

**FACILIDAD DE ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN
MÉDICA EN INDIANÁPOLIS, INDIANA**

por

Brandon M. Block

Presentado al Departamento
de Lenguas y Literaturas Romances
Tesina de Honores

Universidad de Michigan
Ann Arbor, Michigan

19 de abril, 2022

Comité:

Supervisora: María Dorantes, Depto. de Lenguas y Literaturas Romances
Lectora: Dra. Olga Gallego, Depto. de Lenguas y Literaturas Romances

Tabla de contenido

Resumen bilingüe.....	3
Introducción.....	4
Revisión de la literatura.....	9
Metodología.....	25
Resultados.....	30
Análisis de los datos.....	35
Limitaciones del estudio.....	42
Solución propuesta.....	45
Conclusión.....	47
Apéndice A.....	51
Apéndice B.....	54
Apéndice C.....	55
Apéndice D.....	56
Apéndice E.....	62
Apéndice F.....	66
Bibliografía.....	72

Resumen bilingüe

I. En español

La pregunta principal de mi investigación fue: *¿Cuál es el estado actual de la interpretación médica en Indianápolis, Indiana?* La hipótesis era que los pacientes estarían generalmente satisfechos con la calidad de los servicios de interpretación médica si y cuando recibieran los servicios; sin embargo, varias barreras lingüísticas hacen que el acceso a estos servicios sea difícil. El proyecto utilizó dos métodos principales de recopilación de datos: un cuestionario por teléfono a un grupo de 50 hispanohablantes del área de Indianápolis y una entrevista semiestructurada a tres intérpretes médicos. Los resultados mostraron que es común el uso de intérpretes ad hoc en lugar de intérpretes profesionales y certificados, dado que la interpretación médica telefónica no es tan efectiva como la interpretación en video o en persona es más impersonal para los pacientes, y que la mejor manera de ampliar el acceso parece ser la intervención dentro de la clínica. Propongo una solución donde se implementan módulos de capacitación en los programas de formación de los proveedores de atención médica y de los médicos sobre las dificultades y los riesgos asociados con el uso de un intérprete ad hoc cuando se trabaja con pacientes que tienen un dominio limitado del inglés. También, se crea conciencia de por qué el uso de intérpretes médicos, no capacitados, es un problema grave en las clínicas y los hospitales que proporcionan servicios a paciente; y por último, las instituciones médicas realizarían inversiones de tiempo y dinero en la expansión de la interpretación en línea para hacerlos más conocidos. La investigación en el futuro debe centrarse en las barreras culturales en la interpretación médica y también en la comprensión de la situación desde la perspectiva del proveedor.

II. En inglés

The primary question of my research was: *What is the current state of medical interpretation in Indianapolis, Indiana?* The hypothesis was that patients will generally be satisfied with the quality of medical interpretation services if and when they receive services; however, several language barriers make access to these services more difficult. The project used two main methods to collect data: a phone questionnaire was administered to a group of 50 Spanish speakers from the Indianapolis area and the second component of the project consisted of remote semi-structured interviews with three medical interpreters. The results showed that the use of ad hoc interpreters rather than professional and certified interpreters is common, telephone medical interpretation is not as effective as video or in-person interpretation and is more impersonal for patients, and the best way to expand access appears to be intervention within the clinic. I propose a solution where the curricula of doctors and health care providers implement training modules on the difficulties and risks associated with using an ad hoc interpreter when working with patients who have limited English proficiency, raising awareness in clinics and hospitals, by providing information to these patients as to why the use of untrained medical interpreters is such a serious problem, and finally, that medical institutions invest the time and money in expanding online video interpreting, and that remote medical interpretation services be made more well known. Further research should focus on cultural barriers in the context of medical interpretation and also on understanding the situation from the provider's perspective.

Introducción

I. Mi experiencia

Desde que pasé seis semanas en León, España, en el verano de 2018 en la escuela secundaria con un programa de inmersión, he querido usar mi español para ayudar a la gente en

una capacidad médica. Durante mi primer año en la universidad, participé en un proyecto de investigación en la Oficina de Admisiones de la Universidad de Michigan para recopilar datos históricos con respecto a admisión a la universidad, matrícula universitaria, y datos de ayuda financiera para comprender mejor las métricas de la matrícula e informar sobre nuevas iniciativas que están dirigidas a aumentar el acceso de los estudiantes desfavorecidos a la Universidad de Michigan. El proyecto me dio la oportunidad de ampliar mis conocimientos sobre las disparidades económicas, médicas y sociales que existen no solo en nuestro país sino también en el resto del mundo. Además, también trabajé para la clínica Eye Surgeons of Indiana en el verano de 2020, donde me di cuenta de más disparidades sociales y económicas entre los pacientes de habla hispana.

Estudio español en la Universidad de Michigan y además trabajo como asistente de investigación para los doctores Paul Cederna y Steven Kemp en el Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Universidad de Michigan. Ambos investigadores están trabajando en la mejora de los resultados para los pacientes que han sido sometidos a una reconstrucción neuromuscular mejorando las extremidades protésicas y reduciendo el dolor postoperatorio. Estas experiencias han fomentado aún más mi interés en las disparidades sociales y económicas de grupos desfavorecidos y especialmente en lo referente a hispanohablantes que necesitan servicios de interpretación cuando reciben atención médica. En concreto, mi objetivo es investigar el estado de esta accesibilidad y los servicios de apoyo disponibles en Indianápolis, Indiana, mi ciudad natal. Me apasiona mucho mi trabajo como científico, pero también me gustaría usar mi conocimiento del español para tener un impacto positivo en el campo médico. Más específicamente, me gustaría descubrir cómo podemos mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de interpretación médica de español en Indianápolis, Indiana. Este estudio es la

intersección de mis pasiones por la medicina, el español y finalmente la investigación. Creo que he tenido suficiente experiencia en la investigación para completar satisfactoriamente este proyecto. También, creo que a través de este proyecto, tuve una gran oportunidad de mejorar mis destrezas en español al interactuar con múltiples pacientes de habla hispana y aprender más sobre otras disparidades que existen en el campo médico, lo cual debe ser el enfoque de un estudio futuro.

Existe una creciente y urgente necesidad para mejorar el acceso a los servicios de interpretación médica de buena calidad en los Estados Unidos. Hoy en día hay aproximadamente 25,3 millones de personas en los Estados Unidos con un dominio limitado del inglés (este número significa un aumento del ochenta por ciento desde el año 1990), lo que representa un ocho por ciento de la población en 2021 (Nápoles). La relación entre el médico y el paciente se basa en la comunicación. Los pacientes que no pueden comunicarse de manera efectiva con los médicos debido a barreras lingüísticas pueden enfrentar disparidades en el acceso a la atención médica y en la evaluación y el tratamiento de los síntomas. Enfatizo aquí la importancia de utilizar intérpretes profesionales como un medio para reducir las disparidades en la atención médica y los costos generales de atención médica, así como la importancia de reducir el costo y mejorar la infraestructura para que los médicos utilicen intérpretes calificados en el cuidado de sus pacientes con dominio limitado del inglés. En la revisión de la literatura, resumo a fondo muchos de los estudios relevantes sobre el tema y otras publicaciones especializadas con respecto a los servicios de interpretación médica en español en los Estados Unidos.

II. Descripción general del estudio

En primer lugar, se incluye una revisión exhaustiva de la literatura para comprender mejor el estado actual de los servicios de interpretación médica en español. Muchos de los temas

destacados en la literatura, como el uso de parientes o amigos como intérpretes médicos, la falta de datos sobre la eficacia de la interpretación virtual versus la interpretación en persona versus la interpretación por el teléfono, los errores de interpretación y otros se incorporaron a mis métodos de investigación. El proyecto utiliza dos métodos principales de recopilación de datos, una encuesta para pacientes de habla hispana y una entrevista semiestructurada a tres intérpretes médicos. Se informó a los participantes de que su participación en esta breve entrevista era completamente voluntaria y anónima y que no tenían que responder a ninguna pregunta que no quisieran.

El objetivo final del estudio era hacer una recomendación para el sistema de salud para mejorar la calidad y la facilidad de acceso de los servicios de interpretación médica, basados en los datos recopilados en el estudio, a hacer que la interpretación médica sea más accesible y de mayor calidad en la ciudad de Indianápolis. Las preguntas principales de mi investigación son: *¿Cuál es el estado actual de la interpretación médica en Indianápolis, Indiana? ¿Reciben los pacientes servicios que satisfacen sus necesidades? ¿Los pacientes se sienten cómodos con los intérpretes? ¿Con qué frecuencia los pacientes utilizan intérpretes ad hoc en lugar de personal capacitado? ¿Los intérpretes médicos tienen los recursos y la capacitación para facilitar la comunicación entre el personal médico y los pacientes? ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 a la interpretación médica y son los servicios en línea/por teléfono tan eficaces como los servicios en persona?*

Basado en la revisión de la literatura, mi hipótesis es que los pacientes estarán generalmente satisfechos con la calidad de los servicios de interpretación médica si y cuando recibieran los servicios; sin embargo, varias barreras lingüísticas hacen que el acceso a estos servicios sea más difícil. En las situaciones en que los pacientes no tienen intérpretes médicos

para facilitar la comunicación entre el paciente y el doctor, los pacientes pueden tratar de comunicarse en un idioma en que tienen un dominio limitado y/o utilizar amigos o familiares para interpretar, lo que puede resultar en la interpretación incorrecta de la información vital relacionada con la salud y el bienestar del paciente. En los mejores casos, pueden ser solo pequeños detalles los que se pierden; sin embargo, puede haber errores en la interpretación médica que pueden ser potencialmente muy peligrosos e incluso mortales. Por lo tanto, la falta de acceso a una interpretación médica adecuada para los pacientes de competencia limitada en inglés en los Estados Unidos es una grave preocupación en materia de seguridad.

Se administró un cuestionario por teléfono a un grupo de cincuenta hispanohablantes del área de Indianápolis que tenían más de 18 años y que habían recibido servicios de interpretación médica en los últimos dos años o habían usado amigos o parientes como intérpretes médicos en los últimos dos años. El cuestionario preguntó sobre la experiencia general de los pacientes con la interpretación médica, qué tan cómodos los pacientes se sienten con intérpretes médicos, cómo se enteraron de estos servicios, la facilidad de acceso, etc. Obviamente no se hicieron preguntas sobre la información de salud protegida y las preguntas se centraron estrictamente en la experiencia con los servicios de interpretación.

El segundo componente del proyecto consistió en entrevistar a tres intérpretes médicos en el área de Indianápolis con el fin de comprender mejor los problemas desde su perspectiva. Específicamente, este segundo cuestionario exploró su experiencia como intérpretes, su certificación y formación, si los intérpretes médicos se sienten apoyados para hacer bien el trabajo, qué tan cómodos creen que están sus pacientes en general, cómo caracterizarían sus relaciones con los proveedores de atención médica para quienes han interpretado en el pasado, cómo pueden ser más accesibles sus servicios, y qué mejoras se deberían hacer desde su punto de

vista.

III. Información de Fondo

Los datos del censo sugieren que hasta 1 de cada 10 adultos que trabaja en los Estados Unidos tiene un dominio limitado del idioma inglés (Nápoles). Mientras, la *Ley de Derechos Civiles de 1964* y las órdenes y leyes posteriores requieren que los hospitales y otras instalaciones que ofrezcan servicios médicos y reciben fondos federales proporcionan un “acceso significativo” a los pacientes de todas las edades en citas típicas y citas antes de cirugía, etc., para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud (Nápoles). Con pocas excepciones, esto significa que los proveedores deben ofrecer intérpretes calificados, esto significa que los proveedores deben ofrecer intérpretes calificados, así como traducciones para recetas y otros documentos médicos. Las investigaciones anteriores han sugerido que tales adaptaciones mejoran los resultados clínicos y reducen las disparidades persistentes en la atención médica en general. Y, sin embargo, a pesar de la ley, y a pesar de los beneficios obvios, miles de hospitales y otras instalaciones médicas continúan quedándose cortos, lo que deja a los pacientes, confiando en que los familiares y amigos sean intérpretes ad hoc de enfermedades y atención médica. Es una forma inadecuada de comunicación que ocurre en las clínicas de todo el país todos los días, con consecuencias potencialmente desgarradoras en caso de que algo se pierda en la interpretación y/o traducción. Los datos de ambos tipos de trabajo se conciliaron en mi análisis para obtener una visión más completa de los problemas que enfrentan los pacientes de habla hispana y también para informar mejor mi propuesta para el campo.

Revisión de la literatura

Las cuestiones relacionadas con el acceso a la interpretación médica no se limitan únicamente al campo de la medicina. De 1982 a 1985, *The New Jersey Supreme Court Task*

Force on Interpreter and Translator Services llevó a cabo una investigación sobre el grado en que los tribunales son igualmente accesibles para las personas que no hablan inglés (Shaw). La comisión, con la ayuda de Robert Joe, el jefe de *The Administrative Office of the Courts*, trabajó en la mejora de la política de interpretación de idiomas en los tribunales, la prueba estandarizada de intérpretes y la instalación de un código de honor (Shaw). Entonces en 1955, Nueva Jersey y otros estados fundaron *The National Center for State Courts (NCSC)*: por sus siglas en inglés) con el apoyo de Robert Joe. Lo notable es que la organización se centra en garantizar la calidad de la interpretación médica en los tribunales mediante el uso de exámenes de certificación en los estados de *NCSC*. Hoy en día, aunque la ley federal requiere que las instituciones médicas que reciben fondos federales proporcionen servicios de interpretación gratuitos, la calidad de estos servicios están comprometidos por una clara falta de mecanismos de desembolso para las instituciones médicas, el alto costo, el gran número de visitas de pacientes, la limitada diversidad lingüística de los servicios de interpretación y más (Chen). Dicho esto, la revisión de la literatura se centrará en estudios de investigación que han investigado varios elementos relacionados con la accesibilidad y la calidad de los servicios de interpretación médica.

Chandrika Divi es investigadora en *The Joint Commission*, lo que es una organización que les da acreditación de interpretación médica a instituciones médicas en los Estados Unidos (Divi). Divi hizo un estudio que duró aproximadamente siete meses; ella había trabajado con seis instituciones médicas (hospitales grandes) específicamente para investigar errores en la interpretación médica (Divi). Su equipo concluyó que el 49,1% de los acontecimientos adversos con pacientes con dominio limitado en inglés implicaron alguna complicación (tratamiento incorrecto, daño físico, tiempo de espera prolongado, etc.), y el 29,5% de estos acontecimientos adversos ocurrieron cuando los pacientes con dominio limitado trataron de comunicarse en inglés

y esto resultaron en alguna complicación por *errores comunicativos* (Divi). El acceso a servicios de interpretación médica apropiados puede reducir estas disparidades en los resultados de la atención al reducir los errores comunicativos, reducir las visitas al departamento de emergencias, una mejor comprensión de las recomendaciones de los médicos, una perspectiva de salud más positiva, una mayor satisfacción del paciente y una atención más centrada en el paciente. Lisa Ross DeCamp, especialista en barreras lingüísticas médicas en *The Division of General Pediatrics, Johns Hopkins University School of Medicine* encontró que el uso de personas sin entrenamiento sigue siendo la opción predeterminada para muchos pacientes de proficiencia limitada en inglés para facilitar la comunicación en muchos entornos de atención médica (DeCamp). Este uso de intérpretes sin entrenamiento puede resultar en errores de comunicación con posibles consecuencias clínicas, comprensión inadecuada del paciente y resultados clínicos, menor satisfacción del paciente y menor transmisión de información crítica sobre la salud del paciente.

Anna M. Nápoles, una investigadora en *The Medical Effectiveness Research Center for Diverse Populations in the Division of General Internal Medicine at The University of California San Francisco* hizo un estudio notable con 32 pacientes hispanohablantes para comparar la precisión de la interpretación para profesionales en persona, con videoconferencias profesionales, con las personas sin entrenamiento (Nápoles). Los resultados no fueron sorprendentes; de hecho, dos de los investigadores verificaron la frecuencia de las instancias de interpretación inexactas y calificaron su significado clínico como clínicamente insignificante, moderado, o altamente clínicamente significativo. La interpretación inexacta ocurrió al doble de la tasa (el 54% de tiempo) para los intérpretes sin entrenamiento o en otras palabras—intérpretes ad hoc. La interpretación inexacta ocurrió el 25% de tiempo para intérpretes en persona y el 23%

del tiempo para el grupo de intérpretes en línea. Las omisiones de información o interpretaciones incorrectas fueron los tipos más comunes de errores de interpretación. Aunque hubo 27 errores en promedio por encuentro, solo el 7% de estos fueron moderados o altamente significativos clínicamente. Los errores del intérprete fueron comunes y ocurrieron de manera desproporcionada en los encuentros con intérpretes ad hoc y en promedio, 1-2 de estos errores fueron calificados como errores moderados o significativos. Estos datos son interesantes porque plantean una pregunta importante sobre la eficacia de los servicios virtuales de interpretación médica. Su estudio es consistente con 3 estudios que encontraron que las omisiones eran el tipo más común de error que podría mejorarse a través de una mejor capacitación de los intérpretes. En su estudio, los evaluadores clínicos calificaron la capacidad de los intérpretes ad hoc para transmitir las declaraciones de los médicos como de menor calidad que la videoconferencia profesional, destacando la importancia de la capacitación en terminología médica. En su estudio, solo la mitad de los médicos informaron capacitación sobre el trabajo con intérpretes, lo que puede mejorar el conocimiento y las actitudes de los médicos sobre el uso de intérpretes y la intención de superar las barreras del idioma. Por lo tanto, se necesita una capacitación estandarizada de intérpretes y médicos.

A pesar de que la pandemia de COVID-19 puede haber aumentado la frecuencia de la interpretación a distancia en entornos médicos, es importante señalar que hay muy pocos estudios publicados que comparan los servicios de interpretación médica a distancia de intérpretes capacitados vía telefónica y videoconferencia con los proporcionados en persona. Craig Locatis, de *Office of High Performance Computing & Communications at the National Library of Medicine*, realizó un estudio con doscientos cuarenta y un pacientes voluntarios de habla hispana, veinticuatro proveedores de salud y siete intérpretes para determinar la efectividad

de proporcionar los servicios de interpretación de forma remota (Locatis). Pacientes, proveedores e intérpretes hicieron evaluaciones de forma independiente calificando la calidad de los encuentros clínicos e hicieron textos libres comentarios. Se entrevistó a 23 de los proveedores, los siete intérpretes y un subconjunto de 30 pacientes. Los encuentros con la interpretación en persona fueron calificados significativamente más altos por los proveedores e intérpretes, mientras que los pacientes calificaron todos los métodos de la misma manera. No hubo diferencias significativas en las calificaciones de los proveedores e intérpretes de los métodos remotos. Los comentarios de los proveedores e intérpretes y los datos de las entrevistas respaldan las calificaciones más altas en persona, pero también mostraron una clara preferencia por el video por teléfono. Es importante destacar el hecho de que los pacientes calificaron los servicios de interpretación sin importar cómo se proporcionaron, pero experimentaron sólo el método empleado en el momento de la visita médica. Es difícil comparar estos resultados con otros estudios porque la literatura y los datos sobre la efectividad de los servicios de interpretación médica remota en comparación con los servicios en persona son alarmantemente limitados y deben investigarse más a fondo. Esta debería ser un área de investigación futura para *American Translators Association* (ATA: por sus siglas en inglés) es la asociación profesional más grande de traductores e intérpretes en los Estados Unidos con casi 10,000 miembros en más de 100 países (Greene).

Hay que notar que un intérprete certificado es considerablemente diferente a la de un médico o estudiante de medicina que simplemente hable el español con fluidez conversacional. Dr. Daniel Yawman, instructor clínico de pediatría en *University of Rochester School of Medicine and Dentistry and Rochester General Hospital* investigó cómo los aprendices médicos (estudiantes de medicina de cuarto año y residentes del segundo+ año) informan la comunicación

con pacientes de habla hispana, y para evaluar el deseo de los aprendices de mejorar sus habilidades lingüísticas y hacer que esas habilidades sean evaluadas formalmente (Yawman). Su equipo distribuyó cuestionarios a todos los estudiantes de medicina del cuarto año y residentes (excepto los de primer año) en práctica general, pediatría, medicina pediátrica, medicina de urgencias, y ginecología y obstetricia en *University of Rochester School of Medicine and Dentistry and Rochester General Hospital*. 241 de los individuos devolvieron el cuestionario. Se encontró que del 241 de estos participantes, 199 (83%) reportaron que no tenían fluidez conversacional en el español. 85% informó que probablemente o definitivamente participaría en programas de capacitación en idiomas, 199 de estos participantes, 53% había tomado una un historial médico o proporcionado asesoramiento directamente a pacientes de habla hispana sin ninguna forma de interpretación. Estos resultados ponen de relieve un problema importante en el sector médico: los estudiantes de medicina y residentes de múltiples especialidades utilizan habilidades inadecuadas en español para proporcionar atención médica directa a pesar de la disponibilidad de servicios de interpretación profesional. No hay una sustitución adecuada para un intérprete médico certificado para pacientes que no son competentes en inglés.

Glenn Flores, director del *Health Services Research Institute at Connecticut Children's Medical Center* y profesor de pediatría en la *University of Connecticut School of Medicine*, hizo un estudio para determinar la frecuencia, las categorías y las posibles consecuencias clínicas de los errores en la interpretación médica. Durante un período de 7 meses, su equipo grabó en audio y transcribió encuentros pediátricos en una clínica ambulatoria de un hospital en el que se utilizó un intérprete de español. Para cada transcripción, categorizaron cada error en la interpretación médica y determinaron si los errores tenían una consecuencia clínica potencial. Los intérpretes profesionales del hospital estuvieron presentes en 6 encuentros; los intérpretes ad hoc incluyeron

enfermeras, trabajadores sociales y un hermano de 11 años de un paciente. Se observaron trescientos noventa y seis errores de interpretación, con una media de 31 por encuentro. Lo interesante fue que los errores más comunes fueron la omisión (52%), la falsa fluidez (16%), la sustitución (13%), la editorialización (10%) y la adición (8%). Sesenta y tres por ciento de todos los errores tuvieron consecuencias clínicas potenciales, con una media de 19 por encuentro. La mayoría de los errores tienen posibles consecuencias clínicas, y los cometidos por intérpretes ad hoc tienen significativamente más probabilidades de tener posibles consecuencias clínicas que los cometidos por intérpretes hospitalarios. Debido a que es más probable que los errores de los intérpretes ad hoc tengan posibles consecuencias clínicas, se debe considerar el reembolso de terceros que proporcionan los servicios de intérpretes capacitados para los pacientes con dominio limitado del inglés. Estos datos son corroborados por otros estudios. Un estudio titulado *Alterations in Spanish Language Interpretation During Pediatric Critical Care Family Meetings* trató de estudiar alteraciones en la interpretación médica en español durante las reuniones familiares de cuidados críticos pediátricos en un hospital infantil terciario universitario. Es un estudio descriptivo y observacional con transcripciones literales de nueve reuniones familiares de cuidados intensivos pediátricos realizadas con intérpretes en persona y empleados en hospitales. El habla interpretada se comparó con el habla original del médico o de la familia utilizando los métodos de investigación cualitativa de análisis de contenido dirigido y análisis temático. Las alteraciones ocurrieron en el 56% de las expresiones interpretadas e incluyeron adiciones, omisiones, sustituciones, editorializaciones, respuestas para el paciente, confesiones no solicitadas y defensa del paciente. Las expresiones más largas se asociaron con más alteraciones. Concluyeron que para minimizar las alteraciones del intérprete durante las reuniones familiares, los médicos deben hablar en segmentos cortos (menos de 20 palabras) y pedir a los intérpretes

que interrumpan para facilitar una interpretación precisa. Debido a que se producen alteraciones, los médicos también pueden tratar regularmente de evaluar la comprensión de la familia.

Hay investigaciones limitadas que evalúan las opiniones de los intérpretes médicos sobre las mejores prácticas de interpretación cuando se utilizan para dar malas noticias o participar en conversaciones al final de la vida. Bajo Doctora Milagros Silva *en Division of Geriatrics and Palliative Medicine, Weill Cornell Medicine, New York*, se hizo un estudio para investigar el papel de los intérpretes médicos al interpretar las discusiones sobre temas relacionados con el final de la vida, identificar las prácticas que los intérpretes perciben como ayudando a mejorar u obstaculizar la comunicación entre el paciente y el proveedor, y obtener sugerencias sobre cómo mejorar la comunicación durante las conversaciones al final de la vida con pacientes de habla hispana y china. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con intérpretes médicos de habla hispana y china. Los participantes fueron reclutados hasta que se alcanzó la saturación temática. Se realizaron doce entrevistas, se grabaron, transcribieron y analizaron con cintas de audio utilizando métodos cualitativos estándares. Se identificaron seis temas principales: el nivel de comodidad percibido por los intérpretes médicos durante la interpretación al final de la vida; percepción de la función del intérprete; prácticas de comunicación percibidas como barreras para una comunicación efectiva; prácticas de comunicación que se consideran que facilitan una comunicación efectiva; recomendaciones concretas sobre la mejor manera de utilizar intérpretes médicos; y las necesidades de capacitación recibidas/percibidas. Los intérpretes médicos proporcionan una interpretación literal de la palabra hablada. Debido a los matices culturales en los pacientes/familiares de habla china y española durante las conversaciones al final de la vida, los intérpretes médicos pueden traducir el significado del mensaje dentro de un contexto cultural específico. La realización de reuniones previas después del encuentro es una estrategia

potencialmente importante para maximizar la comunicación durante las conversaciones al final de la vida.

Durante los últimos 10-15 años, la profesión de la interpretación médica en los Estados Unidos ha establecido asociaciones profesionales y códigos formales de ética que definen el papel y el comportamiento apropiados de los intérpretes. A pesar de estos acontecimientos, todavía no existe un consenso total sobre el papel apropiado del intérprete médico. Los investigadores de una variedad de disciplinas también han investigado el papel del intérprete y han argumentado conjuntamente que el papel del conductor es inadecuado en los encuentros médicos transculturales. Más bien, los intérpretes deben tratar de facilitar la comprensión y el significado entre los proveedores de atención de la salud y los pacientes. Kari White en *Population Research Center at the University of Texas*, hizo una investigación para identificar el comportamiento no conductual (intercambio de roles), dilucidar las diversas formas que adopta entre diferentes tipos de intérpretes y evaluar su potencial para afectar los encuentros clínicos (White). Mediante el uso de cintas de audio de 13 visitas pediátricas ambulatorias, se descubrió que los intérpretes de hospital no certificados participaban en el intercambio de funciones asumiendo el papel del proveedor; el papel del paciente; y tomando otras funciones no interpretativas, como socializar con las madres o actuar en el papel profesional alternativo de uno. Estos comportamientos ocurrieron con frecuencia entre ambos tipos de intérpretes, mientras que el proveedor se involucró activamente en la realización de la visita médica. En la mayoría de los casos, el intérprete no hizo que su comportamiento fuera transparente ni para el proveedor ni para la madre. De mayor preocupación, fueron los incidentes en los que los intérpretes fabricaron las respuestas de los pacientes o contradijeron los consejos de los proveedores, presumiblemente utilizando su propio juicio de lo que era mejor para el niño y la familia. Las instituciones de

atención de la salud deben garantizar la provisión de intérpretes capacitados. La capacitación para intérpretes médicos no solo debe incluir la certificación de la fluidez lingüística y la competencia en terminología médica, sino también estándares para el comportamiento apropiado en el entorno médico.

Un estudio interesante, dirigido por Nattaly Greene en *Oregon Health and Science School of Medicine*, estudió específicamente el acceso a la atención ortopédica para pacientes de habla hispana en California (Greene). Desde el sitio web de la American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), se selecciona al azar 50 consultorios de cirujanos ortopédicos en California especializados en cirugía de la rodilla. El investigador llamó a las oficinas elegibles usando un guión para solicitar una cita para un hipotético hombre de 65 años de habla hispana o inglesa con dolor de la rodilla. La persona que llamó seleccionó al azar el idioma principal del paciente para esta primera llamada. Una semana más tarde se realizó una segunda llamada solicitando una cita para un paciente idéntico que hablaba el idioma alternativo. No hubo diferencia significativa entre el acceso de los pacientes de habla hispana y de habla inglesa a las citas con un cirujano ortopédico. Se ofreció una cita a 36 pacientes de habla inglesa y a 35 pacientes de habla hispana. Se instruyó a 28 pacientes de habla hispana para que trajeran a un amigo o familiar que pudiera traducir por ellos, a 3 se les dijo que el proveedor hablaba suficiente español para comunicarse sin necesidad de un intérprete y sólo a 4 se les dijo que se pondría a disposición un intérprete. No se detectó una disparidad entre el acceso de los pacientes hispanohablantes y de habla inglesa a las citas con un cirujano ortopédico. Sin embargo, se pidió al 80% de los pacientes hispanohablantes que dependieran de intérpretes no calificados para su cita ortopédica. Este estudio sugiere que las oficinas ortopédicas en California dependen en gran medida de intérpretes ad hoc en lugar de servicios profesionales de interpretación.

Los objetivos principales de una investigación importante, *Rural Hospitals and Spanish-Speaking Patients with Limited English Proficiency*, fueron determinar las técnicas que utilizarían los hospitales rurales para acomodar a los pacientes hispanohablantes, identificar las fortalezas y barreras para proporcionar servicios lingüísticos y describir los enfoques locales de los servicios de asistencia lingüística (Torres). Se enviaron encuestas a 841 hospitales de 544 condados rurales con tasas de crecimiento latino moderado a alto entre 1990 y 2000. Un total de 319 hospitales rurales respondieron. Casi todos los hospitales rurales reportaron que tienen herramientas para ayudar a los pacientes a comunicar las necesidades lingüísticas. Las herramientas más utilizadas incluyen folletos, carteles de identificación de idiomas y tarjetas de identificación de idiomas. Los puntos fuertes fueron el apoyo institucional a los servicios de asistencia lingüística, la disposición del personal a utilizar intérpretes y el acceso a líneas telefónicas de idiomas. Las principales barreras incluyen la falta de fondos para intérpretes, la falta de programas locales de capacitación en idiomas y la falta de apoyo de las agencias estatales.

Un estudio, dirigido por el Dr. Warren J. Ferguson, buscó determinar cómo las diferencias entre médicos y pacientes en raza, etnia e idioma influyen en la calidad de la relación médico-paciente (Ferguson). Escribieron una revisión de la literatura para evaluar la evidencia existente de las disparidades étnicas y raciales en la calidad de la comunicación médico-paciente y la relación médico-paciente. Los pacientes de minorías, especialmente aquellos que no dominan el inglés, tienen menos probabilidades de recibir una respuesta empática de los médicos (algo para considerar en investigación futura), establecer una relación con los médicos, recibir suficiente información y ser alentados a participar en la toma de decisiones médicas. Es claro que la literatura sugiere una fuerza laboral de médicos más diversa, ya que los pacientes de minorías

tienen más probabilidades de elegir médicos de minorías, de estar más satisfechos con las relaciones concordantes con el lenguaje y de sentirse más conectados e involucrados en la toma de decisiones con médicos racialmente concordantes (Ferguson).

Dr. David Kuo, de *Morristown Memorial Hospital Department of Medicine*, hizo un estudio crítico en que investigó la utilización de diversos métodos de interpretación lingüística por los pacientes hispanohablantes en una clínica médica académica y para determinar la satisfacción de los pacientes y médicos con estos métodos (Kuo). Para sus métodos, se administraron encuestas a médicos residentes y pacientes de habla hispana; se preguntó por su experiencia y satisfacción con los diversos métodos de interpretación lingüística. Tanto los pacientes como los residentes tuvieron el nivel más alto de satisfacción con los intérpretes profesionales (92.4% frente al 96.1% que informó algo o muy satisfactorio). En contraste, los pacientes estaban significativamente más satisfechos que los residentes con el uso de familiares y amigos (85.1% frente al 60.8%). Los médicos y los pacientes estuvieron de acuerdo en que la precisión, la accesibilidad y el respeto por la confidencialidad eran características muy importantes de los intérpretes (>90% de ambos grupos informaron algo o muy importante). Sin embargo, los pacientes estaban más preocupados que los residentes por la capacidad del intérprete para ayudarlos después de la visita al médico (94% vs 45.1%). Llegan a la conclusión de que el uso de familiares y amigos como intérpretes para pacientes de habla hispana debe considerarse más seriamente; sin embargo, para optimizar la satisfacción del paciente, se deben tener en cuenta las diferencias entre los pacientes y los proveedores al utilizar la interpretación en entornos médicos. Estos resultados son consistentes con la literatura revisada aquí.

En *Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine*, un estudio dirigido por Amanda Gutiérrez, buscó describir cómo las herramientas lingüísticas utilizadas por

los intérpretes durante el retorno de los resultados de la secuenciación genómica pueden haber impactado la comunicación con las familias de habla hispana, y discutir las implicaciones para el papel de los intérpretes médicos. Mediante el análisis del discurso, identificaron y categorizaron las diversas formas en que los intérpretes hospitalarios adoptaron el idioma de los médicos en 37 sesiones grabadas en audio en las que los padres hispanohablantes que participaban en un ensayo clínico recibían los resultados de secuenciación genómica de su hijo de médicos de habla inglesa. Encontraron que los intérpretes adaptaron las declaraciones de los médicos usando cinco herramientas lingüísticas empáticas: Contextualización, estímulo, comprobación de la comprensión, endarización y ablandamiento. Los intérpretes utilizaron un promedio de cuatro herramientas lingüísticas por sesión, siendo la contextualización y el estímulo los más utilizados. Los intérpretes utilizaron herramientas lingüísticas empáticas para alterar las declaraciones de los médicos al comunicar información genómica a las familias de habla hispana. Nuestros hallazgos demuestran el papel crítico de los intérpretes como mediadores culturales y facilitadores de la comprensión para las familias de habla hispana. Este estudio amplía la definición de empatía clínica en sesiones mediadas por intérpretes. Los hallazgos sugieren que las revisiones de los estándares de la práctica de interpretación médica pueden estar justificadas con respecto a la capacidad de los intérpretes para adaptar el lenguaje de los médicos de una manera culturalmente sensible durante la interpretación.

Se estudió los servicios de interpretación médica específicamente en la sala de emergencia en *Examining Effectiveness of Medical Interpreters in Emergency Departments for Spanish-Speaking Patients With Limited English Proficiency: Results of a Randomized Controlled Trial* (Bagchi). Este estudio examinó si la disponibilidad de servicios de interpretación profesional en persona durante las visitas al departamento de emergencias afecta la

satisfacción de los pacientes con dominio limitado del inglés y sus proveedores de salud; esto fue un estudio aleatorio. Los investigadores asignaron al azar bloques de tiempo durante los cuales los intérpretes profesionales en persona estaban disponibles para los pacientes de habla hispana en los departamentos de emergencia de dos hospitales del centro de Nueva Jersey. Luego evaluaron los efectos de la intervención sobre la satisfacción del paciente y el proveedor a través de un modelo de regresión multinivel que tuvo en cuenta el anidamiento de los pacientes dentro de los bloques de tiempo y controló la edad y el sexo del paciente, el hospital y cuándo ocurrió la visita (entre semana o fin de semana). El estudio duró un período de 7 meses. A lo largo de los 7 meses 242 pacientes participaron en 101 bloques de tiempo de control. Durante el mismo tiempo 205 pacientes participaron en 100 bloques de tiempo de tratamiento. Los resultados indicaron que el 96% de los pacientes del grupo de tratamiento estaban "muy satisfechos" (en una escala Likert de 5 puntos) con su capacidad para comunicarse durante la visita en comparación con el 24% de los pacientes del grupo control. Del mismo modo, los médicos, las enfermeras de triaje y las enfermeras de alta tenían más probabilidades de estar muy satisfechos con la comunicación durante los bloques de tiempo de tratamiento que durante los bloques de tiempo de control. No se evaluó la agudeza de la enfermedad ni las medidas globales de satisfacción. Estos resultados sugieren que el uso de intérpretes médicos en persona y capacitados profesionalmente aumenta significativamente la satisfacción de los pacientes con dominio limitado del inglés de habla hispana y la satisfacción de sus proveedores de salud con la comunicación durante visitas al departamento de emergencias.

También, es importante tener en cuenta que se ha hecho muy poca investigación sobre servicios de interpretación médica para niños de padres que tienen un dominio limitado del inglés. La comunicación entre los cuidadores y los proveedores de atención médica es importante

en la prestación de atención médica de alta calidad para niños con complejidad médica. Los niños hispanos enfrentan muchos desafíos en el acceso a los servicios de salud. El objetivo del estudio *Communication Challenges Faced by Spanish-Speaking Caregivers of Children with Medical Complexity: a Qualitative Study* fue describir los desafíos de comunicación que enfrentan los padres de habla hispana con dominio limitado del inglés (Nageswaran). Esto fue un estudio cualitativo de 70 hijos de cuidadores de habla hispana, inscritos en un programa de atención compleja de un hospital infantil de atención terciaria en North Carolina. Los datos de la fuente secundaria fueron registros abstractos de las tareas de coordinación de la atención mantenidos por los dos coordinadores de atención bilingües del programa durante un período medio de observación de 45 meses, y complementados con datos de entrevistas con el coordinador de atención. Los datos fueron ingresados y codificados en una base de datos. Mediante el análisis de contenidos temáticos y un proceso iterativo, los investigadores identificaron temas recurrentes relacionados con los desafíos de comunicación de los cuidadores de habla hispana. La media edad de los niños era de 5 años; 51% eran niñas; 97% tenían Medicaid; y 3% no tenían seguro médico. Siete niños murieron durante el período de observación. Se identificaron tres temas principales de la siguiente manera: Los cuidadores se enfrentaron a muchos desafíos de comunicación principalmente debido a la barrera del lenguaje. Varios factores a nivel de cuidador, proveedor y sistema, además de la barrera del lenguaje, contribuyeron a los desafíos de la comunicación. Y finalmente, los problemas de comunicación tuvieron graves consecuencias para los hijos. Estas consecuencias fueron disminuidas por los coordinadores bilingües. Los padres de habla hispana con dominio limitado del inglés enfrentan desafíos de comunicación únicos que resultan en un impacto negativo en la atención médica de sus hijos. La gran conclusión de este estudio es que los coordinadores bilingües pueden ayudar a

mejorar la comunicación entre las dos partes, y que las intervenciones para abordar los desafíos de comunicación de los cuidadores y padres de habla hispana están justificadas. Pero, hay que notar que la literatura y la investigación en el contexto de los niños hispanohablantes son muy limitadas.

Aunque los materiales de educación en línea para el español médico han mejorado drásticamente, es importante señalar que los recursos en línea todavía no son completamente transparentes. El propósito del estudio *An Overview of Online Resources for Medical Spanish Education for Effective Communication with Spanish-Speaking Patients*, bajo Pilar Ortega, fue proporcionar un inventario crítico de recursos virtuales para la educación en español médico, proporcionando así un resumen completo del estado actual del español médico en línea (Ortega). Los miembros del equipo de investigación realizaron búsquedas iterativas para identificar los recursos médicos en línea en español, que luego se examinaron para determinar los criterios predeterminados de inclusión y exclusión. Entre junio y agosto de 2020, un panel de expertos médicos y lingüísticos adaptó y aplicó una herramienta de evaluación publicada previamente para determinar si los recursos que cumplían con los criterios del estudio ayudarían a los estudiantes a alcanzar las competencias básicas de español médico y en qué medida cada recurso incorpora actividades de lenguaje comunicativo. Se llevaron a cabo reuniones de consenso para resolver desacuerdos e identificar brechas en la educación en línea. De los 465 recursos, 127 fueron examinados más a fondo y ocho fueron seleccionados para su evaluación. Los especialistas médicos y lingüísticos calificaron de forma independiente cada recurso y, después de las discusiones, lograron un consenso. En general, ningún recurso cumplió con los criterios de idoneidad para las cinco competencias o elementos culturales del estudiante de español médico,

y solo uno fue adecuado para lograr la competencia de autoevaluación. Esto significa una necesidad de recursos en línea para la educación médica en español.

En conclusión, el campo de la interpretación médica (en español específicamente) es un área importante de investigación debido a las crecientes necesidades de los pacientes, y especialmente de sus hijos. Muchos de los puntos discutidos en esta revisión de la literatura, como la efectividad de la interpretación remota frente a la interpretación en persona, la comodidad del paciente, la claridad de la comunicación y la capacitación de intérpretes médicos, proporcionan la base de cómo se construyeron los cuestionarios y las entrevistas de mi estudio.

Metodología

El proyecto utilizó dos métodos principales de recopilación de datos: *una encuesta para pacientes de habla hispana y una entrevista semiestructurada a tres intérpretes médicos de Indianápolis*. Es muy importante obtener perspectivas tanto de los pacientes como de los intérpretes, ya que mi estudio que principalmente involucra a dos partes (el paciente y el intérprete). El cuestionario les preguntó a los pacientes sobre la experiencia general con la interpretación médica, qué tan cómodos los pacientes se sienten con intérpretes médicos, cómo se enteraron de estos servicios, la facilidad de acceso, etc. No se hicieron preguntas sobre la información de salud protegida y las preguntas se centraron estrictamente en la experiencia con los servicios de interpretación. El segundo componente del proyecto consistió en entrevistar a tres intérpretes médicos en el área de Indianápolis con el fin de comprender mejor los problemas desde su perspectiva. Esta sección detalla cómo se construyeron estos materiales y también cómo se administraron exactamente.

I. La encuesta

Construí una encuesta para ampliar mi comprensión de las opiniones de los pacientes sobre lo fácil que era acceder a la ayuda y cómo caracterizarían la calidad general de los servicios de interpretación médica. Para participar en esta parte del estudio, era obligatorio que el participante fuera un hispanohablante del área general de Indianápolis, tener más de 18 años y haber recibido servicios de interpretación médica en los últimos dos años o haber usado amigos o parientes como intérpretes médicos en los últimos dos años. Antes de que cada participante hiciera la encuesta, se les informó de que: *Yo (Brandon Block) soy estudiante de la Universidad de Michigan y estoy haciendo investigación sobre el uso de los intérpretes médicos aquí en Ann Arbor. Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria y anónima. No tiene que responder a ninguna pregunta que no desee.* La encuesta fue diseñada para proteger la identidad y privacidad de cada participante. Quería proporcionar la oportunidad a los participantes de ser anónimos de modo que pudieran expresar sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones lo más libremente posible sin preocuparse de que iba a informar a una persona de autoridad sobre sus respuestas. Si el participante aceptó ser parte del estudio después de escuchar esta información y proporcionó consentimiento informado, se le dieron las preguntas de la encuesta. Una copia completa de la encuesta se encuentra en el Apéndice A.

La primera parte de la encuesta incluye preguntas demográficas. A los participantes se les preguntó específicamente sobre: su edad (*¿Cuántos años?*), su sexo (*¿Cómo se identifica, hombre, mujer, trans, etc.?*), su trabajo (*¿Cuántas horas por semana?*), su país de nacimiento (*¿Dónde nació?*) y finalmente años pasados en los Estados Unidos (*¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?*). La información de estas preguntas se utilizaron para comprender mejor los antecedentes generales de la muestra de participantes. Quería asegurarme de que estaba recopilando datos de un grupo diverso de hispanohablantes. Tomé la decisión de no incluir a los

niños pequeños en mi estudio porque muchos de ellos probablemente vinieron a los Estados Unidos o nacieron en el país, y un resultado es probablemente bilingüe en la mayoría de los casos.

Después de que se hicieron las preguntas demográficas, pregunté sobre la experiencia del participante con los intérpretes médicos. Para comprender con qué frecuencia el participante usaba los servicios de interpretación médica, se le preguntó: *¿Cuántas veces ha usado un intérprete en los últimos dos años?* (Pregunta #1). Luego quise averiguar con qué frecuencia los participantes no tenían un intérprete médico durante cualquier cita que recibieran atención médica; se le preguntó: *¿Con qué frecuencia no tuvo un intérprete cuando lo necesitaba?* (Pregunta #2). Como se destacó en la revisión de la literatura, el uso de la familia y/o amigos como intérpretes médicos es muy frecuente en los Estados Unidos hoy, lo que me llevó a preguntar: *¿Con qué frecuencia utilizó a un amigo o pariente como intérprete cuando fue al médico en los últimos dos años?* (Pregunta #3). También quería saber en general cómo se informaba a los pacientes sobre estos servicios y cómo se los pidieron, entonces les pregunté: *¿Cómo se enteró de los servicios de intérpretes?* (Pregunta #4) y *¿Cómo pidió su intérprete?* (Pregunta #5). Estas preguntas fueron diseñadas para obtener datos objetivos sobre la frecuencia de uso de intérpretes por parte de los participantes en los últimos 2 años.

Luego se hizo a los participantes preguntas más subjetivas específicamente sobre su última vez utilizando un intérprete médico. En primer lugar, pregunté: *¿Fue fácil pedir un intérprete (1 es muy difícil mientras 5 es muy fácil)?* (Pregunta #6). Entonces pregunté: *¿Su intérprete fue en persona, en línea o por teléfono?* (Pregunta #7). Quería determinar si existía una correlación entre el tipo de interpretación que recibía el participante (virtual, en persona o por teléfono) y las respuestas a las siguientes preguntas. También me interesaba lo cómodo que

se sentían los participantes con su último intérprete médico, por lo que se les preguntó: *¿Qué tan cómodo/a se siente con un intérprete (1 es no muy cómodo mientras 5 es muy cómodo)?*

(Pregunta #8). Las siguientes dos preguntas se centraron en la calidad general de los servicios:

¿Su intérprete explicó las cosas de una manera que fue fácil de entender (1 es muy difícil mientras 5 es muy fácil)? (Pregunta #9) y *¿Cómo fue su experiencia con el intérprete(1 es muy mala mientras 5 es excelente)?* (Pregunta #10). Al final de la encuesta, quería ofrecer a los

participantes la oportunidad de decir algo sobre su experiencia que no había pedido ya. Así terminé con: *¿Hay algo que quiera expresar sobre su experiencia o en general con sus intérpretes médicos?* (Pregunta #11).

Esta encuesta fue administrada por teléfono; escribí las respuestas de los participantes en una hoja de cálculo en Google Sheets donde cada participante recibió un número. La hoja de cálculo se mantuvo en un fichero confidencial en mi Google Drive. Las preguntas se hicieron en español exactamente como se detallan anteriormente. Por razones que se discuten en las secciones de limitaciones, no pude utilizar un grupo seleccionado al azar. Utilicé esta hoja de cálculo para calcular la media y las desviaciones estándar de todos los valores numéricos. Por tanto, los participantes de mi estudio fueron amigos, amigos de amigos, padres de amigos, y algunas personas que encontré usando mis redes sociales. Al final, compilé las respuestas de 50 participantes durante un período de dos semanas en febrero de 2022. La hoja de cálculo con todos los resultados se puede encontrar en el Apéndice B.

II. La entrevista semiestructurada a los intérpretes

El segundo componente de la metodología fue una entrevista semiestructurada a tres intérpretes. Es muy diferente a una entrevista tradicional en la que el entrevistador solo hace preguntas de una lista predeterminada de preguntas; mientras, una entrevista semi-estructurada es

abierta y permite que se planteen nuevas ideas durante la entrevista como resultado de lo que dice el entrevistado. El entrevistador en una entrevista semiestructurada generalmente tiene un marco de temas a explorar y una lista de preguntas para iniciar la conversación (pero el entrevistador no se limita a estas preguntas). Esta lista de preguntas que escribí con anticipación se puede encontrar en el Apéndice C.

Para poder participar en mi estudio, los intérpretes tenían que tener al menos 18 años de edad, haber trabajado como intérprete para pacientes de habla hispana durante al menos un año en el área de Indianápolis y tener una certificación formal (porque hay una distinción entre un intérprete con una certificación formal y un intérprete voluntario que trabaja para la comunidad). Las entrevistas se realizaron enteramente en inglés. Se informó a todos los entrevistados de que: *I (Brandon Block) am a student at the University of Michigan doing research on the use of medical interpreters in Indianapolis, IN. Your participation in this brief interview is completely voluntary and anonymous. You don't have to answer any questions you don't want.* Al igual que con los pacientes, quería proporcionar la oportunidad a los participantes de ser anónimos de modo que pudieran expresar sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones lo más libremente posible sin preocuparse de que iba a informar a una persona de autoridad sobre sus respuestas. Una vez que los pacientes aceptaron ser parte del estudio y proporcionaron el consentimiento informado verbal, hice las preguntas. Las tres entrevistas duraron entre siete y trece minutos aproximadamente.

No detallaré todas las preguntas que les hice a ellos aquí, ya que se pueden encontrar en el Apéndice C; sin embargo, les hice una variedad de preguntas con respecto a sus antecedentes, tales como: *What type of training did you receive (type, duration, certifications, how long ago, continuing education, etc.)? And Do you feel like it adequately prepared you for this position?*

También les hice a los intérpretes muchas de las mismas preguntas que les hice a los pacientes como: *How often do you believe patients use friends or family members as medical interpreters in your clinic?* and *How comfortable do you believe your patients generally are with medical interpreters?* Para entender mejor las condiciones en las que los intérpretes hacen su trabajo, pregunté: *Do you feel like you receive enough support from your employer to do your job (i.e. patient load, hours, schedule, etc.)?* and *What improvements do you believe can be made to medical interpretation here as a whole?* Finalmente, como se ofreció a los pacientes, les di a los intérpretes una oportunidad al final de la entrevista para añadir cualquier cosa: *Anything else that you would like to add that I have not asked?*

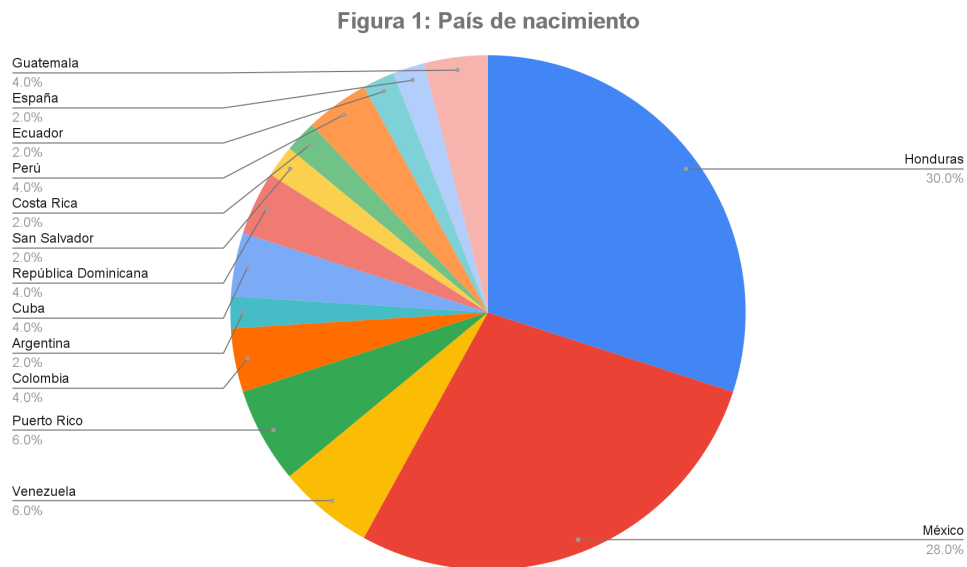
En línea, encontré tres intérpretes en el área de Indianápolis. Las entrevistas se realizaron por teléfono y se grabaron con mi iPhone durante un período de una semana en marzo de 2022. Luego transcribí palabra por palabra las conversaciones. Las transcripciones se almacenaron en un fichero confidencial en mi Google Drive. Luego analicé el contenido de estas transcripciones y reconcilié sus respuestas con los resultados de la encuesta al paciente. Las transcripciones completas de las entrevistas se pueden encontrar en los Apéndices D, E y F.

Resultados

I. Encuesta a los pacientes

De los 72 hispanohablantes con los que intenté contactar, solo recibí respuestas de 50 de ellos—una tasa de respuesta del 69,44%. Los datos demográficos proporcionan una visión general interesante de la diversidad que representa la muestra. Mi muestra contenía más mujeres que hombres; los hombres representaban 19 de los 50 participantes (38,00%) y mujeres representaban 31 de los 50 participantes (62,00%). La edad media de las muestras fue de 48,42 años. Los participantes en promedio informaron que trabajan 36,36 horas cada semana. Además,

los participantes en promedio, en esta muestra informaron que habían pasado 11,31 años en los Estados Unidos. La muestra también representa a un grupo de hispanohablantes de un conjunto diverso de 14 países diferentes. Las personas de Honduras (30,00%) y México (28,00%) representaron la mayoría en la muestra. Las personas de Puerto Rico (6,00%) y Venezuela (6,00%) también recibieron representación notable en la muestra. Otros países como Costa Rica (2,00%), España (2,00%), Perú (2,00%), y otros representan proporciones pequeñas de la muestra. Consulte la Figura 1 para ver una representación visual del informe.



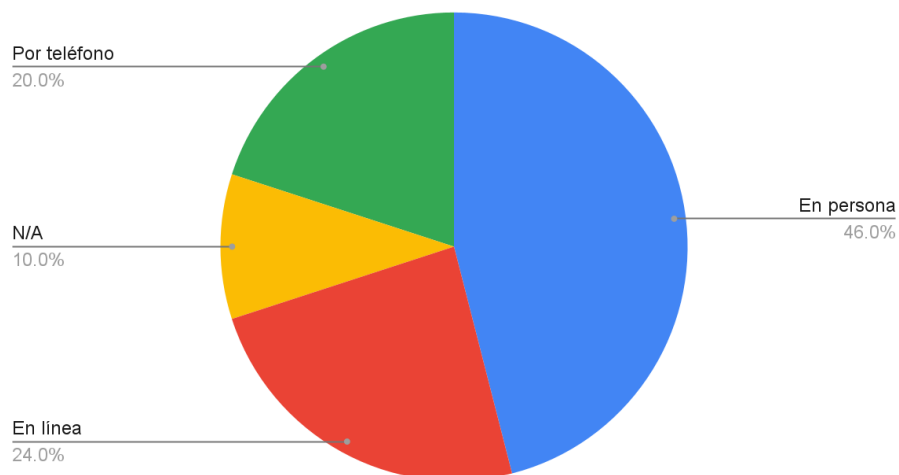
Las respuestas a la pregunta 4 (*¿Cómo se enteró de los servicios de intérpretes?*) revelaron que la mayoría, el 78,00% de la muestra, se enteró de los servicios de interpretación médica, ya fuera en el consultorio médico o en el hospital. Curiosamente, solo el 2,00% de los participantes se enteraron de los servicios de interpretación médica por teléfono. En consecuencia, las respuestas a la pregunta 5 (*¿Cómo pidió su intérprete?*) revelaron que el 88,00% de la muestra solicitó sus servicios de interpretación, ya fuera en el consultorio del

médico o en el hospital. Solo el 4,00% solicitó los servicios de interpretación médica por teléfono, lo que representa una porción muy pequeña de la muestra. Las respuestas a la pregunta 6 (*¿Fue fácil pedir un intérprete? (1 = muy difícil y 5 = muy fácil)*) mostró que los pacientes calificaron la facilidad de acceso a 3,96.

Los participantes en la muestra informaron haber utilizado un intérprete médico un promedio de 3,72 veces en los últimos 2 años. Las respuestas a la pregunta 2 revelaron que los pacientes no tenían un intérprete en promedio 1,86 veces en los últimos 2 años cuando lo necesitaban. Lo que fue preocupante es que las respuestas a la pregunta 3 revelaron que los pacientes informaron haber usado a un amigo o pariente como intérprete médico 1,54 veces en los últimos 2 años.

Las respuestas a la pregunta 8 (*¿Qué tan cómodo/a se siente con un intérprete? (1 = no muy cómodo y 5 = muy cómodo)*) revelaron que los pacientes calificaron su nivel de comodidad con los intérpretes médicos 4,09. Además, los datos correspondientes a la pregunta 9 (*¿Su intérprete explicó las cosas de una manera que fue fácil de entender (1 = muy difícil y 5 = muy fácil)?*) mostraron que los pacientes generalmente entendían muy bien a sus intérpretes; los pacientes en promedio respondieron 4,51. Por último, los pacientes aparecieron satisfechos con los servicios de interpretación médica y pensaron que eran de buena calidad. Los datos correspondientes a la pregunta 10 (*¿Cómo fue su experiencia con el intérprete (1 = muy mala y 5 = excelente)?*) mostró que los participantes calificaron la calidad general de su experiencia con los intérpretes 4,48. En la pregunta 7 se preguntó sobre el tipo de servicios de interpretación que los participantes utilizaron en su última cita. La mayoría de los participantes (46,00%) utilizaron servicios en persona. La figura 2 resume visualmente estos datos. En la tablas 1, 2, y 3 se desglosan todos los datos de las preguntas 8, 9 y 10 por tipo de servicios de interpretación.

Figura 2: Respuestas a Pregunta 7 (tipo de servicios)



	En persona	En línea	Por teléfono
Promedio	4,70	3,66	3,2
Desviación estándar	0,56	0,65	1,14

Tabla 1 (Pregunta 8): Nivel de comodidad

	En persona	En línea	Por teléfono
Promedio	4,74	4,12	4,1
Desviación estándar	0,45	0,67	0,57

Tabla 2 (Pregunta 9): Nivel de comprensión

	En persona	En línea	Por teléfono
Promedio	4,78	4,33	3,95
Desviación estándar	0,52	0,49	0,60

Tabla 3 (Pregunta 10): Calidad general

II. Entrevista semiestructurada con los intérpretes

Para proteger la anonimidad de los tres intérpretes que ofrecieron ser participantes en mi estudio, se les refieren como intérprete 1, intérprete 2 e intérprete 3; las transcripciones completas de estas entrevistas telefónicas se pueden encontrar en los Apéndices D, E y F, respectivamente. Además, la información de identificación fue redactada de las transcripciones. Los tres intérpretes que entrevisté tienen varios años de experiencia y todos trabajan en tres entornos distintos. En esta sección, se resumen los puntos principales de cada una de las tres entrevistas.

El intérprete 1 ha trabajado como intérprete por 30 años y actualmente trabaja con un proveedor privado de servicios profesionales de traducción, interpretación y localización de idiomas en Indianápolis, Indiana. Destacó los riesgos de utilizar intérpretes ad hoc en un contexto médico con anécdotas; también llamó la atención sobre las preocupaciones éticas de usar a niños como intérpretes, concretamente, en la interpretación de sus padres. Llamó la atención sobre el hecho de que algunas de las clínicas más pequeñas de Indianápolis no tienen los recursos para proporcionar a los pacientes de habla hispana un intérprete con licencia. Discutió la impersonalidad de la interpretación telefónica, y la relacionó con la experiencia de su madre cuando se enfermó con COVID-19. Una cuestión realmente importante que este intérprete destacó fue que algunos pacientes pueden optar por no pedir o no usar un intérprete médico cuando se sienten avergonzados por un problema médico. En los minutos finales de la entrevista, mencionó dos puntos importantes: es imperativo crear conciencia sobre los riesgos de los pacientes que utilizan intérpretes médicos no capacitados para facilitar la comunicación y ampliar la interpretación de video.

El intérprete 2 ha trabajado como intérprete médico en Indianápolis durante el último año, y actualmente interpreta para pacientes en un hospital público ubicado en el centro de la ciudad. Este intérprete mencionó la importancia de proporcionar un intérprete para todos los que lo necesitan, incluso si pueden hablar algo de inglés, es posible que aún no puedan entender todo por completo. En esta entrevista, el intérprete también mencionó este problema en el que muchas clínicas más pequeñas les piden a los pacientes que traigan a alguien para interpretar.

Por último, el intérprete 3 ha trabajado como intérprete médico durante el último año y medio y actualmente trabaja en la oficina de interpretación en un hospital universitario. Este intérprete habló enfáticamente sobre cómo realmente disfruta de su papel de representante del paciente. Este intérprete llamó la atención sobre el hecho de que en la interpretación telefónica, las expresiones emocionales y el lenguaje corporal no se comunican adecuadamente, y que siempre se preferirá la interpretación en persona o en video que la interpretación telefónica (aunque por teléfono puede ser más fácil para los intérpretes). En términos de la calidad de la interpretación médica, enfatizó lo importante que es para los intérpretes médicos presentarse adecuadamente y explicar su papel al paciente. Una solución interesante para superar las barreras de idioma entre el paciente y el médico que él propuso fue la implementación de clases de español en los planes de estudio de las facultades de medicina, ya que es un idioma tan ampliamente hablado en los Estados Unidos pero no mencionó cómo esto abordaría las barreras lingüísticas relacionadas con otros idiomas.

Análisis de los datos

I. La encuesta

A pesar de que los datos demográficos de la encuesta sugieren que mi muestra provino de un grupo diverso de hispanohablantes de 14 países diferentes, es importante tener en cuenta lo

siguiente: los hondureños representaron el 30,00% de los participantes. Esto se debe al hecho de que muchas de mis conexiones en Indianápolis, que se ofrecieron a ser voluntarios para participar en mi estudio, son de la comunidad hondureña. Esto significa que el desglose demográfico de la muestra, en el contexto del país de origen, puede no ser totalmente representativo de toda la comunidad hispana de Indianápolis, Indiana. Dado que la edad media de los participantes fue de 48,42 años y que los participantes habían pasado un promedio de 11,31 años en los Estados Unidos, se puede decir que la gran mayoría de la muestra consistió en adultos de mediana edad que habían pasado una duración significativa de tiempo en este país.

Los pacientes informaron haber usado servicios de interpretación médica un promedio de 3,72 veces en los últimos 2 años y la gran mayoría de los participantes encontraron servicios de interpretación en el consultorio del médico o en el hospital (78,00%) y los pidieron en el consultorio del médico o en el hospital (88,00%). Esto posiblemente puede sugerir que las iniciativas diseñadas para ampliar el acceso se implementarán de manera más efectiva en clínicas, oficinas y hospitales, donde la mayoría de los pacientes ya acceden a esta ayuda. El enfoque debe estar en hacer que estos servicios sean más conocidos en estos entornos clínicos en lugar de invertir tiempo y dinero tratando de aumentar el acceso a través de medios fuera de la clínica, como a través del teléfono, donde solo el 2,00% de los participantes encontraron información sobre los servicios de interpretación médica por teléfono. La necesidad de estas iniciativas para aumentar el acceso y asegurarse de que cada paciente de habla hispana tenga un intérprete médico, si lo desea, se destaca por el hecho de que los pacientes no tenían un intérprete en promedio 1,86 veces en los últimos 2 años cuando lo necesitaban. En estos casos, cuando los pacientes no saben preguntar o no tienen acceso a estos servicios, a menudo utilizan a la familia o un amigo como intérprete (un promedio de 1,54 veces en los últimos 2 años). 34 de los 50

participantes (68,00%) de la muestra informaron haber utilizado a un amigo o pariente como intérprete al menos una vez en los últimos 2 años, lo que constituye una gran parte de los participantes. Los riesgos de utilizar estos intérpretes ad hoc (que probablemente sean desconocidos para muchos pacientes) se destacaron en la revisión de la literatura.

Un dato interesante es que, incluso después de años de la pandemia de COVID-19, el 46,00% de los participantes en el estudio utilizaron servicios de interpretación en persona en su última solicitud, mientras que el 24,00% utilizó servicios en línea y el 20,00% utilizó la interpretación telefónica. Es muy posible que esta utilización importante de los servicios de interpretación médica en persona se correlacione con la satisfacción general de los participantes con la calidad general de los servicios—teniendo en cuenta el hecho de que los participantes calificaron la calidad de su experiencia con los intérpretes 4,48 de 5. De hecho, la calificación promedio para aquellos que utilizaron los servicios de interpretación en persona en su última solicitud fue de 4,78, en comparación con 4,33 para los servicios en línea y 3,95 para los servicios telefónicos. A partir de estos datos, parece que los participantes fueron generalmente más satisfechos con los servicios en persona y menos satisfechos con los servicios telefónicos. A pesar de que una calificación promedio de 3,95 para los servicios telefónicos no es horrible, en términos relativos, sigue siendo considerablemente menor que la calificación promedio de 4,78 que recibieron los servicios en persona. Realmente yo quería entender por qué los pacientes califican consistentemente la calidad general de la interpretación médica en persona más alta que las otras dos. Un análisis más detallado de los datos revela algo aún más interesante.

Aunque las respuestas a la pregunta 8 revelaron que todos los pacientes calificaron su nivel de comodidad con los intérpretes médicos promedio de 4,09 de 5 y respuestas a pregunta 9 mostraron que todos los pacientes generalmente entendían muy bien a sus intérpretes como los

pacientes en promedio respondieron 4,51 de 5, hay diferencias aparentemente pequeñas, pero no muy notables, entre los diferentes tipos de interpretación cuando se desglosan los datos por grupo. Las calificaciones promedio tanto para la comodidad como para la comprensión fueron más altas para la interpretación en persona a 4,70 y 4,74 respectivamente y fueron más bajas para la interpretación telefónica a 3,20 para la comodidad y 4,1 para la comprensión. Además, las calificaciones promedio para la interpretación en línea fueron de 3,66 para la comodidad y 4,12 para la comprensión. Es muy probable que los participantes tendieron a calificar la calidad general de los servicios de interpretación en persona más alta que la interpretación telefónica incluso en línea, porque curiosamente, como destacan estos datos, los pacientes que utilizaron la interpretación en persona en su última solicitud siempre dieron calificaciones promedio más altas para la comodidad y la comprensión. Es posible que los participantes se sintieran más cómodos hablando con una persona en la vida real en vez de alguien a quien no se pueden ver por teléfono o en la computadora; tal vez los pacientes tengan más facilidad para comprender al intérprete que está físicamente en la habitación en vez de comunicarse a través de un dispositivo. A pesar de que estas diferencias numéricas son relativamente pequeñas y que las calificaciones realmente no son particularmente bajas en ninguna de estas áreas, vale la pena señalar que los pacientes que utilizaron la interpretación en persona tuvieron una experiencia ligeramente mejor.

II. La entrevista semiestructurada

El uso generalizado de intérpretes ad hoc en Indianápolis, Indiana, que se vio en los resultados de la encuesta, fue corroborado por los tres entrevistados. El intérprete 2 dijo que en algunas clínicas a veces “they ask somebody to come with them [the patient] or I guess somebody that they can call when they’re there [to interpret]” (le piden a alguien que venga con ellos [el paciente] o supongo que a alguien a quien pueda llamar cuando estén allí [para

interpretar]). Además, el intérprete 1 había dicho que esto *no suele ser un problema con los hospitales más grandes*, sino “if its a private clinic and things like that, they don’t. But some of those will try to find an interpreter for their patient, but some [clinics] just say bring somebody and they [the patients] will use family members or friends” (si es una clínica privada y cosas así, no lo hacen. Pero algunos de ellos tratarán de encontrar un intérprete para su paciente, pero algunas [clínicas] solo dicen que traigan a alguien y ellos [los pacientes] usarán familiares o amigos). Lo que todos estos datos de la encuesta y las respuestas a las entrevistas parecen significar es que el uso de intérpretes no capacitados se ha normalizado en muchas partes de la comunidad.

Además de no conocer terminología médica específica, la intérprete 1 destacó las preocupaciones éticas de usar a un niño como intérprete para sus padres cuando mencionó “it is not fair for a child to interpret to their mother or father to say “hey you have cancer.” Because...that’s not a way for a child to find out about the illnesses whichever it is that their parent might have” (no es justo que un niño interprete a su madre o padre para decirle “oye, tienes cáncer.” Porque... esa no es una forma de que un niño se entere de las enfermedades, cualquiera que sea la que su padre pueda tener). Este es un punto realmente importante porque este uso de intérpretes ad hoc no solo es una cuestión de si los pacientes de habla hispana reciben los recursos adecuados para facilitar la comunicación con el proveedor, sino que también es una cuestión ética de si está bien que los niños estén en la posición en la que comunican las noticias médicas más difíciles a sus padres. Es realmente importante que todas las instituciones que brindan atención médica entiendan por qué es tan importante tener un intérprete que esté certificado y que sea profesional, en comparación con un niño o un amigo.

Los resultados de la encuesta que sugirieron que los pacientes se sienten menos cómodos con la interpretación telefónica también fueron corroborados por los tres intérpretes que entrevisté. La intérprete 2 me dijo que “Over the phone is harder because sometimes you [the interpreter] don’t know who is talking and who all are in the room, but with the video, you are able to do that—the patient can see your face. Body language is important, I do believe when you are interpreting in the medical field” (Por teléfono es más difícil porque a veces usted [el intérprete] no sabe quién está hablando y quiénes están todos en la sala, pero con el video, puede hacer eso: el paciente puede ver su cara. El lenguaje corporal es importante, creo que cuando estás interpretando en el campo médico). Naturalmente, el lenguaje corporal es una parte realmente clave de la interacción humana, especialmente cuando un intérprete facilita la comunicación entre hablantes de diferentes idiomas, que se pierde en la interpretación telefónica y puede explicar por qué los pacientes se sienten menos cómodos con los intérpretes telefónicos. De hecho, el intérprete 3 había sostenido que “in person interpretation will always be a better way to show emotion—to display emotion—I don’t think it can compete with having an in-person interpreter” (la interpretación en persona siempre será una mejor manera de mostrar emoción, de mostrar emoción, no creo que pueda competir con tener un intérprete en persona). La interpretación telefónica parece tener una limitación muy notable, ya que es mucho menos personal para muchos pacientes, lo que en algunas circunstancias puede dificultar la comunicación completa y cómoda entre el proveedor y el paciente. El intérprete 3 también mencionó otra limitación significativa de la interpretación telefónica que podría dificultar la comunicación (por parte del intérprete); ella dijo “and if there are three people in the room: two English-speaking and one Spanish-speaking, you don’t know which one is talking. Is it the friend of theirs that’s there? Is it the doctor? Is it the nurse? It’s kind of hard to determine who’s saying

what” (y si hay tres personas en la sala: dos de habla inglesa y una de habla hispana, no sabes cuál está hablando. ¿Es el amigo que está allí? ¿Es el médico? ¿Es la enfermera? Es difícil determinar quién está diciendo qué). Todos estos aspectos negativos asociados con la interpretación telefónica deben tenerse en cuenta al intentar no solo de mejorar la calidad de estos servicios para el paciente, sino también lo que se puede hacer para facilitar el trabajo del intérprete, por lo que hay menos errores de comunicación.

En términos de la calidad y accesibilidad de la interpretación médica en Indianápolis, Indiana, los entrevistados proporcionaron una multitud de mejoras lógicas y de sentido común que se podían implementar. Los intérpretes 1 y 3 expresaron su firme apoyo a la expansión de la interpretación en línea para hacer que estos servicios sean más accesibles. El intérprete 3 remarcó “[to] mitigate some of those barriers is whenever we do virtual interpreting, we try to do it with video. Um—that allows the patient to see the interpreter and not just have it [phone interpretation] be a voice” ([para] mitigar algunas de esas barreras es cada vez que hacemos interpretación virtual, tratamos de hacerlo con video. Um, eso permite que el paciente vea al intérprete y no solo que [la interpretación telefónica] sea una voz). Desde la perspectiva tanto de los pacientes como de los intérpretes, está claro qué tipo de interpretación es la más ideal; además, el intérprete 3 mencionó que también que “I think we should create more awareness about the difficulties and all the different scenarios that can happen [when patients use ad hoc interpreters]” (Creo que deberíamos crear más conciencia sobre las dificultades y todos los diferentes escenarios que pueden ocurrir [cuando los pacientes usan intérpretes ad hoc]) para ambas instituciones médicas y pacientes. El intérprete 3 también mencionó que podría ser una buena idea que las escuelas de medicina implementen el español en sus planes de estudio, ya que es un idioma tan comúnmente hablado en los Estados Unidos. Todas estas ideas deben

considerarse al crear una solución integral para superar las barreras médicas en la comunidad de habla hispana en Indianápolis, Indiana.

Limitaciones del estudio

Pude recopilar datos de encuestas de 50 pacientes de habla hispana y entrevistar a 3 intérpretes, de Indianápolis, Indiana, con éxito, pero este no era el plan original que tenía para mi estudio. Inicialmente, cuando estaba comenzando a planear el proyecto en enero de 2021, mi visión era entrevistar a pacientes e intérpretes en Ann Arbor, Michigan. Sin embargo, los desafíos sin precedentes asociados con la pandemia de COVID-19 me obligaron a cambiar el procedimiento en mi investigación. En esta sección, se detallan los varios desafíos que superé durante el curso de este proyecto y se llama la atención sobre las notables limitaciones con respecto a la construcción de mi estudio—con el objetivo de que pueda destacar lo que se podría hacer de manera diferente en un estudio futuro.

El plan original era distribuir las encuestas a los pacientes directamente en una clínica o hospital en Ann Arbor (en persona con papel y lápiz) porque quería proporcionar investigación para la comunidad en la que asisto a la universidad. Después de consultar con múltiples hospitales y clínicas locales en Ann Arbor en noviembre de 2021, me informaron que con todas las restricciones de capacidad de la pandemia en los espacios médicos y con lo ocupados que están los intérpretes, no se me permitió dar la encuesta en ninguno de los lugares con los que contacté aquí en Ann Arbor. Los numerosos correos electrónicos tomaron mucho tiempo. Lo que se hizo muy evidente en ese momento fue que iba a tener que encontrar participantes para mi encuesta por mi cuenta y sin ninguna ayuda de las instituciones médicas locales. Para alguien, como yo, que no es de esta área o estado y que no tiene conexiones personales en la comunidad local de habla hispana, encontrar suficientes participantes para mi investigación iba a ser

extraordinariamente desafiante. También había otro estudiante de la Universidad de Michigan que estaba haciendo un proyecto similar.

Afortunadamente, tenía suficientes conexiones en la comunidad de habla hispana en Indianápolis, Indiana. Tenía los contactos de varias personas a las que pude pedir que participaran en mi estudio. Como resultado, tomé la decisión de cambiar el enfoque de mi investigación de la interpretación médica en Ann Arbor, Michigan a Indianápolis, Indiana, mi ciudad natal. Modifiqué las preguntas de la encuesta para incluir también preguntas sobre su experiencia general con sus intérpretes en los últimos 2 años, en lugar de solo su última visita, porque la encuesta no se distribuyó directamente en la clínica. Además, es importante tener en cuenta que, dado que vivía en Ann Arbor, Michigan, en el momento de este estudio y que estaba trabajando con participantes de la encuesta en Indianápolis, Indiana, tuve que hacer mi trabajo de forma remota. Obtuve los datos de mi encuesta por teléfono llamando a los participantes y escribí sus respuestas en una hoja de cálculo electrónica. Decidí no usar Zoom en el caso de que algunos de los participantes no tuvieran acceso a una computadora o wifi. Esto también significa que la muestra de pacientes con los que trabajé no era una muestra seleccionada al azar, ya que estaba compuesta por personas con las que tenía conexiones personales o individuos que mis conexiones personales conocían. El plan original era también entrevistar personalmente a intérpretes médicos de Ann Arbor. Sin embargo, ya que estaba trabajando con pacientes de habla hispana de Indianápolis, Indiana, sólo era lógico entrevistar a intérpretes de la misma área para seguir siendo consistente. Esto significaba que iba a tener que encontrar intérpretes en línea y llevar a cabo las entrevistas a distancia por teléfono, al igual que la encuesta.

Debido a la duración de mi estudio se limitó a un período de 8 meses y dado que *the U-M Institutional Review Board* (IRB: sus siglas en inglés) tomó mucho tiempo, no tuve la

oportunidad de obtener tantos participantes tanto para la encuesta como para la entrevista semiestructurada. Aunque 50 pacientes y 3 intérpretes en total son significativos, mi objetivo original era encuestar a 100 pacientes y a 10 intérpretes. Debido a las estrictas limitaciones de tiempo y tener que trabajar sin la ayuda de ninguna oficina de intérpretes o institución médica para encontrar participantes, esto simplemente no fue posible. Esto significa que los datos que recopilé representan una muestra representativa mucho más pequeña de pacientes e intérpretes de Indianápolis, Indiana, de lo que hubiera preferido. En una versión futura de este proyecto, creo que un plazo de 12 a 16 meses sería una duración de tiempo más apropiada para recopilar más datos. También, sería muy útil para un futuro investigador coordinar en las fases de planificación del proyecto con las oficinas locales de interpretación.

Es importante tener en cuenta que los resultados de mi encuesta y entrevista solo reflejan los pensamientos, sentimientos y experiencias de aquellos que respondieron y se ofrecieron como voluntarios para participar en mi estudio. Para mi encuesta, solo participaron 50 de las 72 personas con las que intenté contactar. Por lo tanto, mis datos no reflejan ningún dato o patrón potencial de los 22 individuos que no respondieron. Es el mismo caso de las entrevistas. Después de llamar a casi todos los servicios de interpretación médica en Indianápolis, Indiana, todavía sólo pude entrevistar con éxito a 3 intérpretes porque muchas de las oficinas declinaron participar o no respondieron. Esto significa que las implicaciones y conclusiones que extraigo de los datos del estudio deben considerarse en el contexto del tamaño de la muestra porque constituye solo un pequeño grupo de personas que solicitaron intérpretes. En una futura realización de este proyecto, no solo sería mejor tener más tiempo para hacer el trabajo de campo y recopilar más respuestas, sino que los fondos de investigación serían realmente útiles para compensar a los intérpretes por su tiempo (esto podría incentivar a más de ellos a participar).

Creo que una vez que la pandemia haya mejorado, hacer este trabajo de campo en persona será mucho más fácil porque es probable que las instituciones médicas sean más receptivas a permitir que los investigadores vengan en persona. En conclusión, si bien mis datos son amplios, es importante tener en cuenta estas limitaciones de mi estudio para que una futura realización de este proyecto pueda mejorar los resultados.

Solución propuesta

La solución aquí se basa en tres principios fundamentales destacados por la revisión de la literatura, los resultados de la encuesta y los resultados de las entrevistas semiestructuradas. El primer principio es que el uso de intérpretes ad hoc en lugar de intérpretes profesionales y certificados es común en Indianápolis, especialmente en instituciones médicas más pequeñas. En segundo lugar, la interpretación médica telefónica, en muchos casos, no es tan efectiva como la interpretación en video o en persona dado que es mucho más impersonal para los pacientes. El principio final es que la mejor manera de ampliar el acceso parece ser la intervención dentro de la clínica, donde la mayoría de los pacientes ya acceden a estos servicios. Con estos importantes hallazgos en mente, propongo una solución donde se implementan módulos de capacitación en los programas de formación de los proveedores de atención médica y de los médicos sobre las dificultades y los riesgos asociados con el uso de un intérprete ad hoc cuando se trabaja con pacientes que tienen un dominio limitado del inglés. También, se crea conciencia de por qué el uso de intérpretes médicos, no capacitados, es un problema grave en las clínicas y los hospitales que proporcionan servicios a paciente; y por último, las instituciones médicas realizarían inversiones de tiempo y dinero en la expansión de la interpretación en línea para hacerlos más conocidos.

Al implementar módulos de capacitación en los planes de estudio del proveedor con respecto a los pacientes de habla hispana que tienen acceso a servicios de interpretación médica de calidad, los proveedores comprenderán la importancia de abogar por sus pacientes y superar las barreras del idioma. En concreto, se trataría de breves talleres informativos que enfatizan que los proveedores entiendan cuáles son las barreras del idioma, cómo el simple uso de un traductor en línea no es información médica vital adecuada y cómo acceder a estos servicios para sus pacientes. La segunda parte implicaría específicamente crear conciencia sobre la importancia de la interpretación médica para los pacientes en la clínica; esto podría hacerse publicando información en español donde se informa a los pacientes que se registran que siempre deben pedir un intérprete si tienen un dominio limitado del inglés porque de lo contrario algunos pacientes solo traerán a su esposo o hijo para interpretar, pero el paciente no sabe los riesgos. La parte final de esta solución involucra dos componentes. El primer componente son las instituciones médicas, especialmente las clínicas más pequeñas que no tienen oficinas de interpretación, que realizan inversiones de tiempo y dinero en interpretación de video en línea porque esto tiene el potencial de ser una forma más accesible de interpretación médica, ya que no tienen que tener un intérprete presente en la facilidad. La interpretación en línea es cuando el paciente puede escuchar y ver al intérprete en la computadora, mientras que la interpretación telefónica es cuando el paciente solo escucha la voz del intérprete. Además, es importante que las instituciones médicas inviertan dinero y tiempo en interpretación de video (o incluso mejor interpretación en persona) sobre la interpretación telefónica debido a todas las desventajas asociadas con esta forma de interpretación (pérdida del lenguaje corporal, tasa de error, etc.). El segundo componente consiste en hacer más visible la disponibilidad de estos servicios

específicamente, con publicaciones en español, donde los pacientes se registran porque algunos pacientes no pueden pedir intérpretes si no saben que están disponibles.

Una idea que se consideró fue la implementación de cursos de español en los planes de estudio de los proveedores; sin embargo, esto no se avanzó porque no es una solución al problema. Incluso si los proveedores toman algunos semestres de español durante su capacitación médica e incluso aprendieron parte de la terminología clave, es poco probable que logren la fluidez y el conocimiento necesarios para facilitar comunicación satisfactoria, entre un paciente de habla hispana y un proveedor, durante su tiempo en la escuela—especialmente si nunca han aprendido español de manera seria antes de su capacitación médica. Esto no quiere decir que los planes de estudios médicos no deben implementar clases de español porque aprender el idioma es una gran habilidad, especialmente para que los proveedores de atención médica en los Estados Unidos tengan en circunstancias de emergencia y por uso general, pero simplemente no es un plan que resulta en una mayor disponibilidad de intérpretes médicos capacitados. Aunque este estudio se centró específicamente en la interpretación del español, la implementación de clases de español no superaría las barreras del idioma para los pacientes que hablan un primer idioma diferente.

Conclusión

¿Ha considerado la prevalencia de las barreras lingüísticas en su propia comunidad? Este estudio es un área de investigación importante porque explora la experiencia de los pacientes que no pueden comunicarse de manera efectiva con los médicos debido a las barreras del idioma y que pueden enfrentar disparidades en el acceso a la atención médica y en la evaluación y el tratamiento de los síntomas. La pregunta principal de mi investigación era: *¿Cuál es el estado actual de la interpretación médica en Indianápolis, Indiana?* Quería responder a esta pregunta

para poder comprender mejor la naturaleza y la prevalencia de las barreras lingüísticas en la atención médica para que mi trabajo pueda informar mejor las iniciativas diseñadas para mejorar el acceso y la calidad de estos servicios vitales para los pacientes de habla hispana en mi propia comunidad.

Mi hipótesis de que *los pacientes estarán generalmente satisfechos con la calidad de los servicios de interpretación médica si y cuando recibieran los servicios; sin embargo, varias barreras lingüísticas hacen que el acceso a estos servicios sea más difícil* se confirmó en el sentido de que los pacientes generalmente están satisfechos con los servicios de interpretación en persona y video, pero lo que no anticipé fue que los pacientes no expresaron la misma satisfacción con la interpretación telefónica por una multitud de razones. Los resultados de este estudio también ponen de relieve la frecuencia con la que se utilizan intérpretes ad hoc en mi comunidad. Esto está *ampliamente confirmado por la literatura* y ocurre por una variedad de razones, como clínicas que ni siquiera ofrecen estos servicios, pacientes que no saben pedir los servicios e incluso algunos proveedores que no piden intérpretes para sus pacientes y simplemente intentan usar un traductor en línea.

El uso de amigos o parientes para interpretar es una forma inadecuada de comunicación que ocurre en las clínicas de todo el país todos los días, con consecuencias potencialmente desgarradoras en caso de que algo se pierda en la interpretación. Puede resultar en la interpretación incorrecta de la información vital relacionada con la salud y el bienestar del paciente, lo que puede ser potencialmente muy peligroso e incluso mortal. La solución propuesta en esta tesina se basa en datos numéricos de las experiencias de los pacientes, una revisión exhaustiva del tema y patrones de entrevistas semiestructuradas con intérpretes que ven estas disparidades y problemas de primera mano todos los días. Hay que reconocer que hoy en día hay

aproximadamente 25,3 millones de personas en los Estados Unidos que tienen un dominio limitado del inglés, este número significa un aumento del ochenta por ciento desde el año 1990, lo que representa un ocho por ciento de la población en 2021 (Nápoles). Si bien mi experiencia es con el idioma español y este proyecto se centró específicamente en la comunidad de habla hispana, los problemas relacionados con la interpretación médica se aplican a personas de todos los idiomas diferentes que viven en Indianápolis.

¿Cuál es la dirección futura de esta investigación? Pues es importante tener en cuenta que este estudio se centró principalmente en las barreras lingüísticas en la interpretación médica, pero las barreras culturales también deberían ser el foco de futuras investigaciones. Otros estudios futuros en los que la muestra de pacientes sea seleccionada al azar podrá ofrecer una visión que incluya a una muestra más extensa de la población estudiada y valores estadísticos válidos. También, hay que tener en cuenta que este proyecto solo estudió la situación actual desde las perspectivas de los pacientes y los intérpretes. Aunque investigar la perspectiva de los médicos y proveedores no fue parte del trabajo de campo de este proyecto específico, tienen una voz importante en este tema porque sin su plena participación y conciencia, las barreras lingüísticas del sistema de atención de salud nunca se superarán por completo. Sin fácil acceso a servicios profesionales de interpretación médica, las barreras lingüísticas en la atención médica continuarán afectando a una parte significativa del país.

Espero que esta investigación informe los esfuerzos no solo para mejorar, sino también para expandir estos servicios vitales a todos los que los necesiten. Aunque estos desafíos no se superarán de la noche a la mañana, los riesgos de falta de acceso a la interpretación médica son un peligro claro y presente para los pacientes con dominio limitado del inglés. Sin esfuerzos activos para ampliar el acceso a la interpretación médica, estos problemas solo empeorarán con

el tiempo. Por lo tanto, planeo compartir esta tesina con las oficinas locales de interpretación en Indianápolis para llamar la atención sobre la prevalencia de estas barreras.

Apéndice A (La encuesta)

Me llamo Brandon Block. Soy estudiante de la Universidad de Michigan y estoy haciendo investigación sobre el uso de los intérpretes médicos en Indianápolis, Indiana. Muchas gracias por aceptar hacer esta entrevista.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria y anónima. **No tiene que responder a ninguna pregunta que no desee.**

Preguntas Demográficas

Edad: ¿Cuántos años tiene?

Sexo: ¿Cómo se identifica, hombre, mujer, trans, etc.?

Trabajo: ¿Cuántas horas por semana trabaja?

País de nacimiento: ¿Dónde nació?

Años en los Estados Unidos: ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

Preguntas de contenido

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su última experiencia con un intérprete

¿Cuántas veces ha usado un intérprete en los últimos dos años? (1)	1	2	3	4+
¿Con qué frecuencia no tuvo un intérprete cuando lo necesitaba? (2)	1	2	3	4+

¿Con qué frecuencia utilizó a un amigo o pariente como intérprete cuando fue al médico en los últimos dos años? (3)	0	1	2	3+
--	---	---	---	----

¿Cómo se enteró de los servicios de intérpretes? (4)

¿Cómo pidió su intérprete? (5)

La última vez que usó un intérprete

¿Fue fácil pedir un intérprete? (6)	1 (muy difícil)	2	3	4	5 (muy fácil)
¿Su intérprete fue en persona, en línea o por teléfono? (7)			En persona	En línea	Por teléfono
¿Qué tan cómodo/a se siente con un intérprete? (8)	1 (no muy cómodo)	2 (algo cómodo)	3 (no sé)	4 (cómodo)	5 (muy cómodo)
¿Su intérprete explicó las	(muy difícil) 1	2	3	4	5 (muy fácil)

cosas de una manera que fue fácil de entender? (9)					
¿Cómo fue su experiencia con el intérprete? (10)	1 (mala)	2 (no muy buena)	3 (así así)	4 (buena)	5 (excelente)

¿Hay algo que quiera expresar sobre su experiencia o en general con sus intérpretes médicos? (11)

Muchas gracias por su participación.

Apéndice C (Preguntas para las entrevistas semiestructuradas)

Information to give interpreter:

My name is Brandon Block. I am a student at the University of Michigan doing research on the use of medical interpreters in Indianapolis, IN.

Your participation in this brief interview is completely voluntary and anonymous. You don't have to answer any questions you don't want. If you have any questions regarding the project, please contact me at brblock@umich.edu and/or +1(317)853-9236.

Questions:

1. What do you like most about your job as an interpreter? Least?
2. How long have you been interpreting for?
3. What type of training did you receive (type, duration, certifications, how long ago, continuing education, etc.)?
 - a. Do you feel like it adequately prepared you for this position?
4. How often do you believe patients use friends or family members as medical interpreters in the general community?
5. How comfortable do you believe your patients generally are with medical interpreters?
6. Do you feel like you receive enough support from your employer to do your job (i.e. patient load, hours, schedule, etc.)?
 - a. How would you characterize your relationships with the health care providers for whom you have interpreted in the past? Feel free to use examples.
7. Do you believe that the patients have easy access to these interpretation services? How can they be made more accessible?
8. What improvements do you believe can be made to medical interpretation here as a whole?
9. Anything else that you would like to add that I have not asked?

Apéndice D

Transcripción de la entrevista con intérprete 1 (12:39)

B = Brandon Block; I = La intérprete

I: [REDACTED], how may I help you?

B: Hi there. This is Brandon, I called earlier about doing the interview?

I: Ahh, I was like what? How are you?

B: I'm doing well, how are you?

I: Good, good, good. Okay.

B: Okay so this should just take a few minutes. I'm just going to give you some information here. My name is Brandon Block. I am a student at the University of Michigan doing research on the use of medical interpreters in Indianapolis, IN. Your participation in this brief interview is completely voluntary and anonymous. You don't have to answer any questions you don't want. If you have any questions regarding the project, please contact me at brblock@umich.edu and/or at this phone number, (317)853-9236. And uh, could you remind me of what your name was again?

I: [REDACTED]

B: What do you like most about your job as an interpreter, and what do you like least?

I: What I like the most is being an important part of the communication between the caregiver or provider.

B: And what do you like least about your job?

I: Um—what I like least—haha. Um—I don't know.

B: That's okay if nothing comes to mind. Sounds like you like your job.

I: No, not at this moment. I've been doing this for the same company for 21 years.

B: I was just about to ask how long you've been interpreting for. 21 years that's a long while.

I: With this company, I've been working as a bilingual for 30-some years, but here with this company in the United States for 21 years.

B: And what type of training did you receive?

I: Umm. I have several classes that I've taken. Bridging the Gap umm, the CHI, which is the Certified Health Interpreter. I've belonged to MATI which is the American—Midwest Association for Translations and Interpreters. ATA, which is American Translators of America.

B: And as a general rule of thumb, do you think patients are generally comfortable with medical interpreters?

I: Yes. They're in pain. They're in need of somebody to express what they're really feeling and that's what we do.

B: And do you think in the general community, do you think there are a lot of patients using family or friends as medical interpreters?

I: Yes they do. They shouldn't but they do.

B: Yeah, I was just about to ask what your view on that was and how—what the risks are of using family or friends as medical interpreters?

I: Well one of the highest risks of using your child as an interpreter—the child might have been born here in the United States—be perfectly English-speaking, and they know Spanish—what I call home-Spanish, which is enough to tell your mom “I have a headache.” But if you have to use any neurological terminology, they do not understand. It is not fair for a child to interpret to their mother or father to say “hey you have cancer.” Because they're going to be—um—that's not a way for a child to find out about the illnesses whichever it is that their parent might have. Um, but basically, what's more important is that they don't have the terminology or the fluency in both

languages as much as we might believe. They have enough language for everyday communication, but not for something a bit deeper.

B: Right, right, if they like lose something in translation, it could be really bad, if it was something important.

I: Exactly, um—little details—um—like one famous case, there was in Florida about a guy that came in and said that his son was intoxicated, intoxicado, and the person interpreted as intoxicated, which in English, intoxicated is to be drunk. In Spanish, intoxicated is that you are—you know uh—you had food poisoning. So—treatment really messed up because it's not the same to be treated because you are drunk as much being treated because you have food poisoning. So that's one of the easiest examples. And that often does happen, very very often because if you don't know the word, you will find something that sounds similar, thinking that it might be the same thing, when it's not.

B: Right. Right and that's what my project focuses on. Um—sort of shifting gears here...

I: Google, google that because it was a very famous case in Florida.

B: Uh—I'll have to look into that. Um—shifting gears here—do you feel like enough support from your employer, from your company to do your job in terms of patient-load, hours, and schedule?

I: Yes. I decide what assignments I've taken, which ones I don't.

B: And do you believe that the patients, at least in the Indianapolis area, have easy access to interpretation services?

I: In most of the hospitals, yes. Some offices do not. This is not only Spanish, but you have Hakha Chin, Burmese, Mandarin, Chinese, you have Arabic, you have all these different languages. And—uh—you know—the hospitals will have on staff Spanish-speaking interpreters, but not all the languages. Sometimes, we lose a lot of time.

B: So what about these smaller clinics that are on the outskirts of the town—do you think they still have interpretation services?

I: They should have, but I don't know that they all do. If they depend on a big hospital, they will have even though it's a small facility, they will have, but if it's a private clinic and things like that, they don't. But some of those will—uh—will try to find an interpreter for their patient, but some [clinics] just say bring somebody and they [the patients] will use family members or friends.

B: So let's say a patient with limited English proficiency goes to see a doctor and they think they know a lot of English, but in reality, not enough to facilitate complete communication between them and the doctor, and they don't really know how to ask for an interpreter. Do you think that happens often?

I: Uh, yeah. It does happen, mostly when there's something the patient might be ashamed of and we do lose a lot in translation. Sometimes you can have a doctor just say “Hola, ¿Cómo estás?” and the patient will just say “Oh I'm fine” but that's the extent of the language they know, yeah it is hard.

B: Starting to wrap up here, but how do you think these services are made more accessible, or what improvements do you think can be made to medical interpretation in Indianapolis?

Anything come to mind?

I: I think we should have more video, remote interpretations.

B: Do you think patients feel equally comfortable with remote or video or phone interpretation, rather than in-person?

I: This was something I experienced with my mom when she had COVID, and I also had, so I couldn't interpret for her. She would feel better when she had a video remote interpreter than

phone interpretation. Over the phone is harder because sometimes you [the interpreter] don't know who is talking and who all are in the room, but with the video, you are able to do that—the patient can see your face. Body language is important, I do believe when you are interpreting in the medical field.

B: So with over-the-phone interpretation, you sort of lose the body language aspect of it [medical interpretation].

I: That's part of it. And if there are three people in the room: two English-speaking and one Spanish-speaking, you don't know which one is talking. Is it the friend of theirs that's there? Is it the doctor? Is it the nurse? It's kind of hard to determine who's saying what.

B: Exactly, exactly. So, last thing I was going to add here: Was there anything else you like to add on that I have not asked about medical interpretation in Indianapolis?

I: I think we have grown a lot through the years and we should make sure that the interpreters are certified.

B: And do you think there's anything we can do about this problem of patients using their family, friends, or kids as medical interpreters?

I: I think we should create more awareness about the difficulties and all the different scenarios that can happen.

B: Right, and do you think that awareness should come about in the clinic or how do you think the best way to raise awareness would be?

I: I think, I think it should start in the clinic and hospitals. Now they are going to be the ones paying for the interpreter, they have to understand why it's so important to have an interpreter that's certified, that's professional versus a child or a friend.

B: Right, well this concludes the interview here. I just wanted to say thank you so much for volunteering your time. This was really helpful for my project.

I: Wonderful. Good luck, I hope you graduate with A's.

Apéndice E

Transcripción de la entrevista con intérprete 2 (8:02)

B = Brandon Block; I = La intérprete

B: Hi [REDACTED]! How's it going?

I: Doing great.

B: Okay, sweet. So, my name is Brandon Block. I am a student at the University of Michigan doing research on the use of medical interpreters in Indianapolis, IN. Your participation in this brief interview is completely voluntary and anonymous. You don't have to answer any questions you don't want. If you have any questions regarding the project, please contact me at brblock@umich.edu and/or (317)853-9236.

I: Okay.

B: Okay, so what do you like most about your job as an interpreter, and what do you like least about your job?

I: Um. I think it's helping out the patients. Uh, when I schedule them—like—the appointments in regards to—like—them feeling comfortable with—um—somebody who speaks the same language as them.

B: Mhm. And anything you particularly don't like about the job? Or maybe you wish was different?

I: Yes, so like—patients here specifically go to Spanish speakers—um—compared to other—like—employees who aren't Spanish speakers. And, I feel like everyone just wants to go towards me since—um—like I guess a few of the ones up here that speak that Spanish.

B: And how long have you been interpreting for?

I: Um—for about a year.

B: So what type of training did you receive?

I: I registered for an online course, and some of it was in-person.

B: Do you feel like it adequately prepares you for the job?

I: Uh, well I'm already a Spanish-speaker, so it was—uh—mainly just learning the medical terminology.

B: Sort of shifting gears here—so in the Indianapolis community in general—do you think there're a lot of Spanish-speaking patients using—like—family or friends as medical interpreters?

I: Yes.

B: And what are your thoughts on that?

I: Uh, it could be good that—um—they feel more comfortable with family members and they know it'll be confidential between them, but at the same time, it's better for someone to know the medical terminology and know what the doctor is talking about when they're getting an interpreter.

B: Right because if something important gets lost in interpretation, it could be really bad potentially.

I: Yeah.

B: And with the patients, you've been around, do you think they are generally comfortable with a medical interpreter in the room?

I: Yes.

B: And do you feel like you receive enough support from your employer or your company, to do your job in terms of patient load, hours, schedule—uh—anything like that?

I: Yes.

B: And how would you characterize your relationship with the healthcare providers for whom you've interpreted in the past? Do you feel like you work pretty well with them? Do you feel like the communication is solid with them? What would you say about that?

I: Um—so I would say both like that the communication is great. Um—I work fine with them and there's really no issues. The only thing I'd probably change a little bit is the scheduling, like when they need me and when they don't.

B: Right because you probably come into clinic some days and there aren't a lot of patients who need interpreting, so you're sort of sitting around all day. I understand. Uh—so—in the Indianapolis community specifically, do you feel like the patients have easy access to these interpretation services?

I: Uh—sometimes because I know there are some clinics that don't have interpreters on hand.

B: And what do they do at those clinics where they don't have interpreters on hand? Do they just ask them [the patient] to bring family or friends?

I: Yes, like—uh—in my personal experience they ask somebody to come with them or I guess somebody that they can call when they're there.

B: Right and are these clinics really not giving them, or really affording them, a professionally-trained interpreter?

I: No they are not.

B: In what ways do you think medical interpretation can be made more accessible in our community?

I: Um—just in general—being sure that we are providing an interpreter for everyone who needs it even if they say I speak a little bit of English, they might not be able to understand everything completely.

B: Right, because there are probably a lot of patients who think they know quite a bit of English, but are a bit, a bit timid about asking for an interpreter. And so their needs really aren't being met at the end of the day. So maybe there needs to be better protocols for like when an interpreter should and shouldn't be called. Um, and as a whole, how do you think medical interpretation could be improved, outside of accessibility.

I: I think more training from the employers, and just to make sure that we are 100% able to provide the interpretation and the correct terms and everything we are interpreting.

B: And so what do you do when—um—when you run into a situation where you don't know a term? Do you just look it up?

I: Yeah, I just google it.

B: Okay, gotcha.

B: And it would be a lot easier if the hospital you're working in could pay for more training. It could make things a lot easier.

I: Yeah, mhm.

B: Another thing I wanted to ask about: how do you think we could solve the problem of Spanish-speaking patients using family or friends as interpreters?

I: Um—I guess just telling them oh we have an interpreter on-site or we are going to call somebody to make sure you're receiving the right information instead of asking a family member to do that.

B: Sort of wrapping up here—is there anything else you would like to add that I have not asked about?

I: No, I think that'd be all.

B: Sweet. Thank you. That concludes the interview here.

Apéndice F

Transcripción de la entrevista con intérprete 3 (13:37)

B = Brandon Block; I = El intérprete

B: Hi [REDACTED]. This is Brandon Block. Uh—we chatted earlier about doing the interview. Do you have a few minutes here?

I: Yeah.

B: So I just have some quick information to go over here before we get started. My name is Brandon Block. I am a student at the University of Michigan doing research on the use of medical interpreters in Indianapolis, IN. Your participation in this brief interview is completely voluntary and anonymous. You don't have to answer any questions you don't want. If you have any questions regarding the project, please contact me at brblock@umich.edu and/or (317)853-9236. Had to go through all of that. So what do you like most about your job as an interpreter and what do you like least?

I: Okay so the thing I like the most is that I get to be in the middle of both perspectives and almost be able to support them in a system that usually tends to favor the provider.

B: Right, you get to be an advocate for the patient.

I: Yeah because usually in terms of power dynamics—um—the provider always, always has more information. Always has—um. People are always going to the provider; the provider is the one with the knowledge. And in normal scenarios—um—in which the patient and the provider speak the same language—um—and there's not a barrier between them. Usually, the patient has the ability to stand up for themselves a little bit more easily. And the thing is when there is—um—some correlation let's say if the patient...like if here's a connection between the provider and the patient in terms of ethnicity or race and just even language or any type of assimilation,

that usually creates a connection and allows for a better sense of trust. But um—that's not the case always when patients have a provider that speaks the same language as them.

B: Right and is there anything you don't like or maybe you wish was different? Anything come to mind?

I: The fact that not every provider takes the time to understand how important it is—that small detail is—the fact you don't speak the same language as the person. I've met providers that take the time to learn, but I've also met so many providers that just think it's the same thing and that it's just a difference of “Oh I just need a dictionary or I just need to Google Translate this” um but it comes off as I don't know—not caring? And a lot of providers don't have the patience necessary to go through the process and not take care of—not give the patients the care they would normally give other patients.

B: Right because you're not supposed to be the provider and the interpreter at the same time, unless you're trained to do both, which I presume is very rare. But yeah.

I: I have met providers that speak Spanish, but what I'm referring to is let's say—uh—yeah they try to be the interpreter themselves or they try to sign this or try to explain it. I've met providers that get really frustrated when the patient doesn't understand them immediately, so those are the cases I dislike seeing.

B: And how long have you been interpreting for?

I: Uh, I've been interpreting for about uh...

B: It can be an estimate too, it doesn't have to be an exact [number].

I: I think a year and a half would be a good estimate.

B: Uh-and do you feel like your training adequately prepared you for this job.

I: I actually think the requirement is a bit too low. As in the requirement for becoming an interpreter is [a] 40-hour certificate and you need to be 18 years of age and you need to pass a language proficiency test—um—that's it—what you need to become an interpreter. Uh—however, usually when people look for medical interpreting jobs they have secondary education, and there are places you can get licensed.

B: Right, right—um—and what type of training did you receive? You mentioned like the 40 hours, is that correct?

I: Yeah, I received the 40-hour certificate and—um—classes with ■■■.

B: Sort of shifting gears here—so like—in the general community—so not just where you work but sort of think in this area, do you think there're a lot of patients who use friends—um—or family members as medical interpreters?

I: Where I work? No. Um—I can only see what I've seen through the extent of my job. Um—but within what I've seen through the scope, they [the patient] usually have a family member—like I've seen—family members come. But I do know that in other area at least people tend to bring a family member to interpret if necessary, which of course is not advised.

B: Right, right because they know—they might be conversationally fluent in both languages but you know when it comes to neurological terminology, that might be the case. Do you think patients are generally comfortable with medical interpreters?

I: I think it's a concept that is a bit strange at the beginning, and I have met patients that would rather not use the interpreter. Um—I think it's a matter of how well does the interpreter try to bridge that gap. For example, if you just walk in and start interpreting for a person, that might come off as a bit rude, but if you talk with the patient beforehand—uh—and offer them the service

of an interpreter beforehand and the interpreter introduces themselves appropriately and walks through the process beforehand with the patient, I think that helps a bit.

B: So I've been chatting with a lot of interpreters about—um—this phone interpretation versus in-person interpretation or even the remote or online interpreting. It seems like a lot of patients are a little more uncomfortable with the phone interpretation because it's a little bit more impersonal because they can't really see who they're talking to. Do you have any thoughts on that?

I: Yeah, I agree. Even though it is more convenient for interpreters at times—uh—in person interpretation will always be a better way to show emotion—to display emotion—I don't think it can compete with having an in-person interpreter. Something that the clinic has been doing that's been helping—mitigate some of those barriers is whenever we do virtual interpreting, we try to do it with video. Um—that allows the patient to see the interpreter and not just have it be a voice. We are in the room [virtually] and it's easier for us to pick up cues easier—um—that we see such as body language or tone—um—the patient can know that we are there. However, when it's just a voice through the phone and almost robotic according to what the directors here say.

B: Right and if you're the interpreter and there's a patient in the room and maybe they've brought a family member or a friend or whatever it might have been, you might not even be able to tell who's talking. And you know, that's definitely not best practices are.

I: Something else, it is also quite difficult to manage the flow of conversation.

B: There's that too absolutely. And so do you feel like you get enough support from your employer or company to do your job in terms of like patient load, hours, schedule?

I: Yeah—uh—I'm actually the one in charge of scheduling half the patients, and I think they [employer] do a really good job communicating whenever there is a fault in the system. We do have times where there is miscommunication or they just assume that we can do something.

B: I bet. How do you think these services, or medical interpretation services in general, can be made more available to Spanish-speaking patients in the community?

I: Um—I know the most common one that I've heard one is through the phone line services because then you don't have to worry acquiring actual people—um—but honestly, I would say addressing it at the source because if you can have a provider speak Spanish, I would always say that's better than an interpreter because it just comes off as more personal. At least from my personal experience, that I've seen a provider that learned Spanish, she was able to form a connection with the patients a lot more closely. Um—and—it comes off as more genuine I feel like. I would say in terms of addressing your question, something that would help is integrating Spanish if possible into a lot of curricula in medical schools which is something that some schools do for people that want to take them. And the other thing is making sure that job postings are kept up-to-date.

B: Yeah those would be common things I'm hearing. Um—we're getting close to the end here but we already sort of touched on this, but like, improvements as a whole, so not just accessibility, so you know we already touched on implementing Spanish specifically into medical curricula because it's so widely spoken—um—but what about in terms of the quality of the service? Because I know we were chatting about an in-person interpreter, or even a video interpreter, is much preferred over a phone interpreter, but does anything else come to mind in terms of improvements that can be made to the field as a whole?

I: I think one of the best improvements that could be made would be reaching out to patients from their home and when they send them [interpreters] messages just making sure that people aren't using GoogleTranslate to do things. Here they reach out to us a lot of the time. Or standardizing documents so they can send them to patients beforehand. Um—so—they don't have to worry about an interpreter translating a message.

B: Right and wrapping up here is there anything else you would like to add that I have not asked about?

I: Um—no that's pretty much it.

B: Alrighty, that concludes the interview here.

Bibliografía

- Bagchi, A. D., Dale, S., Verbitsky-Savitz, N., Andrecheck, S., Zavotsky, K., & Eisenstein, R. (2011). Examining effectiveness of medical interpreters in emergency departments for Spanish-speaking patients with limited English proficiency: results of a randomized controlled trial. *Annals of emergency medicine*, 57(3), 248-256.
- Chandrika Divi, Richard G. Koss, Stephen P. Schmaltz, Jerod M. Loeb, Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 2, April 2007, Pages 60–67, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
- Chen, Alice. Doctoring across the language divide. *Health affairs* 25.3 (2006): 808-813.
- DeCamp, Lisa Ross, et al. Changes in language services use by US pediatricians. *Pediatrics* 132.2 (2013): e396-e406.
- Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. FMCH Publications and Presentations, 61.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- Greene, N. E., Fuentes-Juárez, B. N., & Sabatini, C. S. (2019). Access to orthopedic care for spanish-speaking patients in California. *JBJS*, 101(18), e95.

- Gutierrez, A. M., Statham, E. E., Robinson, J. O., Slashinski, M. J., Scollon, S., Bergstrom, K. L., ... & McGuire, A. L. (2019). Agents of empathy: How medical interpreters bridge sociocultural gaps in genomic sequencing disclosures with Spanish-speaking families. *Patient education and counseling*, 102(5), 895-901.
- Kuo, D., & Fagan, M. J. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of general internal medicine*, 14(9), 547-550.
- Nápoles, Anna M et al. Inaccurate Language Interpretation and Its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos. *Medical care* vol. 53,11 (2015): 940-7. doi:10.1097/MLR.0000000000000422
- Locatis, Craig, et al. Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of general internal medicine* 25.4 (2010): 345-350.
- Nageswaran, S., Ellis, M. B., & Beveridge, M. S. (2021). Communication Challenges Faced by Spanish-Speaking Caregivers of Children with Medical Complexity: a Qualitative Study. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1-9.
- Ortega, P., Hardin, K., Pérez-Cordón, C., Cox, A. O., Kim, K. C., Truesdale, D., ... & Shin, T. M. (2021). An Overview of Online Resources for Medical Spanish Education for Effective Communication with Spanish-Speaking Patients. *Teaching and Learning in Medicine*, 1-13.
- Shaw, Carol. Robert Joe Lee: Distinguished Speaker. *ATA Interpreters Division*, 23 Sept. 2021, <https://www.ata-divisions.org/ID/tag/court-interpreters/>.

- Silva, M. D., Tsai, S., Sobota, R. M., Abel, B. T., Reid, M. C., & Adelman, R. D. (2020). Missed opportunities when communicating with limited English-Proficient patients during end-of-life conversations: insights from Spanish-speaking and Chinese-speaking medical interpreters. *Journal of pain and symptom management*, 59(3), 694-701.
- Sinow, C. S., Corso, I., Lorenzo, J., Lawrence, K. A., Magnus, D. C., & Van Cleave, A. C. (2017). Alterations in Spanish language interpretation during pediatric critical care family meetings. *Critical care medicine*, 45(11), 1915-1921.
- Torres, M., Parra-Medina, D., & Johnson, A. O. (2008). Rural hospitals and Spanish-speaking patients with limited English proficiency. *Journal of Healthcare Management*, 53(2).
- White, K., & Laws, M. B. (2009). Role exchange in medical interpretation. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 482-493.
- Yawman, Daniel, et al. The use of Spanish by medical students and residents at one university hospital. *Academic Medicine* 81.5 (2006): 468-473.