

**TRABAJO FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E  
INTERPRETACIÓN**

*TREBALL FINAL DE GRAU EN TRADUCCIÓ I INTERPRETACIÓ*

*Departament de Traducció i Comunicació*

**TÍTULO / TÍTOL**

**Análisis lingüístico y traducción  
de un artículo de investigación en  
el campo de la psiquiatría**

**Autor/a:** Anamaría Renata Pucanszki

**Tutor/a:** Kim Schulte

**Fecha de lectura/ Data de lectura:** junio 2015



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

## **Resumen/ Resum:**

La traducción científico-técnica propicia, hoy en día, la comunicación entre diferentes naciones en entornos especializados y gracias a los avances tecnológicos esta actividad se lleva a cabo con más facilidad. Uno de los campos más fértiles en el mundo laboral de la traducción científica es la traducción médica, una actividad que requiere poseer conocimientos, metodología, herramientas y colaborar con el experto en materia para realizar una traducción de calidad. Sin embargo, el traductor también debe cuidar otros aspectos de la traducción como la importancia del estilo, las variaciones culturales, la calidad lingüística, etc. Por otra parte, el género artículo de investigación tiene una gran importancia en el campo de la medicina, ya que difunde los resultados de una investigación científica fomentando así el aumento del conocimiento sobre algo que se desconoce. Como ejemplo práctico de traducción científico-técnica se ha llevado a cabo una traducción del español al inglés de un artículo de investigación en el campo de la psiquiatría y posteriormente se ha realizado un análisis lingüístico. A través del análisis se reflexiona sobre tres dimensiones de la traducción: la traducción como acto de comunicación, la traducción como operación textual y la traducción como actividad cognitiva (proceso traductor y competencia traductora).

## **Palabras clave/ Paraules clau: (5)**

traducción científico-técnica, traducción médica, artículo de investigación, psiquiatría, análisis lingüístico

## ÍNDICE

1. Introducción	4
1.1. Justificación y motivación	4
1.2. Contextualización del objeto de estudio	4
2. Metodología	5
3. Fundamentos teóricos: la traducción médica	5
4. Criterios de traducción acordados	6
5. Análisis previo a la traducción	8
5.1. La traducción como operación textual	9
5.2. La traducción como acto de comunicación	10
6. Texto meta	13
7. Análisis de los problemas de traducción	19
7.1. La traducción como actividad cognitiva	19
7.1.1. La competencia bilingüística	20
7.1.2. La competencia extralingüística	21
7.1.3. La competencia de transferencia	22
7.1.4. La competencia instrumental y profesional	23
7.1.5. La competencia psicofisiológica	24
7.1.6. La competencia estratégica	24
8. Conclusión	25
8.1. Intereses futuros	26
9. Bibliografía	27
10. Anexos	29
10.1. Texto origen	29

# 1. Introducción

## 1.1. Justificación y motivación

El presente Trabajo de Fin de Grado consiste en un análisis lingüístico y traducción del español al inglés, de un artículo de investigación en el campo de la psiquiatría que pertenece a la especialidad de Traducción Científica y Técnica. La motivación fundamental a la hora de escoger este tema incluye tres factores: profundizar en el lenguaje de la psiquiatría, un campo que estudia los trastornos mentales; experimentar la traducción inversa (español-inglés) con un texto especializado; y practicar el análisis traductológico para aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera.

La traducción de un artículo de investigación parece interesante porque, además de aportar información importante de un proceso de investigación, este tipo de textos suele contener una terminología específica y un estilo concreto que ayuda en el proceso de especialización del traductor. Ha sido de gran utilidad emplear el libro de Amparo Hurtado, *Introducción a la traductología* para llevar a cabo el análisis de este artículo.

Asimismo, se ha tenido un interés especial en trabajar con dos lenguas más importantes a nivel mundial que son el español y el inglés. En España, como bien sabemos, la lengua española es una de las principales lenguas de destino, mientras que el inglés es la lengua de origen más empleada. Sin embargo, el texto objeto de nuestro análisis utiliza el español como lengua de origen y el inglés como lengua de destino, por lo que la dificultad a la hora de traducir es mayor.

## 1.2. Contextualización del objeto de estudio

Bajo la supervisión del tutor Kim Schulte se buscaron textos en español que estuvieran relacionados con el ámbito médico, concretamente, con la psiquiatría. La elección final es un artículo de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Revista AEN)*, una revista especializada en el ámbito de la salud mental y dirigida a un público profesional. Concretamente, se trata de un artículo de investigación que se titula «Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual».

Este artículo presenta un estudio sobre los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual, en el que los expertos hacen recomendaciones

farmacoterapéuticas para que el tratamiento para reducir los problemas conductuales tenga una mayor eficacia.

Dentro del contexto de la traducción científico-técnica, cabe destacar que este artículo juega un papel fundamental, dado que intercambia y transmite conocimientos de una lengua a otra. Sus autores pretenden informar al lector sobre un proceso de investigación de actualidad y hacen todo lo posible para que el texto sea claro y accesible.

## **2. Metodología**

En el presente trabajo se analizarán gran parte de los aspectos lingüísticos de un texto especializado perteneciente al campo de la psiquiatría. En principio, se ha empleado el libro de Amparo Hurtado, *Introducción a la traductología* y se ha seguido el modelo propuesto por Hatim y Mason (1990, en Hurtado, 2001), para llevar a cabo con éxito este análisis. Asimismo, se realizará la traducción del texto y para ello se ha optado por utilizar el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de Fernando Navarro (2014a).

En los apartados más importantes de este trabajo se presentará el análisis traductológico y el texto meta. En primer lugar, se hará un análisis previo a la traducción que incluirá la traducción como operación textual y la traducción como acto de comunicación. En este apartado se ha obtenido información sobre el texto y el contexto. En segundo lugar, se introducirá el texto meta. Por último, se desarrollará el análisis de los problemas de traducción que incluirá la traducción como actividad cognitiva y sus seis subcompetencias de problemas de traducción (bilingüística, extralingüística, de transferencia, instrumental, psicofisiológica y estratégica).

## **3. Fundamentos teóricos: la traducción médica**

Una de las especialidades de traducción que tiene especial relevancia en la actualidad es la traducción científico-técnica. Este tipo de traducción es una actividad muy compleja y agrupa la traducción médica que a su vez destaca por las numerosas investigaciones, resultados y avances en las ciencias de la salud.

Según Gamero (2006) en la investigación y en la didáctica, la traducción científico-técnica se considera una unidad, ya que el límite entre la ciencia y la técnica no está claro. Sin embargo, Pinchuck (1997, en Gamero, 2001: 26) hace una clara diferencia entre la traducción científica y la traducción técnica:

[...] el tipo de textos de que hacen uso los científicos tiene primordialmente la función de difundir el conocimiento (por ejemplo, el artículo de investigación), mientras que, por lo general y debido a la gran competencia comercial, los técnicos no escriben para difundir sus conocimientos aplicados, sino para cumplir con una serie de requisitos legales (patente, manual de instrucciones) o hacer publicidad de sus productos (folleto publicitario informativo).

Por lo que concierne a los textos médicos, Muñoz (2011) afirma que forman parte de un campo del conocimiento tradicional (la medicina) dentro de la comunidad científica. También opina que la traducción en el ámbito médico es uno de los campos más fértiles en el mundo laboral de la traducción científica y el inglés es tanto el principal idioma que maneja esta comunicación científica como la lengua que más se traduce en la actualidad.

El texto objeto de nuestro análisis forma parte del campo de la psiquiatría, un campo temático que presenta una terminología específica y que obliga al traductor a adquirir los conocimientos necesarios para realizar una traducción de calidad.

Para entender el concepto de la psiquiatría Vallejo (2011) la define como:

[...] la rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiéndose como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad.

Los textos médicos incluyen una gran diversidad de géneros médicos como el caso clínico, el artículo de investigación, el artículo de opinión médica, la reseña médica, etc. (Muñoz, 2011). Nuestro texto pertenece al género artículo de investigación que, en general, se encarga de informar y persuadir. Este género, que utiliza una terminología específica, presenta los resultados de una investigación científica que se comunican a través de una revista especializada (Adelstein y Kuguel, 2005).

#### **4. Criterios de traducción acordados**

En este apartado se especificarán los criterios de traducción acordados según la naturaleza del texto, que es propia del ámbito de la ciencia y del área médica, con el fin de tener una guía y ofrecer una buena traducción. Por consiguiente, procederemos a exponer estos criterios en función de la terminología, el estilo y la gramática, y los adaptaremos a la lengua meta, en este caso, el inglés. Así pues, a lo largo de la redacción del texto en lengua meta se ha utilizado el inglés estadounidense, ya que la mayoría de las fuentes de documentación que comprenden este ámbito, utilizaban la

ortografía del inglés estadounidense. Por tanto, se han utilizado grafías como *center*, *behavior* o *behavioral*.

Como bien sabemos, no podemos traducir un texto palabra por palabra, ya que de esta forma no se consigue transmitir el mensaje, por lo que es necesario analizar en detalle el texto origen y buscar equivalencias en la lengua meta. Los textos científico-técnicos en inglés suelen tener un estilo parecido a la estructura de los textos en castellano, por lo que en el caso de nuestra traducción se ha decidido no variar la forma en la que está redactada la información excepto en caso de surgir dificultades para comprenderla. Sin embargo, en este género hay una serie de rasgos que son diferentes en la estructura, el estilo, etc. Por ejemplo, no es normal el uso del futuro en inglés, por lo que «se considerará cumplido» se ha traducido por «is deemed to be fulfilled».

Para no generar una sensación extranjerizante se ha acordado cambiar, en muchos casos, sobre todo, en los especiales, la voz del verbo de activa a pasiva, así como es propio de la lengua inglesa. Por ejemplo, la frase «Se conocen más de 250 causas biológicas...» se ha traducido por «Over 250 biological causes are known...»; otro ejemplo de reemplazo de activa por pasiva es «En España se estima que...» traducido por «In Spain it is estimated that...». Igualmente, decidimos sustituir las oraciones especificativas del español por estructuras con gerundios en inglés. Por ejemplo, la frase «El colectivo estudiado es un grupo de sujetos con DI que requiere institucionalización» se ha traducido por «The studied collective is a group of individuals with ID requiring institutionalization».

Los manuales de estilo, *The Chicago Manual of Style Online* (2010) y *Scientific Style and Format Online* (2014) han servido para cuidar la tipografía de nuestro texto meta. Por tanto, hemos usado el punto para separar decimales en vez de comas (por ejemplo, 10.37 cases); en los números a partir de la tercera cifra hemos utilizado coma (por ejemplo, 1,000 inhabitants; 10,000 individuals); y en cuanto a los porcentajes, el símbolo va pegado a la cifra (por ejemplo, 8%; 4%).

En lo que se refiere a la terminología, cabe destacar que en diferentes textos paralelos de los buscadores PubMed-NCBI o SciELO se ha encontrado el uso de unos términos con varios equivalentes similares. Sin embargo, en nuestro texto se ha optado por uno que se ha mantenido en todo el texto para no inducir el lector a error:

- *medicamento* = *medication*
- *fármaco* = *drug*

- *persona(s) = individuals* (sin embargo, cuando se habla de personas en plural se utiliza *people*, así como lo usa el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V))
- *individuos = individuals*
- *sujeto = individual*
- *psicofármacos = psychotropic drugs*

Según Navarro (2014a), tanto en español como en inglés en algunos textos médicos se suelen utilizar los términos *estudio* (*study*) y *ensayo* (*trial*) como si fueran sinónimos estrictos. Sin embargo, el mismo autor afirma que «*study* es un término más amplio y genérico, y *trial* es un término más restringido y preciso». En nuestra traducción hemos decidido usar el término *ensayo* con el equivalente *trial* y *estudio* con el significado *study*.

Hemos experimentado cierta dificultad a la hora de traducir el término *eficacia*, ya que puede tener el significado de *effectiveness*, *efficacy* y *efficiency*. En el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, Fernando A. Navarro (2014a) explica la diferencia entre los tres términos en la entrada *effectiveness*:

Los autores de lengua inglesa pretenden establecer una distinción entre *effectiveness* (eficacia en condiciones reales), *efficacy* (eficacia en condiciones ideales, como las que se dan en los ensayos clínicos) y *efficiency* (eficacia máxima con la utilización de la menor cantidad posible de recursos).

Finalmente, decidimos usar el término *eficacia* con el equivalente *efficiency*.

Por lo que concierne a las siglas nos hemos guiado por el *The Chicago Manual of Style Online* para poner el estilo y hemos optado por la traducción de todas las siglas, pues todas tenían un equivalente en inglés. Siguiendo el mismo manual de estilo, la primera vez que aparece una sigla en el texto se expone su significado y entre paréntesis se pone la expresión abreviada, como en el caso de *central nervous system (CNS)*; cuando aparece más veces a lo largo del texto, como se supone que ya se conoce el significado de la sigla, no se repite la versión no abreviada (por ejemplo, *CNS*). Las siglas que designaban conceptos, como *intellectual disability (ID)*, han mantenido el mismo criterio.

## 5. Análisis previo a la traducción

Los diferentes estudios sobre la actividad traductora han demostrado que los errores de traducción, muchas veces, se deben a la falta de análisis textual que es uno de los pasos previos fundamentales al proceso de traducción. Para traducir hay que



comprender, y para comprender hay que analizar. Por tanto, no se pueden transferir ideas sin un análisis previo del texto (Vázquez-Ayora, 1977).

A continuación se analizarán tres dimensiones importantes de la traducción aplicados a nuestra traducción especializada: la traducción como acto de comunicación, la traducción como operación textual y la traducción como actividad cognitiva (proceso traductor y competencia traductora) (Hurtado, 2001).

### **5.1. La traducción como operación textual**

Los autores que conciben la traducción como operación textual piensan que la traducción es un proceso que se realiza entre textos y no entre lenguas (Hurtado, 2001). Por tanto, para analizar este aspecto primero es necesario analizar el texto. Los textos son de tres tipos: orales, escritos y audiovisuales. Pueden ser más cortos, más largos o textos complejos que pueden dificultar su definición. A partir del texto aparece el concepto de textualidad que Hurtado (2001: 414) define como «el conjunto de los rasgos que debe presentar un texto para que se le considere como tal».

Los elementos fundamentales de la organización textual son: la coherencia, la cohesión y la progresión temática. El primer elemento textual, «la coherencia es la estructuración global de la información de los textos» y puede analizarse desde dos perspectivas: producto y proceso (Hurtado, 2001: 416).

Desde la perspectiva del producto, cabe destacar que nuestro texto sigue la regla de progresión, puesto que comprende una serie de oraciones que aporta información nueva, que transmite un mensaje en conjunto y que a su vez permite identificar un tema específico. Igualmente, se respeta la regla de repetición, pues el texto contiene una serie de elementos que se repiten, que encadena los enunciados y asegura la continuidad del tema.

En cuanto a la perspectiva de la coherencia como proceso se han seguido las reglas de la omisión, la selección, la generalización y la integración. Por consiguiente, para comprender mejor el texto se ha intentado suprimir la información no necesaria, se ha seleccionado la información relevante, se ha generalizado al omitir las características particulares y, por último, se ha utilizado el conocimiento enciclopédico.

El segundo elemento textual es la cohesión. «La cohesión expresa la relación entre las unidades semánticas y sintácticas de los textos» (Hurtado, 2001: 418). Según Halliday y Hasan (1976, en García, 1998), los mecanismos de cohesión se dividen en

dos grupos: la cohesión gramatical que comprende la referencia, la elipsis, la deixis, la sustitución, los conectores, etc. y la cohesión léxica, es decir, la recurrencia total, la recurrencia parcial, la correferencia, los campos semánticos, etc.

En primer lugar, respecto a la cohesión léxica, en nuestro texto se observa el campo semántico de la discapacidad intelectual (*función intelectual, déficit en la conducta de adaptación al entorno, coeficiente intelectual, retraso mental, etc.*), de la psicofarmacología (*antidepresivos, ansiolíticos, fármacos, tratamiento, trastorno de conducta, etc.*) y de los trastornos mentales (*esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.*). Estos campos semánticos nos ayudaron a comprender el tema del texto. En lo que respecta a la correferencia, podemos mencionar el binomio *discapacidad intelectual-retraso mental*. Podríamos decir, por otra parte, que el sintagma *discapacidad intelectual* es una recurrencia total.

En segundo lugar, en cuanto a la cohesión léxica, cabe destacar que la deixis textual incluye muchos casos de anáfora que predominan en el texto (*muchos de estos sujetos presentan...; esta descripción es similar a...; estas cifras, si bien están dentro de...; etc.*), así como algunos casos de catáfora (*según el criterio que se indica a continuación:...; los resultados... son los siguientes: los criterios de indicación...; etc.*). En cuanto a los conectores, en la primera parte del texto predominan, sobre todo, los conectores copulativos y adversativos (*y, ni, que, tampoco, también, además, por otra parte, a continuación, etc.*), pues esta parte se dedica a exponer el tema. En la segunda parte del texto abundan los conectores adversativos (*aunque, pero, sino, sin embargo, no obstante, etc.*), ya que esta parte presenta distintos argumentos.

La progresión temática es el tercer elemento textual y se define por ser «el encadenamiento de la información en términos de la coherencia y la cohesión» (Muñoz, 2011: 105). En el caso de nuestro texto el patrón es convergente, ya que es típico de los textos conclusivos y argumentativos. Sin embargo, a lo largo del texto el patrón es constante, porque todos los apartados están hablando de lo mismo. En algunos apartados, pero en menor medida, predomina el patrón lineal.

## **5.2. La traducción como acto de comunicación**

La comunicación traductora es muy compleja, por lo que a la hora de analizar un texto, el traductor, que tiene la función de comunicador, investigará primero los elementos que intervienen en el acto de comunicación, la relación de la traducción con

el contexto y la función de ese contexto. El presente apartado tiene como objetivo analizar la traducción como acto de comunicación cuya finalidad, según Hurtado es que «un destinatario que no conoce la lengua ni la cultura en que está formulado un texto pueda acceder a ese texto» (2001: 507). A partir de ejemplos de nuestra traducción, nos centraremos, sobre todo, en las dimensiones contextuales de Hatim y Mason (1990, en Hurtado, 2001), es decir la dimensión comunicativa, pragmática y semiótica, que contribuirán a la caracterización de nuestro género médico.

Según Hurtado, «la dimensión comunicativa conforma la trama del proceso comunicativo y explica la variación lingüística» (2001: 543) que se relaciona con el uso de la lengua (los registros) y el usuario en cuestión (los dialectos).

En cuanto al uso, se puede decir que el registro de nuestro texto tiene un carácter científico y se da en modo escrito e informatizado; el tenor, que es muy importante para la traducción de textos médicos, es formal, pues el texto va dirigido a un público especializado y la relación emisor-destinatario de nuestro artículo de investigación es formal; y la información conceptual pertinente al campo temático de nuestro texto trata del ámbito médico relacionado con la especialidad de psiquiatría (*retraso mental, problemas conductuales, discapacidades*). Por último, respecto al usuario en el texto predomina el dialecto regional por tratarse de un español peninsular.

La dimensión pragmática «consiste en el estudio de las relaciones entre el lenguaje y su contexto, es decir, la función que se le da a las palabras» (Muñoz, 2011: 38). Por su parte, Hatim y Masón (1990, en Hurtado, 2001: 546) sostienen que «ha de ser estudiada en todo acto de comunicación como complemento a la dimensión comunicativa, ya que los registros no dan cuenta de variables como la intencionalidad, las presuposiciones o las implicaturas».

Esta dimensión se relaciona con los actos del habla y la clasificación más conocida de estos actos es la de Searle (1976, en Hurtado, 2001) que distingue cinco clases de actos de habla ilocutivos según la finalidad: los representativos o asertivos, los directivos, los comisivos, los expresivos y los declarativos. Como bien sabemos, todo texto se compone de actos de habla y en nuestro texto observamos solo casos de representativos (por ejemplo, «Las personas con DI son aquellas cuya función intelectual está por debajo de la población general»).

En cuanto al principio de cooperación en la conversación, cabe destacar que se relaciona con las máximas conversacionales y Grice (1975, en Hurtado, 2001) las organiza de acuerdo a cuatro grandes categorías: la cantidad, la cualidad, la relevancia y

la manera. A través de estas categorías se puede observar que el texto objeto de nuestro análisis contiene oraciones claras (para un público especialista) y suficientemente informativas que aportan contribuciones verdaderas y relevantes al campo de la psiquiatría.

Todas las desviaciones intencionadas de las máximas conversacionales serán interpretadas como implicaturas convencionales, es decir la ironía, la metáfora y la hipérbole.

La dimensión pragmática también incluye el análisis de conceptos como: el propósito retórico, el foco tipotextual y el principio de cooperación. Según Hatim y Mason (1990, en Hurtado, 2001) el propósito retórico (la intención global del productor de un texto) hace referencia a la función principal de un texto que determina el tipo textual al que pertenece. Teniendo en cuenta que nuestro texto es un artículo de investigación, se puede decir que sigue los patrones de una tipología textual argumentativa con función secundaria expositiva. El texto tiene una función argumentativa predominante que se debe a la reflexión teórica y a los diferentes experimentos basados en determinadas hipótesis. Este tipo textual está combinado con dos variedades de la exposición que son la exposición conceptual y en algunos fragmentos predomina la narración.

La última dimensión contextual de Hatim y Mason (1990, en Hurtado, 2001: 548) es la dimensión semiótica que «trata los textos como signos dentro del sistema de valores de una determinada cultura». Los autores plantean la transferencia intersemiótica determinada por tres categorías semióticas: género, discurso y texto.

El género de nuestro texto, como ya sabemos, es Artículo de Investigación destinado a un público especialista o a investigadores del tema en particular. Dado su carácter semiótico, este género es propio del ámbito de la ciencia y del área médica y tiene cierta similitud estructural con el género Casos clínicos. Es muy importante respetar los condicionamientos contextuales del género para cumplir fácilmente con las instrucciones del encargo de traducción. En lo que respecta al discurso de acuerdo al ámbito médico de nuestro texto, cabe destacar que se construye en función del destinatario (en este caso son los expertos en psicofarmacología), de la finalidad del texto (comunicación especializada), del grado de especialización del texto (un nivel medio-bajo), e incluso en función del emisor (médicos, pacientes o especialistas en materia). Por último, el texto es especializado en el ámbito médico; es un texto

coherente que expone y argumenta sobre las recomendaciones de la psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual.

Otro elemento importante de la dimensión semiótica, según Hatim y Mason (1990, en Hurtado, 2001), es la intertextualidad que «permite reconocer la dependencia que todo texto, como unidad semiótica, tiene con respecto a otros textos y es una precondition para la inteligibilidad de los textos». Un ejemplo de intertextualidad de nuestro texto lo ilustra el hecho de que se haga referencia a otros estudios cuando, por ejemplo, se revisan las necesidades médicas de personas con DI.

## **6. Texto meta**

### **Expert Recommendation Follow-up on Psychopharmacology and its Behavioral Impact on Intellectual Disability**

#### **Introduction**

The use of medication is a common strategy to control behavioral problems of individuals with intellectual disability (ID). Its application requires its necessity, efficiency and safety to be evaluated continuously. If we consider the lack of research on the topic and that current treatment recommendations are based only on expert opinion, then observational studies are particularly important when it comes to behavioral problems in people with ID.

Individuals with ID are those whose intellectual function is below that of the general population, and this is usually attached to a behavioral deficit when it comes to adapting to the environment. Individuals who do not meet the personal independence and the social responsibility standards expected of their age or cultural group are considered to have an “adaptive deficit”. Currently the main focus is on the individual-environment interactions and the individual is not classified according to his/her intelligence quotient (IQ), but by providing support allows the person to manage in a certain environment. The global average prevalence of ID is estimated at 10.37 cases per 1,000 inhabitants. In Spain it is estimated that the prevalence of ID is approximately of 500,000 people (1% of the population), with an increase rate of 10,000 individuals per year; about 4% of households in the country are affected. Over 250 biological causes are known, but only in about 25% of people with ID a biomedical cause has been identified. In the remaining 75% the cause is unknown, or the disability is due to

psychosocial factors. Mild ID is usually idiopathic or familial, but serious and deep forms are usually genetic or related to a brain injury. Both hereditary factors and environmental mechanisms, including socio-cultural ones, may contribute to the familial transmission of mild ID across generations.

Epidemiological studies have shown a rate of psychiatric morbidity (schizophrenia, depression, obsessive-compulsive disorder, etc.) in subjects with ID, between 8% and 15%, and up to 50% if behavioral disorders are included. Culturally abnormal behavior of such intensity, frequency or duration that it can put the physical safety of the person or others in serious danger, or behavior that may limit or deny people access to the use of the usual community services is called behavioral disorder.

The aim of this paper is: 1) to describe the actual practice of drug therapy of a group of individuals with ID; 2) to compare it with the recommendations of a group of experts; and 3) to try to determine to what extent the deviation of these recommendations is reflected in the intensity from behavioral problems and adaptive skills.

## Material and methods

An observational, cross-sectional and quantitative study was carried out on a group of individuals diagnosed with ID according to the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) criteria, attended in San Rafael Medical Center in Alicante. The observation was carried out during the summer of 2005. The current drug therapy of each individual was recorded at the time of the study. The medication has been classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system and the doses taken have been quantified by Defined Daily Doses (DDDs).

The treatment administered to each individual was compared with expert recommendations regarding: 1) drug therapy indication, 2) doses used, 3) treatment duration and 4) polypharmacy, according to the following operational criteria:

1) Drug therapy indication: The indication criterion of a drug is considered to be met if specified in the guideline as 1st choice treatment for the psychiatric disorder or behavioral problems the subject suffers from, or in case it is specified as 2nd choice, if there is evidence of resistance or intolerance to the 1st choice treatment in the patient's medical record.

2) Dosage: The dosage criterion is deemed to be fulfilled if the dose the patient is taking is within the indicated ranges for each drug. It is also deemed to be fulfilled if the dose is below the recommended period of time and the patient has been adequately controlled, or requires a slower increase of the dose in order to avoid intolerance according to his medical record. If the dose was above the therapeutic range, but there was evidence in the medical record of an insufficient control at lower doses and adequate tolerance, then the criterion will also be considered fulfilled. The dosage criterion is deemed to be unfulfilled in cases where the circumstances described above are not given.

3) Treatment duration of the current behavioral pattern: Any changes of treatment without allowing a minimum of 3 weeks for the antipsychotics, 1 week for the mood stabilizers and 6 weeks for the antidepressant selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) is deemed to be inappropriate, except during dose titration in the initial stages of the treatment, before reaching the maintenance dose. During this period it is appropriate to make up to two changes per week. If the patient is stabilized, it is deemed that he/she should receive a review at least every 6 months in order to update the full treatment.

4) Polypharmacy: The use of two drugs of the same therapeutic class (two antidepressants or two antipsychotics) is rarely justified; however, the use of two or more drugs of different therapeutic classes is appropriate in certain situations, such as psychotic depression or bipolar depression and in case of partial response to the treatment of choice. The polypharmacy criterion is not deemed to be fulfilled when using two psychotropic drugs simultaneously except in cases where the recommendations indicated above apply.

Following the guidelines, the degree of ID has been classified as well as the psychiatric diagnoses and behavioral problems. Disabilities other than ID and/or mental illness were classified as motoric, sensory or speech related. All seizure disorders were classified together in one category. The frequency of use of each group of psychotropic drugs has been classified according to the criterion specified below: antipsychotics of the N05A group, except lithium; antidepressants of the N06A group; anticonvulsant drugs, mood stabilizers of the N03 and lithium; anxiolytics and hypnotics of the N05B and N05C groups. Ages and duration of institutionalization were expressed in years and the doses accumulated in each previous therapeutic group have been expressed in DDD.

## Results

The results of the evaluation of the compliance evaluation of the recommendations of the experts in drug therapy, which applied only to the 43 individuals that were under psychotropic and/or antiepileptic treatment without a diagnosis of epilepsy, are the following: the drug therapy indication and treatment duration criteria were satisfied to the greatest extent, 86% and 95% respectively; the compliance of the dosage criteria and polypharmacy exceeded 55%. Of the 19 individuals who do not comply with the dosage criterion, 7 use higher doses above the recommended range and 12 use lower doses. Of the 19 individuals who break the polypharmacy criterion, 10 take more than one drug of the same group, while 6 take several drugs of different groups, and 3 take both types of multi-drug therapy.

When contrasting the rates of behavioral problems and equivalent age in months with adaptive behavior depending on the compliance or non-compliance with each of the 4 criteria (drug therapy indication, dosage, treatment duration and polypharmacy), it was discovered that the compliance with the dosage criterion was significantly related to better adaptive behavior, while the compliance with the duration and the polypharmacy criteria was related to fewer behavioral problems. There was no association between the compliance of the indication criterion and the intensity of behavioral problems, nor with the adaptive skills.

## Discussion

The studied collective is a group of individuals with ID requiring institutionalization, usually for social reasons, for their lack of adaptive skills and the presence of behavioral problems. Many of these subjects have physical or sensory disabilities. Seizure disorders are also a frequent comorbidity. This description is similar to the one that was found by other experts reviewing the medical needs of individuals with ID receiving care in institutions.

Other studies have decided a similarly frequent use of medication for the central nervous system (CNS), medication for the digestive system (laxatives and medication for the gastroesophageal reflux) and medication for the cardiovascular system as has been observed in our study. This is consistent with the health problems prevailing in this group.



Among our results there appears a high use of psychotropic drugs: more than 72% of the individuals take drugs for behavioral and psychiatric problems (psychotropic drugs and/or anticonvulsant drugs without suffering from epilepsy), antipsychotics being the most commonly used psychoactive drugs; this kind of drug is taken by more than 57% of the individuals examined. However, these figures are among the highest frequencies observed in other centers for this type of subjects and are significantly higher than those previously found in the center where the study was carried out. Over time, other authors have reported increases in the frequency of the use of psychotropic drugs in groups of individuals with ID. The fact of living in a residential environment and age were factors significantly related to a higher probability that a subject with ID was treated with antipsychotics.

There is a lack of scientific evidence regarding the benefit or harm of the administration of antipsychotics to individuals with ID for the correction or improvement of behavioral problems. Likewise there are no studies showing that schizophrenic patients with ID benefit from the effects of the antipsychotics despite being one of the populations that take these drugs most commonly. Other studies in which risperidone and placebo have been compared for the treatment of aggressive behavior in individuals with ID show benefits of the active drug, but at the expense of significant adverse effects. When examined, the effectiveness of antipsychotics (haloperidol, risperidone are both associated with placebo to control the aggressive behavior in individuals with ID) in a double-blind controlled trial, the results favored the placebo group. Therefore the highly frequent use of antipsychotics in individuals with ID is a matter of belief rather than evidence.

Anticonvulsant drugs is the second most commonly used category of medication in this group. The frequency of its use exceeds the frequency of individuals diagnosed with epilepsy, since in this category some of the drugs are used in the treatment and prevention of affective episodes, for neuropathic pain and other indications such as behavioral problems related to difficulties in controlling impulses. Although its effectiveness in the latter usage is not clearly established, it has indeed been observed that the use of anticonvulsant drugs causes a decrease in the use of psychotropic drugs.

None of the patients in the studied population is receiving antidepressant treatment. Other studies have also found that the use of antidepressants is uncommon; it has been observed that antidepressants may cause the condition of this kind of patient to deteriorate. General practitioners tend to assess the usefulness of antidepressants more

than the experts in psychopharmacology, which mean that this finding is consistent with adherence to the recommendations of the latter. In the group and during the period of our study there was only one subject who was taking lithium, probably due to difficulties in controlling and maintaining adequate plasma levels. Benzodiazepines have also been associated with a worsening of behavioral problems up to 10%–25% in patients with ID who are taking them; besides this worsening is easily confused with other behavioral problems or psychiatric pathologies.

In the group of individuals studied, the median doses in the medication categories examined are around one DDD, being slightly lower for antipsychotics and antiepileptic drugs when used in individuals not diagnosed with epilepsy. The median doses are somewhat higher for anxiolytics, hypnotics and antiepileptic drugs administered to individuals diagnosed with epilepsy, probably reflecting the simultaneous use of an anxiolytic and a hypnotic and the use of anticonvulsant polypharmacy in patients with crisis that are difficult to control. However, it can also be observed that few subjects come to take very high doses (as the maximum doses used show). One study showed that the most likely response to the appearance of medical and behavioral symptoms in individuals with ID, that may be potential adverse effects of one of the psychotropic drugs they are taking and are described as such in the data sheets, is the increase of the drug dose or the addition of a new drug, instead of dose reduction or withdrawal, the addition of a new drug. Moreover, the use of high doses has been associated with the practice of polypharmacy.

There are few studies of behavioral problems and psychiatric diagnoses, and those that have been carried out have important methodological biases and often the only available data comes from studies of people without ID and this extrapolation entails risks. The use of psychotropic medications in individuals with ID is a controversial problem that has received great attention. There is concern regarding the lack of selectivity in its efficiency and the side effects that may occur. Evidence suggests that many healthcare providers who have specialized in the care of patients with ID, need to keep up to date regarding the problems associated with the use of such medication: efficiency, side effects and interactions. All members of the multidisciplinary team must clearly understand the reasons why this medication is prescribed, particularly when used in a symptomatic way for the treatment of behavioral problems, and they could actively participate in the review process of the medication use.

## Conclusions

1. Almost all the individuals participating in this study (90%) are taking some type of drug; the most common one is the medication for the CNS and, within this group, antipsychotics.
2. In general, in this facility, the prescription of psychotropic drugs adjusts to the recommendations of the experts.
3. The most common situations of non-compliance are the use of several medications of the same group (polypharmacy) and/or the use of doses outside the recommended range.
4. Following experts' recommendations follow-up seems to be reflected in lower rates of behavioral problems and better adaptive skills.
5. An active role of the multidisciplinary team that cares for patients with ID and evaluates the use of drugs (eligibility, efficiency and safety) is fundamental.

## **7. Análisis de los problemas de la traducción**

### **7.1. La traducción como actividad cognitiva**

En el análisis previo a la traducción hemos comentado dos actividades de la traducción: como operación textual y como acto de comunicación. Para explicar la tercera actividad, que es la cognitiva, cabe destacar que la traducción es la actividad del traductor, que necesita tener competencia traductora y que, para traducir un texto, debe realizar un proceso mental para comprender el sentido y reformularlo teniendo en cuenta las necesidades del destinatario y la finalidad de la traducción (Hurtado, 2001).

El estudio de la actividad cognitiva muestra que los problemas de traducción se relacionan con el análisis del proceso traductor y la competencia traductora. A la hora de analizar el proceso traductor, en el que intervienen numerosas habilidades, se averigua que el traductor se enfrenta a problemas de traducción como la comprensión y la reexpresión del texto, y en el análisis de la competencia traductora intenta resolver esos problemas.

El modelo interpretativo de la traducción comprende tres fases en el proceso traductor: la comprensión, la desverbalización y la reexpresión. Puesto que la fase de la desverbalización se incluye en el proceso de la comprensión, procederemos a examinar la fase de comprensión y de reexpresión. La fase de comprensión, en el caso de nuestro

texto, ha servido para descubrir algunas habilidades que posee el traductor profesional para comprender el texto. Por tanto, se ha hecho un buen uso del conocimiento lingüístico y extralingüístico. En cuanto a la reexpresión, observamos la necesidad de hacer uso del bagaje cognitivo, del saber compartido y de la memoria con el fin de reconstruir en la lengua meta el sentido de la lengua origen.

Entendemos por competencia traductora «los conocimientos y habilidades que debe poseer el traductor para llevar a cabo una traducción» (Bell, 1991: 43, en Hurtado, 2001: 382). En este apartado vamos a comentar el modelo holístico de PACTE sobre la competencia traductora. PACTE es un grupo de investigación de la Universitat Autònoma de Barcelona que hace una investigación empírico-experimental sobre la competencia traductora (Hurtado, 2001). A continuación se analizarán las seis subcompetencias de problemas de traducción propuestas por dicho grupo que son las siguientes: la competencia bilingüística, la competencia extralingüística, la competencia de transferencia, la competencia instrumental y profesional, la competencia psicofisiológica y la competencia estratégica.

### **7.1.1. La competencia bilingüística**

En este apartado se comentan los problemas relacionadas con el código lingüístico fundamentalmente en el plano léxico no especializado y en la parte morfosintáctica.

A lo largo de todo el texto encontramos varios términos genéricos que juegan un papel muy importante en nuestro texto especializado y comenzaremos por dar unos detalles acerca de ellos. El término *tratamiento* ofrece confusión, ya que en el lenguaje médico se puede traducir tanto por *treatment* como por *therapy*. La palabra *treatment* (*tratamiento*) incluye una serie de medicamentos y se emplea para curar o aliviar una enfermedad; puede ser un proceso corto, mientras que *therapy* (*terapia*), que es un término más complejo y muestra otro aspecto de la salud, puede ser un proceso de curación duradero. Para ilustrar la diferencia entre ambos términos daremos unos ejemplos: *recomendaciones terapéuticas* se ha traducido por *treatment recommendations* así como dicta el DSM-V, *tratamiento de elección* por *treatment of choice* y *tratamiento de conductas agresivas* por *treatment of aggressive behavior*.

Otro término que se repite mucho en el texto y que a simple vista parecía sencillo es *dosis*; se puede traducir por *dose* o por *dosage*. La diferencia entre ellos es

que *dose* (*dosis*) es una cantidad determinada de un medicamento proporcionada al enfermo, mientras que *dosage* (*dosificación*) es la fijación de la cantidad de la dosis de un medicamento. Por tanto, *titulación de dosis* se ha traducido por *dose titration*, *dosis de mantenimiento* por *maintenance dose* y *dosis* a veces se traduce por *dosage*.

En el caso de *déficit*, inicialmente se ha traducido por *lack*, pero luego notamos que en el lenguaje médico se utilizaba mucho la palabra *deficit* que equivale a escasez de algo necesario. De esta forma, he traducido *déficit de conducta* por *behavioral deficit* y *déficit de adaptación* por *adaptive deficit*.

Por último, el término *hallazgo*, que normalmente significa *discovery*, se ha traducido por *finding*, ya que los investigadores descubren los resultados de una investigación y el uso de este término es muy apropiado en un artículo de investigación.

### **7.1.2. La competencia extralingüística**

En esta categoría se presentan las dificultades con los conceptos especializados, los conocimientos, implícitos y explícitos, acerca del mundo en general y de ámbitos particulares.

El texto objeto de nuestro análisis es muy complejo, tanto por la forma en la que está redactado como por la temática. La familiarización, en cierta forma, con la terminología de la psiquiatría ha sido de gran ayuda para traducir este texto. No obstante, es un ámbito muy vasto con terminología muy específica que ha supuesto algunos problemas de temática que, en la mayoría de los casos, hemos resuelto a través de la documentación.

En el caso de *historia clínica*, se ha dudado sobre cómo traducirlo, ya que *historia* significa *history* y *clínica* significa *clinical*, pero *clinical history* no se adaptaba a nuestro contexto. Además, la búsqueda de este término en el motor de búsqueda MedlinePlus devolvía la entrada de *clinical record* que no se sabía si era un equivalente acertado o no. Al final consultamos el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de Fernando A. Navarro (2014a) y nos decantamos por el significado de *medical record*.

En lo que concierne al término *retraso mental*, cabe destacar que al principio se ha traducido por *mental retardation*, término que aparece en el DSM-IV. Sin embargo, el DSM-V, en el que hemos encontrado información interesante, dicta que hay otro

equivalente que ha entrado en uso entre los profesionales de la salud, la educación, etcétera, que es *intellectuall disability*.

Cierta dificultad hemos tenido a la hora de traducir *ensayo doble ciego controlado*. Hemos recurrido al buscador SciELO para traducir *doble-ciego* por *double-blind*, *controlado* por *controlled* y *ensayo* por *trial*, como habíamos comentado en el apartado *Criterios de traducción acordados*. El término completo se ha traducido por *double-blind controlled trial*, entrada que nos confirmaba el buscador PubMed-NCBI.

Otro término especializado que ha ocasionado problemas ha sido *fichas técnicas* que inicialmente se ha traducido por *technical specifications* y luego nos decantamos por *data sheets* (Navarro, 2014a). En el caso de *anticonvulsivantes* se ha optado por *anticonvulsant drugs* y se ha añadido la palabra *drugs* porque los anticonvulsivantes hacen referencia a un fármaco. Por último, se ha reflexionado mucho sobre la traducción de *aparato digestivo* por *digestive system*, *alimentary system* o *gastrointestinal system*. Debido a que comprobamos que *digestive system* se utilizaba en diversos textos médicos (SciELO), optamos por esta traducción.

### **7.1.3. La competencia de transferencia**

Aquí se detallan los problemas del proceso de transferencia desde el texto origen hasta la elaboración del texto meta y los problemas relacionados con la comprensión del texto origen y su reexpresión en la lengua meta, teniendo en cuenta la finalidad de la traducción y las características del destinatario.

El término *farmacoterapia* literalmente significa *pharmacotherapy*, pero según el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de Fernando A. Navarro (2014a) se ha optado por *drug therapy*. Otra dificultad que afrontamos ha sido la traducción de *estabilizadores del humor*, un término que provoca confusión, ya que a primera vista podría significar *humor stabilizers*. Después de comprobar esta opción en varias fuentes de documentación (como Navarro, 2014a) se ha observado que era incorrecta y que más bien se usaba *mood stabilizers* por lo que se ha optado por este equivalente.

En cuanto al término *politerapia*, con el intento de traducción por *polytherapy*, a primera vista parecía un término sencillo, pero después de haberlo buscado en varios textos paralelos (SciELO) optamos por *multi-drug therapy*. Del mismo modo se dudaba de si se debía traducir *práctica real* por *real practice* que se supone que es una opción

calcada del inglés. Y, en efecto, se ha comprobado que es un calco y que el significado correcto es *actual practice*. Por último, en el caso de *trastornos epilépticos*, que literalmente se traduce por *epileptic disorders*, en este contexto se refiere a *seizure disorders*, significado encontrado en algunos textos paralelos del buscador SciELO.

#### **7.1.4. La competencia instrumental y profesional**

En este apartado se agrupan las dificultades respecto al uso de la documentación y de las nuevas tecnologías aplicadas a la traducción, y respecto al conocimiento del mercado laboral y al comportamiento del traductor profesional.

En primer lugar, como bien sabemos, la competencia instrumental ejerce un mayor peso en la traducción inversa que en la traducción directa, razón por la cual hemos tenido que mostrar nuestro lado profesional y resolver las dificultades de manera flexible.

En segundo lugar, el problema eterno del uso de las fuentes de documentación de todo tipo es que la mayor parte de la información proporcionada por Internet no es fiable. Este aspecto puede influir negativamente en la calidad de la traducción si el traductor no tiene los conocimientos necesarios para saber seleccionar la información adecuada. A este respecto, cabe destacar que se han empleado procedimientos de documentación muy útiles para la selección de la información que se ha organizado y gestionado lo mejor posible.

En general, para realizar la traducción de este artículo de investigación, nos hemos documentado en varios textos paralelos y nos han servido de gran ayuda sitios web especializados en medicina, como los buscadores de libre acceso SciELO o PubMed-NCBI. Otras fuentes de documentación importantes en esta traducción han sido: el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de Fernando A. Navarro (2014a), especializado en terminología médico-sanitaria, y el diccionario WordReference, que nos ha servido para buscar los términos generales.

Por lo que concierne al *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de Fernando A. Navarro (2014a) nos ha costado encontrar el significado de algunos términos especializados, ya que es un diccionario bilingüe solo de inglés-español que también tiene la posibilidad de búsqueda por término en español. Por consiguiente, para aclarar las diversas dudas surgidas se ha utilizado mucho el DSM-IV.

### **7.1.5. La competencia psicofisiológica**

En esta categoría se comentan los problemas que implican las facultades cognitivas de memoria y atención, las actitudes psicológicas y la habilidad de desarrollar procesos de creatividad.

Para empezar, consideramos que algunas frases del texto origen no disfrutaban de la claridad que se espera en un texto especializado. Un ejemplo concreto es la frase: «Esta descripción es similar a la encontrada por otros cuando se revisan las necesidades médicas de personas con DI que reciben cuidados en instituciones». El pronombre *otros* debería convertirse en adjetivo para ir acompañado de un sustantivo, en este caso *expertos* o *estudios*, con el fin de aclarar la función de este pronombre. Se ha decidido mejorar la redacción en nuestra traducción y el resultado es el siguiente: «This description is similar to those that were found by other experts when the medical needs of individuals with ID who receive care in institutions were reviewed».

Otro ejemplo de este tipo es *la pauta actual* que se ha traducido por *the current behavioral pattern*. En este caso, el sustantivo *pattern* en inglés tiene que ir precedido por un adjetivo como *behavioral*.

Por último, se ha aclarado el nombre propio de un centro médico que es «Centro San Rafael en Alicante» y se ha traducido por «San Rafael Medical Center in Alicante». En inglés la palabra *Center* puede hacer referencia a un centro comercial, pero en este caso se trata de un centro médico, por lo que se ha optado por *Medical Center*.

### **7.1.6. La competencia estratégica**

La competencia estratégica se define como un conocimiento procedimental que garantiza la eficiencia del proceso traductor y la resolución de los problemas encontrados. Esta competencia afecta a todas las demás competencias, pues sirve para reparar errores ocasionales, para detectar problemas, etc.

Después de revisar, por última vez, el texto meta se han hecho algunos cambios en la redacción. Por ejemplo, *indicación del fármaco* inicialmente se ha traducido por *drug indication*, pero como hace referencia al tratamiento farmacológico, finalmente, se ha optado por *drug therapy indication*. En el caso de *duración de la pauta actual* se



quiere aclarar que el término *duración* hace referencia al sustantivo *tratamiento* y se ha traducido por *treatment duration of the current behavioral pattern*.

Otro detalle importante se ha observado en la siguiente frase: «Se ha tabulado el grado de DI y los diagnósticos psiquiátricos y problemas conductuales siguiendo la guía». En este caso se ha añadido la conjunción *as well as* entre el primer ejemplo y el segundo lo que dio como resultado la frase: «Following the guidelines, the degree of ID has been classified as well as the psychiatric diagnoses and behavioral problems».

## 8. Conclusiones

Ciertos autores sostienen que la traducción científico-técnica se considera una unidad, mientras que otros autores nos han enseñado que existe una clara diferencia entre la traducción científica y la traducción técnica. Por tanto, la traducción médica pertenece a la comunidad científica y nuestro artículo de investigación forma parte del campo de la psiquiatría.

A lo largo de este trabajo hemos conseguido realizar una traducción y un análisis profundo de un texto que presenta una investigación científica. Ha sido interesante aplicar algunas de las técnicas teóricas para hacer este análisis textual y demostrar que para obtener una traducción de calidad de un texto especializado, primero, es necesario hacer un análisis del mismo.

El texto objeto de nuestro análisis nos ha permitido introducirnos en el campo científico-técnico de la investigación médica experimentando la traducción inversa. Por una parte, resulta interesante todo el proceso de análisis que se ha llevado a cabo sobre las tres dimensiones de la traducción (como acto de comunicación, como operación textual, como actividad cognitiva) en un ejemplo concreto de traducción especializada y, por otra parte, es interesante la eficacia de las soluciones y la búsqueda de información a la hora de tomar decisiones en la traducción de los textos especializados.

Para concluir este estudio, cabe destacar que se han ampliado los conocimientos adquiridos en el itinerario de Traducción Científico-Técnica y en la asignatura TI0972 Traducción A1 (Español) -B (Inglés) (II). En este Trabajo de Fin de Grado se han aplicado muchas técnicas de traducción aprendidas a lo largo de la carrera.

### 8.1. Intereses futuros

Es indudable que la traducción se practica traduciendo y con el paso del tiempo uno puede convertirse en un buen profesional de la traducción. Ahora bien, es necesario tener las habilidades básicas para traducir y luego atreverse a traducir textos especializados. Como bien sabemos la traducción en el ámbito médico es uno de los campos más apreciados en el mundo laboral de la traducción científica y el inglés es la lengua que más se traduce en la actualidad, por lo que se podría optar a seguir este camino a la hora de practicar la traducción científica. Asimismo, este trabajo se podría ampliar con investigaciones en otros campos de la medicina y en otros géneros distintos. Resultaría interesante hacer una comparación entre el género artículo de investigación y el género caso clínico, ya que ambos géneros podrían aportar información importante.

## 9. Bibliografía

- Adelstein, A. & Kuguel, O. (2005). *Los textos académicos en el nivel universitario*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4<sup>a</sup> ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5<sup>a</sup> ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bell, R. T. (1991). *Translation and translating*. Londres: Longman.
- Council of Science Editors (2014). *Scientific Style and Format Online*. (8<sup>a</sup> ed.) Recuperado de <http://www.scientificstyleandformat.org/Home.html>
- Gamero Pérez, S. (2001). *La traducción de textos técnicos: Descripción y análisis de textos (alemán-español)*. Barcelona: Ariel.
- Gamero Pérez, S. (2006). *La traducción de textos técnicos*. Barcelona: Ariel.
- García Izquierdo, I. (1998). *Mecanismos de cohesión textual. Los conectores ilativos en español*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- García Izquierdo, I. (2000). *Análisis textual aplicado a la traducción*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Halliday, M. A. K. & Hasan R. (1976). *Cohesion in English*. London: Longman.
- Hatim, B. & Mason, I. (1990). *Discourse and the translator*. Londres: Longman.
- Hurtado Albir, A. (2001). *Traducción y traductología. Introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra.
- Jiménez Cubero, M. et al. (2013). Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 33 (119), 479-495. doi: 10.4321/S0211-57352013000300002. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16692/16532> el 15 de marzo de 2015
- Linguee. Recuperado de <http://www.linguee.es> el 15 de marzo de 2015
- López-Ibor, J. (2010). *Actas Españolas de Psiquiatría*. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/proximo.php>
- MedlinePlus. Información de salud para usted. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/> el 15 de marzo de 2015

- MedlinePlus. Trusted Health Information for You. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplus.html> el 15 de marzo de 2015
- Merino, A. y Sheerin, P. (2007). *Manual de traducción inversa español-inglés: A practical handbook of Spanish-English translation*. (6ª ed.) Madrid: Anglo didáctica.
- Muñoz Torres, C. A. (2011). *Análisis contrastivo y traductológico de textos médicos (inglés-español). El género caso clínico*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Navarro, F. A. (2014a). *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*. (3ª ed.) Madrid: Cosnautas. Munari Ediciones S.L. Recuperado de [www.cosnautas.com](http://www.cosnautas.com)
- NCBI. National Center for Biotechnology Information. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> el 14 de abril de 2015
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/> el 20 de marzo de 2015
- Pinchuck, I. (1977). *Scientific and Technical Translation*. Londres: André Deutsch.
- ProZ.com. Recuperado de <http://www.proz.com/search/> el 18 de marzo de 2015
- SciELO. Scientific Electronic Library Online. Recuperado de <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es> el 18 de marzo de 2015
- Searle, J. R. (1976). Una taxonomía de los actos ilocucionarios. *Teorema. Revista Internacional de Filosofía*, 6 (1), 43-78.
- TERMCAT. Centre de Terminología. Recuperado de [http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris\\_En\\_Linia/157/Fitxes/](http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/157/Fitxes/) el 17 de abril de 2015
- The Free Dictionary. Medical Dictionary y Acronyms. Recuperado de <http://www.thefreedictionary.com/> el 18 de marzo de 2015
- The University of Chicago (2010). *The Chicago Manual of Style Online*. (15ª y 16ª ed.) Recuperado de <http://www.chicagomanualofstyle.org/home.html>
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (7ª ed.) Barcelona: Masson.
- Vazquez-Ayora, G. (1977). *Introducción a la traductología*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- WHO. World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/en/> el 20 de marzo de 2015
- Wordreference. Recuperado de <http://www.wordreference.com> el 18 de marzo de 2015

## 10. Anexos

### 10.1. Texto origen

#### **Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual.**

##### *Introducción*

El uso de medicamentos es una estrategia frecuente para el control de los problemas de conducta de las personas con DI. Su aplicación requiere que continuamente se valore su necesidad, eficacia y seguridad. Cuando se trata de problemas de conducta en personas con DI, si consideramos la carencia de investigación sobre el tema y que las actuales recomendaciones terapéuticas se basan tan solo en opiniones de expertos, los estudios observacionales cobran una especial importancia.

Las personas con DI son aquellas cuya función intelectual está por debajo de la población general, unido generalmente a un déficit en la conducta de adaptación al entorno. Se dice que existe un “déficit de adaptación” cuando los individuos no satisfacen la norma de independencia personal y responsabilidad social, esperada para su edad o grupo cultural. Actualmente el énfasis se pone en la interacción individuo-ambiente y no clasifican al sujeto en función del coeficiente intelectual (CI) sino atendiendo al apoyo que necesita la persona para desenvolverse en un entorno dado. La prevalencia promedio mundial de retardo mental estimada es de 10,37 casos por 1000 habitantes. En España se estima que la prevalencia de DI es de aproximadamente 500.000 personas (1% de la población), con una tasa de crecimiento de 10.000 individuos/año, aproximadamente el 4% de los hogares del país están afectados. Se conocen más de 250 causas biológicas, pero en aproximadamente solo el 25% de las personas con DI se ha identificado una causa biomédica. En el 75% restante se desconoce la causa, o se deben a factores psicosociales. La DI leve es generalmente idiopática o familiar, pero las formas graves y profundas son normalmente genéticas o relacionadas con una lesión cerebral. Tanto los factores hereditarios, como los mecanismos ambientales, incluyendo los socio-culturales, pueden contribuir a la transmisión familiar del DI leve a lo largo de generaciones.

Los estudios epidemiológicos han mostrado una tasa de morbilidad psiquiátrica (esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo...), en la población con DI, entre 8% y 15%; y hasta el 50% cuando se incluye trastornos de conducta. Se llama trastorno de conducta a aquella conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que puede poner en grave peligro la seguridad física de la persona o de otros, o conducta que puede limitar el uso de los servicios habituales de la comunidad o hacer que le nieguen el acceso a los mismos a la persona.

El objetivo del presente trabajo es: 1) describir la práctica real de la farmacoterapia de un grupo de sujetos con DI; 2) compararla con las recomendaciones

de un grupo de expertos; y 3) tratar de determinar en qué medida el alejamiento de estas recomendaciones se refleja en la intensidad de los problemas conductuales y las habilidades adaptativas.

### *Material y métodos*

Se efectuó un estudio observacional, transversal y cuantitativo, en un colectivo de sujetos diagnosticados de DI según los criterios CIE-10, asistidos en el Centro San Rafael en Alicante. La observación se realizó durante el verano del año 2005. Se registró el tratamiento farmacológico vigente de cada sujeto en el momento del estudio. Los medicamentos se han clasificado según el sistema “Anatómico Terapéutico Químico” (ATC) y las dosis recibidas se han cuantificado en “Dosis Diarias Definidas” (DDD).

El tratamiento recibido por cada sujeto se comparó con las recomendaciones de los expertos en lo referente a: 1) indicación del fármaco, 2) dosis empleadas; 3) duración del tratamiento y 4) polifarmacia; según los siguientes criterios operativos.

1) Indicación: Se considera que cumple el criterio de indicación de un fármaco cuando en la guía viene especificado como tratamiento de 1º elección para el trastorno psiquiátrico o problema de conducta que padece el sujeto, o en caso de estar especificado como de 2º elección, hay constancia en la historia clínica de resistencia o intolerancia al tratamiento de 1º elección.

2) Dosis: Se considera cumplido el criterio de dosis si la que recibe el paciente está incluida dentro de los intervalos indicados para cada fármaco. También se considerará cumplido si siendo la dosis inferior al intervalo recomendado, el paciente ha sido adecuadamente controlado, o requiere un incremento más lento de la dosis para evitar intolerancia y así consta en la historia clínica. Si la dosis fuera superior al intervalo terapéutico, pero en la historia clínica hubiera constancia de un control insuficiente con dosis menores y una tolerancia adecuada entonces también se considerará cumplido el criterio. En los casos en que no se den las circunstancias descritas anteriormente, el criterio de dosis se considerará incumplido.

3) Duración de la pauta actual: Se considerará inadecuado cualquier cambio de tratamiento sin haber dejado transcurrir el tiempo mínimo de 3 semanas para los antipsicóticos, 1 semana para los estabilizadores del humor y 6 semanas para los antidepresivos ISRS; excepto durante la titulación de dosis al inicio del tratamiento, hasta alcanzar la dosis de mantenimiento, periodo durante el cual es adecuado hasta dos cambios en 1 semana. Si el paciente se encuentra estabilizado, se considerará que al menos debe recibir una revisión semestral actualizando el tratamiento completo.

4) Polifarmacia: El uso de dos fármacos de la misma clase terapéutica (dos antidepresivos o dos antipsicóticos) está raramente justificado; sin embargo el uso de dos o más fármacos de diferente clase terapéutica es apropiado en determinadas situaciones como la depresión psicótica o la depresión bipolar y en caso de respuesta parcial al tratamiento de elección. Se considera incumplido el criterio de polifarmacia cuando se utilizan simultáneamente dos psicofármacos fuera de las recomendaciones indicadas anteriormente.

Se ha tabulado el grado de DI y los diagnósticos psiquiátricos y problemas conductuales siguiendo la guía. Las discapacidades, distintas a la DI y/o enfermedad mental se han tabulado como motóricas, sensoriales o del habla. Todos los trastornos epilépticos se han clasificado conjuntamente en una sola categoría. Se ha tabulado la frecuencia de uso de cada grupo de psicofármacos, según el criterio que se indica a continuación: antipsicóticos, grupo N05A, excepto litio; antidepresivos, grupo N06A; anticonvulsivantes y estabilizadores del humor N03 y litio; ansiolíticos e hipnóticos grupos N05B y N05C. Las edades y el tiempo de institucionalización se han expresado en años y las dosis acumuladas de cada grupo terapéutico anterior se expresaron en DDD.

## *Resultados*

Los resultados de la evaluación del cumplimiento con las recomendaciones de los expertos en farmacoterapia, que se aplicaron solo a los 43 sujetos que recibían psicofármacos y/o antiepilépticos sin diagnóstico de epilepsia, son los siguientes: los criterios de indicación y de duración fueron con diferencia los más satisfechos, 86% y 95% respectivamente; el cumplimiento de los criterios de dosis y polifarmacia superó el 55%. De los 19 sujetos que incumplen el criterio de dosis, 7 emplean dosis superiores al rango recomendado e inferior en 12. De los 19 sujetos que incumplen el criterio de polifarmacia, 10 reciben más de un fármaco del mismo grupo, mientras que 6 reciben varios fármacos de grupos distintos, y 3 reciben ambos tipos de politerapia.

Al contrastar los índices de problemas de conducta y la edad equivalente en meses a la conducta adaptativa en función del cumplimiento o no de cada uno de los 4 criterios, indicación, dosis, duración y polifarmacia, se encontró que el cumplimiento del criterio de dosis se asoció significativamente con mejor conducta adaptativa, mientras que el cumplimiento de los criterios de duración y polifarmacia se asociaron con menores problemas de conducta. No hubo asociación entre el cumplimiento de criterio de indicación con la intensidad de los problemas de conducta, ni con las habilidades adaptativas.

## *Discusión*

El colectivo estudiado es un grupo de sujetos con DI que requiere institucionalización, generalmente por razones de índole social, por la carencia de habilidades adaptativas y la presencia de problemas conductuales. Muchos de estos sujetos presentan discapacidades física o sensorial. Los trastornos convulsivos constituyen también una comorbilidad frecuente. Esta descripción es similar a la encontrada por otros cuando se revisa las necesidades médicas de personas con DI que recibe cuidados en instituciones.

Al igual que en nuestros resultados, en otros estudios también se ha descrito una elevada frecuencia de uso de medicamentos para el SNC, medicamentos para el aparato digestivo (laxantes y de medicamentos para el reflujo gastroesofágico) y de medicamentos para el sistema cardiovascular. Ello es coherente con los problemas de salud prevalentes en este colectivo.

Entre nuestros resultados aparece un elevado empleo de psicofármacos, más del 72% de los sujetos reciben fármacos para problemas psiquiátrico-conductuales (psicofármacos y/o anticonvulsivantes sin padecer epilepsia), siendo los antipsicóticos los psicofármacos más frecuentemente utilizados, 57% de los sujetos los reciben. Estas cifras, si bien están dentro de las frecuencias más altas observadas en otros centros para este tipo de población y son bastante superiores a las encontradas previamente en este mismo centro. Otros autores han descrito incrementos con el tiempo en la frecuencia de uso de psicofármacos en colectivos de personas con DI. Vivir en un entorno residencial y la edad eran factores asociados de forma significativa a una mayor probabilidad de que un sujeto con DI fuera tratado con antipsicóticos.

Se carece de pruebas científicas acerca del beneficio o perjuicio de la administración de antipsicóticos en las personas con DI para la corrección o mejoría de los problemas de conducta. Así mismo tampoco existen estudios de que los pacientes esquizofrénicos con DI se beneficien de los efectos de los antipsicóticos a pesar de ser una de las poblaciones más medicadas con ellos. Otros estudios en los que se compara risperidona y placebo para el tratamiento de conductas agresivas en individuos con DI, muestran beneficios con el fármaco activo, pero a costa de efectos adversos importantes. Cuando se ha examinado en un ensayo doble ciego controlado, la efectividad de los antipsicóticos: haloperidol, risperidona y ambos asociados frente a placebo, para el control de conductas agresivas en sujetos con DI, los resultados favorecieron al grupo placebo. Por tanto la elevada frecuencia del uso de antipsicóticos en los individuos con DI es una cuestión de creencias más que de evidencias.

El uso de anticonvulsivantes es después de los antipsicóticos, la categoría de medicamentos más empleada en este colectivo. La frecuencia de su empleo sobrepasa a la frecuencia de sujetos con diagnóstico de epilepsia, ya que algunos de los fármacos de esta categoría se emplean en el tratamiento y prevención de episodios afectivos, en el dolor neuropático y otras indicaciones como problemas de conducta relacionados con dificultades en el control de impulsos. Aunque su efectividad en este último uso no está claramente establecida, si se ha observado que el uso de anticonvulsivantes ha llevado aparejado un descenso en el uso de psicofármacos.

Ninguno de los pacientes de la población estudiada recibe antidepresivos. Otros estudios también han encontrado un uso infrecuente de antidepresivos, se ha observado que los antidepresivos pueden deteriorar el estado de este tipo de pacientes. Los médicos prácticos suelen valorar la utilidad de los antidepresivos más que los expertos en psicofarmacología, por tanto este hallazgo es coherente con el apego a las recomendaciones de estos últimos. En el grupo y en el momento estudiado sólo había un sujeto que recibía litio, probablemente por dificultades en controlar y mantener niveles plasmáticos adecuados. También las benzodiazepinas se han relacionado con un empeoramiento de los problemas conductuales hasta en un 10-25% de las personas con DI que las reciben, además este empeoramiento es fácilmente confundido con otros problemas de conducta o patologías psiquiátricas.

En el grupo de sujetos estudiados, las dosis medianas de las categorías de medicamentos de interés, se encuentran en torno a una DDD, siendo algo menores para los antipsicóticos y para los antiepilépticos cuando se emplean en sujetos sin diagnóstico de epilepsia. Las dosis medianas son algo mayores para ansiolítico — hipnóticos y para antiepilépticos empleados en sujetos con diagnóstico de epilepsia, probablemente reflejando el uso simultáneo en un sujeto de un ansiolítico y un



hipnótico y el uso de polifarmacia anticonvulsivante en sujetos con crisis de difícil control. No obstante también puede observarse que algunos pocos sujetos llegan a tomar dosis muy altas (como muestran las dosis máximas empleadas). Un estudio mostró que la respuesta más probable a la aparición, en sujetos con DI, de síntomas médicos y conductuales que pueden ser potenciales efectos adversos a alguno de los psicofármacos que reciben y que están descritos como tales en las fichas técnicas de los medicamentos, es el incremento de las dosis del mismo o la adición de un nuevo fármaco, en lugar de la reducción de dosis o la retirada del mismo, la adición de un nuevo fármaco. Por otra parte se ha asociado el uso de dosis altas a la práctica de la polifarmacia.

Existen pocos estudios sobre problemas de conducta y diagnósticos psiquiátricos y los que hay presentan sesgos metodológicos importantes y en muchas ocasiones los únicos datos de los que se disponen proceden de estudios hechos en personas que no padecen DI, y esta extrapolación no está exenta de riesgos. El uso de medicamentos psicotrópicos en personas con DI es un problema controvertido que ha recibido mucha atención. Hay preocupación en relación con la falta de selectividad en su eficacia y con los efectos secundarios que pueden producir. La evidencia sugiere que muchos profesionales de la salud que se han especializado en cuidados del paciente con DI, necesitan mantenerse actualizados con relación a los problemas que subyacen al uso de tales medicamentos: eficacia, efectos secundarios e interacciones. Todos los miembros del equipo multidisciplinar deben y necesitan comprender claramente las razones por las que se prescriben estos medicamentos, especialmente cuando se usan de una forma sintomática en el tratamiento de los problemas conductuales, y formar parte activa de los procesos de revisión de uso de medicamentos.

### *Conclusiones*

1. Casi todos los sujetos de este estudio (90%) reciben algún tipo de fármaco, los más utilizados son medicamentos para el SNC y dentro de este grupo los antipsicóticos.
2. En general, en el centro estudiado, la prescripción de psicofármacos se ajusta a las recomendaciones de los expertos.
3. Las situaciones de incumplimiento más frecuentes consisten en el uso de varios medicamentos del mismo grupo (polifarmacia) y /o en el uso de dosis fuera del rango recomendado.
4. El seguimiento de las recomendaciones de expertos parece reflejarse en menores índices de problemas conductuales y mejores habilidades adaptativas.
5. Una actitud activa del equipo multidisciplinar que asiste al paciente con DI y evalúa el uso de fármacos (idoneidad, eficacia y seguridad) es fundamental.