la víctima.

8. Conclusiones, limitaciones e investigación futura

Como se ha mencionado anteriormente, se hace necesaria la particularización en el ámbito de la interpretación sanitaria. Las consultas médicas con víctimas de violencia de género presentan características específicas que merecen describirse y clasificarse para mejorar la formación y la práctica de los intérpretes en este ámbito. A lo largo de estas páginas se presenta una investigación basada en estudios de caso cuyo objetivo principal era el de describir las características de las consultas médicas relacionadas con violencia de género, con el objetivo final de ofrecer sugerencias para los intérpretes que actúan en este tipo de situaciones. Se analizan tres conversaciones y se aísla y describe una serie de características que pueden agruparse en cuatro categorías principales: terminología, construcciones frecuentes, impacto emocional y coordinación de la interacción.

Tras presentar los resultados, hemos podido sugerir que los intérpretes no deberían formarse únicamente en terminología, sino que también deberían recibir formación sobre las construcciones más recurrentes que aparecen en este tipo de conversaciones, como el uso del estilo indirecto y la formulación de peticiones. El impacto emocional es uno de los desafíos más frecuentes y complejos a los que los intérpretes se deben enfrentar. Se les debería proporcionar herramientas para superar el impacto que puede derivarse de estas situaciones, y también es necesario que desarrollen habilidades que les permitan reconocer las consecuencias de este factor sobre el discurso de los participantes en la interacción. Por último, pero no por ello menos importante, los intérpretes deben ser conscientes de las peculiaridades relacionadas con la coordinación de los hablantes en este tipo de interacción, y deben estar preparados para cooperar con el personal médico en la coordinación.

Las limitaciones de este estudio son numerosas. Pese a que pueden proporcionarnos información cualitativa útil, los estudios de casos siempre se encuentran restringidos en términos cuantitativos y se necesitaría un número de conversaciones mucho mayor para compilar suficientes datos que permitan generalizar los resultados. Asimismo, sería interesante incluir conversaciones con intervención de intérprete en nuestro corpus. Sin embargo, este tipo de materiales es muy difícil de recopilar por su carácter delicado, y los pacientes normalmente rechazan que se les grabe por sus sensaciones de miedo, ansiedad o vergüenza.

Notas

1. Para obtener una descripción más amplia sobre el proyecto, los resultados y los materiales, visítense: <<http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/>>.

Referencias bibliográficas

- Abraham, D. (1998): *Final report: Pilot project cultural interpreter services in the domestic violence courts*. North York and Toronto: Ministry of Citizenship, Ontario Women's Directorate.
- Abril Martí, M. (2015). «La interpretación en contextos de violencia de género con referencia al caso español», en *TRANS*, 19.1 · 2015: 77-94.
- Aguilera, L. y Toledano, C. (2013): «Aproximación a la intermediación lingüística con mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario». Actas del Congreso *La Mediación Intercultural en la atención en salud*. Centro de Investigación en Migraciones de la Universidad de Huelva (en prensa).
- Amnistía Internacional (2007): *Más riesgos y menos protección. Mujeres inmigrantes en España frente a la violencia de género*. <https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Informe_Mas_riesgos_y_menos_proteccion_231107.pdf> [consulta: 30.IV.2018].
- Amnistía Internacional (2012): *¿Qué justicia especializada? A siete años de la Ley Integral contra la Violencia de Género: obstáculos al acceso y obtención de justicia y protección*. <https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Que_justicia_especializada_informe_2012.pdf> [consulta: 30.IV.2018].
- Angelelli, C. (2004): *Medical Interpreting and Cross Cultural Communication*. Cambridge University Press.
- Bischoff, A. (2006): «Measuring quality and patient satisfaction in healthcare communication with foreign-language speakers», en Hertog, E. y B. van der Veer (eds): *Taking Stock: research and Methodology in Community Interpreting. Lingüística Antverpiensia, New Series*, 5: 177-188.
- Borrell i Carriò, F (2004): *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC.
- Bührig, K. (2005): «'Speech action patterns' and 'discourse types'». *Folia Lingüística*, 39: 143-171.
- Bührig, K. y B. Meyer (2004): «Ad hoc interpreting and achievement of communicative purposes in briefings for informed consent», en House, J. y J. Rehbein (eds.): *Multilingual Communication (Hamburg Studies on Multilingualism*, 3): 43-62. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Cala Carrillo, M.J. (dir.) (2012): *La renuncia a continuar en el procedimiento judicial en mujeres víctimas de violencia de género: Un estudio en la Comunidad Autónoma Andaluza*. Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería de la Presidencia e Igualdad. <<http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2012/143359218.pdf>> [consulta: 30.IV.2018].
- Flores, G. (2005): «The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review». *Medical Care Research and Review* 62(3): 255-299.
- Hale, Sandra (2004): *The Discourse of Court Interpreting Practices of Law, the Witness and the Interpreter*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Hale, Sandra (2011): *Breaking through the language barrier: Empowering refugee and immigrant women to combat domestic and family violence*. <http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/00-Genericos/00-07-Recursos_interpretacion/00-07-003-EN.pdf> [consulta: 30.IV.2018].
- Iliescu Gheorghiu, Catalina (2001): *Introducción a la Interpretación: la modalidad consecutiva*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Illie, L. (2014): «Mediación e interpretación de inglés y rumano en el proyecto InterMed», en Valero Garcés, C. (Ed): *(Re)considerando ética e ideología en situaciones de conflicto/ (Re)visiting Ethics and Ideology in Situations of Conflict*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp. 148-157.
- Inglis, Margaret (1984): *A Preparatory Course in Bilateral Interpreting*. Edinburgo: University of Edinburgh, Department of Linguistics.
- Jaime Pérez, A. (2014): «Acogida del Servicio de Interpretación en Centros de Salud de Parla: primeras impresiones», en Valero Garcés, C. (Ed): *(Re)considerando ética e ideología en situaciones de conflicto/ (Re)visiting Ethics and Ideology in Situations of Conflict*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp. 128-137.
- Kelly, N. y M. Bancroft (2007): «The critical role of health care interpreting: Views from the Literature, promising practices and lessons learned in the United States», en Epstein, L. (Ed.): *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals*. International Workshop Report Caesarea, Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research, pp. 85-100.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2012): *La interpretación en el ámbito sanitario. Estudios de la asimetría en consultas médicas*. Editorial Académica Española.

- Lázaro Gutiérrez, R. (2014): «Use and abuse of an interpreter», en Valero Garcés, C. (Ed): *(Re)considerando ética e ideología en situaciones de conflicto/ (Re)visiting Ethics and Ideology in Situations of Conflict*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2016): «Analysis of Healthcare Videos Addressed to Migrant Populations in Spain», en *New Voices in Translation Studies*, 14: 100-121.
- Lázaro Gutiérrez, R. y M. M. Sánchez Ramos (2014): «El uso de corpus en la formación de intérpretes en los servicios públicos en violencia de género: aplicaciones pedagógicas e investigación», en Sánchez, M.T., S. Álvarez, V. Arnáiz, T. Ortego, L. Santamaría y R. Fernández (eds.): *Metodologías y aplicaciones en la investigación en traducción e interpretación con corpus / Methodologies and applications in corpus-based and corpus-driven Translation and Interpreting Research*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Lázaro Gutiérrez, R. y M. M. Sánchez Ramos (2015): «Corpus-based interpreting studies and public service interpreting and translation training programs: the case of interpreters working in gender violence contexts», en Trillo Romero, J.: *The Yearbook of Corpus Linguistics and Pragmatics*. Springer.
- López Reusch, E. (2007): *Mujeres Inmigrantes y Violencia de Género*. Federación de Mujeres Progresistas. <http://www.portalsolidario-cajaburgos.org/portalsolidario/PUBLICACIONES/83_Mujeres%20inmigrantes%20y%20violencia%20de%20g%C3%A9nero.pdf> [consulta: 30.IV.2018].
- Meeuwesen, L., S. Twilt, J. D. ten Thije y H. Harmsen (2010): «'Ne diyor?' (What does she say?): Informal interpreting in general practice». *Patient Education and Counseling*, 81: 198-203.
- Meyer, B., K. Bührig, O. Kliche y B. Pawlack (2010): «Nurses as interpreters. Aspects of interpreter training for bilingual medical employees», en Meyer, B. y B. Apfelbaum (eds.): *Multilingualism at work. From policies to practices in public, medical, and business settings*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 163-184.
- Mikkelsen, M. (2000): *Introduction to Court Interpreting*. St Jerome Publishing.
- Moeketsi, R. (1999): *Discourse in a Multilingual and Multicultural courtroom: A court Interpreter's Guide*. JL van Schaik Publishers.
- Morera Montes, J., A. Alonso Babarro y C. Huerga Aramburu (coords.) (2009): *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergon. <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_DOC-169_62e618cd%232E%23pdf> [consulta: 30.IV.2018]
- Ortega Herraéz, J. M. y A. I. Foulquié Rubio (2005): «La interpretación en el ámbito jurídico en España: hacia la creación de estructuras estables y profesionales», en Valero-Garcés, C. (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/ Translation as Mediation or How to Bridge Linguistic and Cultural Gaps*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp. 182-192.
- Pöchhacker, F. y M. Shlesinger (eds.) (2002): *The Interpreting Studies Reader*. London and New York: Routledge.
- del Pozo Triviño, M. y P. Álvarez Escobar (2014): «Análisis comparado de los recursos existentes en la actualidad para la formación de intérpretes en contextos de violencia de género», en *Sendebarr*, 25, 2014: 247-268.
- del Pozo Triviño, M., A. Vaamonde Liste, D. Casado-Neira, S. Pérez Freire, A. Vaamonde Paniagua, M. D. Fernandes del Pozo y R. Guinarte Mencía (2014^a): *Informe sobre la encuesta a agentes del proyecto Speak Out For Support (SOS-VICS)*. Proyecto Speak Out for Support (SOS-VICS). <<http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/blogs/ver.php?id=127>> [consulta: 30.IV.2018].
- del Pozo Triviño, M., A. Vaamonde Liste, D. Casado-Neira, S. Pérez Freire, A. Vaamonde Paniagua, M. D. Fernandes del Pozo y R. Guinarte Mencía (2014^b): *Informe sobre la encuesta Delphi a intérpretes del proyecto Speak Out For Support (SOS-VICS)*. Proyecto Speak Out for Support (SOS-VICS). <<http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/blogs/ver.php?id=127>> [consulta: 30.IV.2018].
- Rodríguez Navaza, B. (2010): «Sociedad multicultural y demanda de traducción e interpretación: necesidades y carencias actuales», en González, L. y C. De las Heras (eds.): *Actas de la Jornada sobre Traducción contra la exclusión social*. Hospital Ramón y Cajal de Madrid [en línea]. <<http://cvc.cervantes.es/lengua/tics/navaza.htm>> [consulta: 3.IX.2013].
- Rodríguez Navaza, B., L. Estévez y J. Serrano, (2009): «'Saque la lengua, por favor'. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España». *Panacea*, vol. X (30):141-156.
- Rosenberg, E., R. Keller, y Y. Leanza (2008): «Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters». *Patient Education and Counseling*, 70: 87-93.
- Sánchez-Reyes, S. y M. Martín Casado (2008): «Intérpretes profesionales e intérpretes 'ad hoc' en un entorno sanitario», en C. Valero Garcés (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones, pp. 139-146.
- Shlesinger, M. y F. Pöchhacker (2010): *Doing Justice to Court Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Taibi, M. y C. Valero Garcés (2004): «Análisis de la interacción comunicativa en contextos institucionales entre proveedores de servicios, usuarios e intermediarios lingüísticos». *Oralia*, 7: 207-228.
- Toledano Buendía, C. y M. Fernández Pérez (2012): «Las barreras lingüísticas en la atención a las víctimas extranjeras de violencia de género: Un factor ignorado», en Tacoronte Domínguez, M.J.; A. Azaovagh de la Rosa y A. Romero Sánchez (eds.): *Actas de las II Jornadas de Investigaciones Feministas y Análisis de Género. Avances y propuestas*. Tenerife: Universidad de La Laguna, pp. 33-44.
- Toledano Buendía, C., M. Abril Martí, M. del Pozo Triviño y L. Aguilera Ávila (2015): «Hacia una especialización en interpretación en el ámbito de la violencia de género: investigación, formación y profesionalización». *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, 2015: 139-160.
- Valero Garcés, C. (2002^a): «Modificaciones en la conversación institucional. Análisis de los turnos de habla en la entrevista clínica con pacientes inmigrantes», en Luque, G., A. Bueno y G. Tejada (eds.): *Las lenguas en un mundo global*. Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 29-38.
- Valero Garcés, C. (2002^b): «Constricciones conversaciones en encuentros en la entrevista clínica». *Oralia* 5: 267-280.
- Valero Garcés, C. (2010): «Challenging communication in doctor / non-native patient encounters. Two perspectives, three types of interaction and some proposals». *JOSTRANS, The Journal of Specialised Translation Issue*. <http://www.jostrans.org/issue01/ed_eng.php> [consulta: 30.IV.2018].
- Valero-Garcés (2014): *Health, Communication and Multicultural Communities Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*. Cambridge Scholars Publishing.

- Valero Garcés, C., R. Lázaro Gutiérrez y M. del Pozo Triviño (2015): «Interpretar en casos de violencia de género en el ámbito medico», en Toledano Buendía, C. y M. del Pozo Triviño (eds.): *Interpretación en Contextos de Violencia de Género*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Vives-Cases, C., C. Álvarez-Dardet, J. Torrubiano-Domínguez y D. Gil-González (2008): «Mortality due to intimate partner violence in foreign women living in Spain (1999-2006)». *Gaceta Sanitaria*, 22: 232-245.
- Vives-Cases, C., C. Álvarez-Dardet, D. Gil-González, J. Torrubiano-Domínguez, I. Rohlfs y V. Escribá-Agüir (2009): «Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España». *Gaceta Sanitaria*, 23 (5): 410-414.
- World Health Organization (2013): «Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence». Italy: WHO.

