

**UNIVERSITAT
JAUME I**

**Máster Universitario en Traducción Médico-
Sanitaria**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER PROFESIONAL

**ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO EN LA
ASIGNATURA DE PRÁCTICAS
PROFESIONALES**

Estudiante: Guiomar Andrino Escobar

Tutora: Laura Carasusán Senosiáin

Curso 2019-2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. TEXTO ORIGEN Y TEXTO META	6
3. COMENTARIO	24
3.1 METODOLOGÍA.....	24
3.2 PROBLEMAS DE TRADUCCIÓN.....	27
3.2.1 Problemas lingüísticos.....	27
3.2.2 Problemas extralingüísticos	32
3.2.3 Problemas instrumentales	34
3.2.4 Problemas pragmáticos.....	34
3.3 ERRORES DE TRADUCCIÓN	37
3.4 RECURSOS	43
4. GLOSARIO	45
5. TEXTOS PARALELOS.....	54
6. RECURSOS.....	56
7. CONCLUSIÓN.....	59
8. BIBLIOGRAFÍA	61
8.1 RECURSOS ELECTRÓNICOS	61
8.2 RECURSOS IMPRESOS	63

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Máster corresponde al itinerario profesional del Máster en Traducción Médico-Sanitaria y se trata de una memoria del trabajo realizado en la asignatura de Prácticas profesionales para la Editorial Médica Panamericana. El objetivo de este TFM es analizar en profundidad las características y los detalles de las tareas llevadas a cabo en junio de 2020 y reflexionar sobre las dudas que surgieron al realizar las traducciones. La estructura del trabajo es la siguiente: primero se muestran el texto original y la traducción final; después, se abordan las cuestiones metodológicas y los problemas de traducción con los que nos topamos, así como las soluciones que les dimos; por último, se incluyen un glosario terminológico y un apartado con los recursos y herramientas utilizados.

El encargo de la asignatura de prácticas consistió en traducir varios capítulos del libro *Trail guide to movement: building the body in motion* (2014), escrito por Andrew Biel y publicado originalmente por la editorial Books of Discovery. La lengua del texto origen (TO) es el inglés y la del texto meta (TM) es el español. Con este encargo de traducción real tuvimos la oportunidad de poner en práctica las estrategias y conocimientos adquiridos durante el curso. Como se explicará en detalle más adelante, este proyecto constó de dos partes: una traducción individual y una traducción y revisión grupales.

Comenzamos a traducir el capítulo la primera semana de junio, y dedicamos el resto del mes a revisar lo que habíamos traducido y a crear una versión grupal. En un principio íbamos a intercalar dos semanas de traducción con dos de revisión, pero desde el equipo docente se nos pidió que no avanzásemos más e hiciésemos una revisión en profundidad. Es decir, a mitad de las prácticas se reorganizó el calendario para ajustarlo a nuestras necesidades.

Respecto al texto en sí: para realizar una buena traducción es necesario tener en consideración el género textual del encargo. Primero, vamos a definir el concepto de género textual (Hatim y Mason, 1990): «Genres are ‘conventionalised forms of texts’ which reflect the functions and goals involved in a particular social occasion as well as the purposes of the participants in them».

La siguiente cita, que pertenece a Bazerman (1998: 24, citado en Montalt y González, 2007), aporta más información sobre el género y su importancia:

Genre more fundamentally is a kind of activity to be carried out in a recognisable textual space. That activity embodies relations with the readers and kinds of messages to be developed in order to carry out generically appropriate intentions and interactions – to complete the rhetorical and social possibilities of the genre. Thus genre presents an opportunity space for realising certain kinds of activities, meanings, and relations.

Según Nord (2012), los textos cuentan con una serie de factores, los extratextuales e intratextuales. La información de los factores extratextuales se consigue analizando cuestiones como: «el emisor o redactor (¿quién?), la intención emisora (¿para qué?), el destinatario (¿a quién?), el canal o medio transmisor (¿a través de qué medio?) [...]». Los factores intratextuales corresponden a: «la temática (¿sobre qué tema?), el contenido (¿qué información?), la información presupuesta como conocida en los destinatarios (¿presuponiendo qué?) [...]». Las características y el contexto de un libro, por ejemplo, siempre son relevantes, pues nada es aleatorio y todas estas cosas afectan a la traducción. No se puede realizar un buen encargo de traducción sin plantearse estas cuestiones.

Por lo tanto, para situar el género de nuestro texto, debemos considerar los aspectos específicos de este encargo. Como ya se ha mencionado anteriormente, el emisor es el escritor y fisioterapeuta Andrew Biel. En la página web de Books of Discovery, editorial fundada por el propio Andrew Biel, pone lo siguiente respecto a los libros que publican y sobre *Trail Guide to Movement*:

Approachable, easy-to-navigate content to encourage active exploration. Remarkably clear, engaging visuals that ignite curiosity about the human body. Resources that inspire instructors to reimagine ways of teaching and enlivening every classroom.

Trail Guide to Movement takes the kinesiology principles found in *Trail Guide to the Body* even further by deepening students' understanding of how muscles, bones, fascia, joints, and other structures come together to produce human movement. It explores biomechanics, key structures for movement, and principles of posture and gait, all with memorable imagery and straightforward descriptions [...].

El libro está enfocado a estudiantes de kinesiología o fisioterapia, aunque cualquier profesional de la salud podría beneficiarse de la información que contiene. A pesar de ser un texto especializado dirigido a profesionales o estudiantes de este campo,

el lenguaje con el que está escrito es bastante accesible. Por ejemplo, a lo largo del texto se hacen aclaraciones del tipo «radioulnar (elbow) extension», lo que nos indica que el nivel de conocimientos del lector no tiene por qué ser muy elevado. Además, al final de cada capítulo hay un cuestionario para que el lector compruebe si ha entendido lo que ha leído. Por lo tanto, se podría decir que tanto el emisor como los receptores pertenecen al mismo campo, pero no tienen por qué poseer el mismo nivel de especialización.

El campo de este libro es de forma amplia la medicina y, siendo más concretos, la anatomía y kinesiología. Se trata de un libro de texto cuyo fin es divulgativo (aunque solo para un determinado grupo de personas), por lo que estamos ante un texto expositivo. Según Montalt y González (2007: 58), la función social de un libro de texto es la de enseñar y aprender a ser un profesional sanitario.

Una característica que tiene este libro en particular pero que no comparte con todos los libros de texto es que el autor se dirige directamente al lector. Andrew Biel da por hecho que quien lea el libro será un estudiante de kinesiología o fisioterapia. Por ejemplo: «As a **practitioner**, you'll want to know the normal range of motion of the major joints because increased flexibility will be a common objective of **your clients**». Redactar el libro de esta manera fue una decisión consciente del autor, por lo que en el texto meta lo respetamos.

La función del texto original y el texto meta en sus respectivos contextos nos indica ante qué tipo de traducción estamos. Nord (2012) hace esta distinción sobre los tipos de traducción que se pueden dar:

La traducción-instrumento, en cambio, es un instrumento comunicativo «sui generis» destinado a lograr un propósito comunicativo, sin que los receptores meta sean conscientes de tener delante una traducción. Este tipo de traducción comprende tres formas: (a) la traducción equifuncional, en la que la función del TM es la misma que la del TB (p. ej., en la traducción de correspondencia comercial o de los manuales de uso); (b) la traducción heterofuncional, que se elige si el TM no puede cumplir las mismas funciones que el TB porque la situación meta no las permite [...].

La versión en español de *Trail guide to movement* también será un libro de texto o de consulta para estudiantes, por lo que tanto la función como el género del texto original son iguales a los del texto meta. Esto quiere decir que se trata de una traducción equifuncional.

Las partes del libro que nos mandó Editorial Panamericana para traducir fueron los capítulos 5, 6, 10 y 11. Tanto el 6 como el 11 son una continuación del capítulo anterior. El capítulo 5 (*Joints: Part I*) y el capítulo 6 (*Joints: Part II*), como indica el título, tratan en profundidad el tema de las articulaciones, desde un punto de vista anatómico y biomecánico. Los capítulos 10 y 11 (*Nerves: Part I y Part II*) se centran en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, y en todos los nervios que los componen. Todos los capítulos cuentan con un resumen, un índice de contenidos e ilustraciones que ejemplifican lo que se describe en el texto.

Se crearon cuatro grupos de trabajo y a cada grupo le fue asignado uno de los capítulos, aunque, como se explica en la sección de Metodología, no llegamos a terminar de traducirlos. Dos grupos se dedicaron al tema de las articulaciones y los otros dos al de los nervios. Hacia el final de las prácticas hicimos una pequeña comparación de cómo se habían traducido algunos términos en otros grupos. Por lo demás, no hubo demasiada comunicación entre grupos. Los profesores Laura Carasusán Senosiáin, Ignacio Navascues Benloch y Laura Pruneda González nos guiaron durante las cuatro semanas que duró el proyecto. Revisaron las traducciones de nuestros fragmentos y respondieron a las dudas que se planteaban en los foros.

El capítulo asignado a mi grupo fue el 6 (*Joints: Part II*). El número total de palabras que debíamos traducir era de 6347 (unas 600 palabras por entrega), aunque al final solo llegamos a traducir alrededor de la mitad. El volumen de trabajo de los demás grupos era similar. El foco de nuestro capítulo estaba en la movilidad articular y todos los conceptos asociados con ella (tipos de movimiento, amplitud de movimientos, etc.). Dado que todo el capítulo trata de posiciones del cuerpo humano, es muy útil para los lectores que el texto se apoye en ilustraciones. Esta característica también nos fue de gran ayuda a los traductores, pues las imágenes ayudan a entender lo que se dice en el texto.

La metodología que seguimos tanto individual como grupalmente tiene mucho peso en este proyecto y se explica en detalle en el Comentario. Gran parte del tiempo lo dedicamos a documentarnos, pues el tema del libro nos resultaba desconocido. Por lo tanto, no contábamos con una base de conocimientos en la que apoyarnos al traducir. Además, no hubo demasiado tiempo para hacer una documentación previa a la traducción, pues solo contamos con tres días antes de ponernos con los textos. Esta es la razón por la cual seguimos un proceso de: documentación, traducción, revisión de errores, más

documentación, correcciones. No llegamos a ningún punto en la duración de las prácticas en el que dejásemos de buscar recursos en los que apoyarnos.

La traducción de estos textos, y por consiguiente este TFM, no podría haberse llevado a cabo sin el esfuerzo y el apoyo de mis compañeros de grupo.

A continuación, se encuentran el texto origen y el texto meta, enfrentados en una tabla para facilitar su lectura.

2. TEXTO ORIGEN Y TEXTO META

TEXTO ORIGEN	TEXTO META
Página 75	
<p>OF THIS CHAPTER</p> <p>Chicagoan Stephanie Morton, 33, led an active lifestyle of hiking, salsa dancing, and wrestling on the rug with her nephews. Her physical world began to change, however, after being diagnosed with rheumatoid arthritis (RA). As it happened, she had a veteran supporter: Her mother, Rhonda, 68, had suffered from RA for decades.</p>	<p>LO ESENCIAL DE ESTE CAPÍTULO</p> <p>Stephanie Morton, de 33 años y natural de Chicago, practicaba senderismo, bailaba salsa y se peleaba con sus sobrinos sobre la alfombra, es decir, era una mujer activa. Sin embargo, todo empezó a cambiar cuando le diagnosticaron una artritis reumatoide (AR). Por suerte, contaba con el apoyo de alguien que comprendía por lo que estaba pasando: su madre, Rhonda, de 68 años, llevaba décadas padeciendo esta enfermedad.</p>
<p>The most common type of autoimmune arthritis, RA attacks the body's joints—typically the wrists and hands. Nearly three times as many women as men have the disease, and the most prevalent symptom is joint pain. In addition to experiencing fatigue, inflammation, and stiffness, RA sufferers have pain four out of every ten days.</p>	<p>La artritis reumatoide es el tipo más frecuente de artritis autoinmune y afecta a las articulaciones, normalmente, las de manos y muñecas. La padecen casi tres veces más mujeres que hombres y el síntoma más frecuente es el dolor articular. Además de fatiga, inflamación o rigidez, los pacientes también padecen dolor cuatro de cada diez días.</p>
<p>Stephanie's goals, laid out by her physical therapist's exercise plan, were to foster flexibility, build strength, and support her cardio. In other words: keep moving. Rhonda's objectives were different. She</p>	<p>Los objetivos de Stephanie, marcados en el plan de ejercicios de su fisioterapeuta, consistían en mejorar la flexibilidad, ganar fuerza y ejercitar el sistema cardiovascular; en otras palabras,</p>

<p>worked with an occupational therapist to create solutions for everyday tasks such as dressing, cooking, and bathing. Both women relied on ice or heat, gentle massage, and mutual encouragement.</p>	<p>seguir moviéndose. Los de Rhonda eran otros: trabajó con su terapeuta ocupacional para buscar soluciones a tareas diarias como vestirse, cocinar o bañarse. Madre e hija decidieron apostar por tratamientos de frío y calor, masajes suaves y apoyo mutuo.</p>
<p>The manual therapists in these cases couldn't have served Stephanie and Rhonda without the joint function information covered in this chapter.</p>	<p>En estos casos, los terapeutas manuales no podrían haber tratado a Stephanie ni a Rhonda sin la información que se proporciona en este capítulo sobre el funcionamiento de las articulaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Examining your own body movements, what joints exhibit the greatest range of motion? Which joints exhibit the least range of motion? 	<ul style="list-style-type: none"> Examine sus movimientos corporales, ¿qué articulaciones tienen mayor amplitud de movimiento? ¿Y cuáles, menor?
<ul style="list-style-type: none"> When the arm moves, typically the distal end moves and the proximal end stays in place. Give an example of a movement where the reverse is true—that is, the proximal end moves and the distal end stays in place. 	<ul style="list-style-type: none"> Normalmente, cuando el miembro superior se mueve, el extremo distal se desplaza y el proximal se queda fijo. Cite un ejemplo de un movimiento contrario, en el que el extremo proximal se desplace y el distal se quede fijo.
<ul style="list-style-type: none"> Stephanie's and Rhonda's daily lives have changed due to limited mobility in the joints of their wrists and hands because of the RA. How might too much mobility affect someone's wrist and hand joints? What types of impact might that have on their daily lives? 	<ul style="list-style-type: none"> A causa de la artritis reumatoide, el día a día de Stephanie y Rhonda ha dado un vuelco debido a la reducción en la movilidad articular de muñecas y manos, pero ¿cómo podría afectar un exceso de movilidad a las articulaciones de muñecas y manos de una persona? ¿Cuál sería el impacto en su día a día?
<p>Página 76</p>	
<p>Range of Motion Some joints, like those between your carpals and tarsals, will afford little quantifiable movement. Others, like the freely moveable joints of your elbow, shoulder, and hip, will be constructed with a</p>	<p>Amplitud de movimiento Algunas articulaciones, como las intercarpianas e intertarsianas, permiten realizar movimientos poco perceptibles, mientras que otras con movilidad libre, como el</p>

<p>generous range of motion (ROM) in mind. This is the amount of movement of a joint and is often expressed in degrees. Your hip, for instance, abducts approximately 45° (6.1), while your neck rotates (hopefully) 80° in either direction (6.2).</p>	<p>codo, el hombro y la cadera, gozan de una generosa amplitud de movimiento (AM). La AM indica cuánto puede moverse una articulación y se suele expresar en grados. La cadera, por ejemplo, se abduce unos 45° (fig. 6-1), mientras que el cuello rota (con suerte) 80° en ambos sentidos (fig. 6-2).</p>
<p>Structural factors such as the shape of the joint surfaces will affect the span of available movement. But just because the bones of a joint have been designed to permit a certain range of motion doesn't necessarily mean the movement can occur. For instance, the elasticity of your joint capsules and surrounding ligaments, as well as your muscles' strength and tightness, will greatly determine a joint's mobility. An injury and any subsequent guarding against pain can further limit motion as can age, genetics, and gender.</p>	<p>El alcance del movimiento se ve condicionado por factores estructurales como la forma de las superficies articulares. Aunque los huesos de una articulación estén diseñados para permitir cierta amplitud de movimiento, no significa necesariamente que esta pueda realizarse. Por ejemplo, la elasticidad de las cápsulas articulares y los ligamentos circundantes, así como la fuerza y la tensión de los músculos, determinan en gran medida la movilidad articular. La edad, la genética y el sexo, al igual que una lesión y cualquier postura que se adopte frente al dolor pueden limitar todavía más la movilidad.</p>
<p>Most importantly, how you use—or don't use—your joints in everyday life will affect your range of motion. Extensive couch surfing, in addition to weakening your bones via Wolff's Law (page 38), will wither your muscles, stiffen your dehydrated connective tissues, and diminish your degrees of motion (6.3). Hopefully, yoga could restore these tissues (6.4).</p>	<p>Lo más importante es cómo usted utilice (o no) las articulaciones en su día a día, ya que afectará a la amplitud de movimiento. Un apego excesivo al sofá no solo le debilitará los huesos según la ley de Wolff (p. 38), sino que también atrofiará los músculos, endurecerá los tejidos conjuntivos deshidratados y disminuirá el grado de movilidad (fig. 6-3). Con suerte, el yoga logrará reparar estos tejidos (fig. 6-4).</p>
<p>Advanced aging or suffering an acute physical or emotional trauma can reduce range of motion (6.5), whereas activities such as gymnastics can expand it (6.6). In general, the muscle patterns you</p>	<p>El envejecimiento, los traumatismos agudos o los traumas reducen la amplitud de movimiento (fig. 6-5), mientras que actividades como la gimnasia la aumentan (fig. 6-6). En</p>

<p>form through your day-to-day actions will determine your joint mobility. For instance, if your movement patterns rotate your neck only so far, then “so far” will become your cervical vertebrae’s range of motion. In other words, we can build a gorgeous joint with ample potential movement, but if you don’t use it, you’ll lose it. As a practitioner, you’ll want to know the normal range of motion of the major joints because increased flexibility will be a common objective of your clients. (Please see the chart on page 253.)</p>	<p>general, los patrones de actividad muscular que usted crea en las actividades cotidianas determinan su movilidad articular. Por ejemplo, si los patrones de movimiento le permiten rotar el cuello hasta cierto punto, entonces la distancia hasta ese “cierto punto” se convertirá en la amplitud de movimiento de las vértebras cervicales. Dicho de otro modo, es posible desarrollar un enorme potencial de movimiento en una articulación, pero si no la utiliza, se perderá. Como profesional, uno de sus objetivos será conocer la amplitud de movimiento normal de las principales articulaciones de sus clientes, ya que muchos de ellos querrán aumentar la flexibilidad (consulte la tabla de la p. 253).</p>
<p>Página 77</p>	
<p>Active and Passive Range of Motion When working with a client, you can utilize two forms of range of motion (ROM)—active and passive.</p>	<p>Amplitud de movimiento activo y pasivo Cuando trabaje con un cliente, puede utilizar dos tipos de amplitud de movimiento (AM): activo y pasivo.</p>
<p>Active ROM is the degree of movement that a client can produce using his or her own strength and volition. For instance, to assess your client’s ROM at the ankle, have her maximally plantar flex and dorsiflex her talocrural joint (6.7).</p>	<p>La amplitud de movimiento activo es el grado de movimiento que un cliente puede alcanzar utilizando su propia fuerza y voluntad. Por ejemplo, es posible evaluar la amplitud de movimiento de la articulación talocrural (del tobillo) de un cliente pidiéndole que lleve a cabo la flexión plantar y la dorsiflexión máximas de la articulación (fig. 6-7).</p>
<p>Passive ROM is the distance that you, the practitioner, can passively mobilize your client’s joint. In this case, you would gently flex her ankle in both directions (6.8).</p>	<p>La amplitud de movimiento pasivo es el recorrido que la articulación puede realizar de forma pasiva gracias a un profesional. En este caso, tendría que flexionar suavemente el tobillo del cliente en ambos sentidos. (fig. 6-8).</p>

<p>Since passive ROM requires your client to relax the muscles of her joint, passive movement often yields more range of motion than active ROM (6.9). For instance, with her active restraints (the tension of muscles and tendons) disengaged, you are potentially able to mobilize her ankle farther than she would of her own accord.</p>	<p>Los movimientos pasivos suelen generar una mayor amplitud de movimiento que los activos, dado que al evaluar la amplitud del movimiento pasivo se requiere que la cliente relaje los músculos de la articulación. Por ejemplo, si relaja los estabilizadores activos (tensión de los músculos y tendones), le podrá movilizar el tobillo mucho más lejos de lo que ella lo haría por sí misma.</p>
<p>A third type of motion, resisted ROM, involves your client attempting to perform an action against your resistance. It is used for many therapeutic purposes, including improvement of joint motion and the differentiation of tissues causing joint pain and dysfunction.</p>	<p>Existe un tercer tipo denominado amplitud de movimiento contra resistencia, en el que la cliente trata de realizar una acción mientras usted opone resistencia. Se utiliza con múltiples fines terapéuticos, como la mejora del movimiento de la articulación y la diferenciación de tejidos que causan disfunción y dolor articular.</p>
<p>Página 78</p>	
<p>Active and Passive Range of Motion (continued) Active ROM is an example of physiological movement—movement that a person can actively produce at an articulation. Sometimes, however, a client’s joint is capable of movements other than those he or she can voluntarily control. This accessory movement is movement that could occur at a joint, but is not reliant on voluntary control.</p>	<p>Amplitud de movimiento activo y pasivo (continuación) La amplitud de movimiento activo hace referencia a los movimientos fisiológicos que una persona puede llevar a cabo de manera activa en las articulaciones. Sin embargo, en ocasiones los clientes pueden realizar más movimientos en la articulación de los que ellos mismos controlan voluntariamente. Estos reciben el nombre de movimientos accesorios: tienen lugar en la articulación, pero el cliente no los controla.</p>
<p>For instance, your client can actively flex and extend her fingers. But only you can (gently and ever-so-slightly) passively rotate her metacarpophalangeal and interphalangeal joints about a</p>	<p>Por ejemplo, una cliente es capaz de flexionar y extender los dedos de forma activa, pero solo usted puede rotar (suave y ligeramente) sus articulaciones metacarpofalángicas e</p>

<p>longitudinal axis (6.10). These joints were not built to support this type of movement. However, such accessory mobilization may free up accumulated restrictions which are hindering her physiological movements. Synonymous with “joint play,” these accessory movements can also be performed at the knee, elbow, and foot</p>	<p>interfalángicas sobre un eje longitudinal de forma pasiva (fig. 6-10). Estas articulaciones no están preparadas para tolerar este tipo de movimiento. No obstante, esta movilización accesoria permite liberar restricciones acumuladas que dificultan los movimientos fisiológicos. Estos movimientos accesorios, también conocidos como “juego articular”, se pueden realizar en la rodilla, el codo y el pie.</p>
<p>As you would suspect, every joint has its limits. During range of motion, a barrier impedes the extent of the movement. In healthy tissue, there are three such blocks</p>	<p>Como cabe esperar, cada articulación tiene sus límites. En un punto de la amplitud de movimiento, un bloqueo frena su recorrido. En un tejido sano, hay tres tipos de restricciones:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A bony restriction is when bone meets bone and occurs only during jaw elevation and radioulnar (elbow) extension (6.11). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando un hueso se encuentra con otro, el movimiento queda limitado por una restricción ósea. Esto solo ocurre en la elevación de la mandíbula y la extensión de la articulación radiocubital (del codo) (fig. 6-11).
<ul style="list-style-type: none"> • A tissue limitation is when flesh comes up against flesh. It happens at the end of hip, knee, and elbow flexion (6.12). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando un tejido se topa con otro, el movimiento se ve limitado por una restricción tisular. Se produce al final de la extensión de la cadera, la rodilla y el codo (fig 6-12).
<ul style="list-style-type: none"> • The most common restriction to movement in synovial joints is the elastic limit of the joint capsule and ligaments. This occurs, for instance, when the cruciate ligaments and surrounding articular capsule limit knee extension (6.13). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando los ligamentos cruzados y la cápsula articular que los rodea limitan la extensión de la rodilla (fig. 6-13), se trata de una restricción elástica de la cápsula articular y los ligamentos, la más frecuente en las articulaciones sinoviales.
<p>Because these limitations are non-pathological, they can be categorized as involving either compression restrictions (bone-to-bone, flesh-to-flesh) or tension restrictions (ligamentous, capsular).</p>	<p>Dado que estas limitaciones no son patológicas, se pueden categorizar como restricciones por compresión (óseas, tisulares) o por tensión (ligamentosas, capsulares).</p>
<p>Página 79</p>	
<p>Hypermobility and Hypomobility</p>	<p>Hipermovilidad e hipomovilidad</p>

<p>Just as it sounds, hypermobility occurs when there is an excess of joint motion. Stemming from laxity in the joint capsules and ligaments, it isn't necessarily pathological; some individuals seem to be blessed with an abundance of extra range of motion. Circus performers, for instance, cultivate their hypermobile tendencies by overstretching their spine and limbs (6.14). That being said, hypermobile joints tend to be more vulnerable to ligament sprains, swollen joints, and recurrent injuries.</p>	<p>Como su propio nombre indica, la hipermovilidad ocurre cuando hay un exceso de movilidad articular. Surge por la laxitud de las cápsulas articulares y los ligamentos, pero no es necesariamente patológica; algunas personas tienen la suerte de poseer una mayor amplitud de movimiento. Por ejemplo, los artistas circenses cultivan sus capacidades hipermóviles realizando estiramientos intensos de la columna vertebral y los miembros (fig. 6-14). Dicho esto, las articulaciones hipermóviles tienden a inflamarse, y a presentar lesiones recurrentes y esguinces.</p>
<p>A hypermobile joint is different from an unstable one. A gymnast can manage her movements at the extreme ends of her range of motion. A person with joint instability, a condition that can occur for a number of reasons, does not possess this control. Hypomobility, on the other hand, is due to constraints to joint mobility. It can be caused by scarring of the joint structure (6.15), chronically tight muscles, neurological compromise, or other injury. These joints predispose a person to muscle strains and pinched nerves. Often seen in those who have suffered from prolonged inactivity, hypomobility doesn't necessarily indicate an unhealthy condition.</p>	<p>Una articulación hipermóvil no es lo mismo que una inestable. Una gimnasta es capaz de controlar los movimientos que realiza en el límite máximo de su amplitud de movimiento, mientras que alguien con inestabilidad articular, una afección multifactorial, no posee este mismo control. Por el contrario, una articulación hipomóvil presenta restricciones que limitan la movilidad articular y que pueden ser consecuencia de una cicatrización en la estructura articular (fig. 6-15), rigidez muscular crónica, trastornos neurológicos u otras lesiones. Estas articulaciones predisponen a distensiones musculares y pinzamientos de nervios. La hipomovilidad suele manifestarse tras periodos de inactividad prolongados, pero no indica necesariamente un problema de salud.</p>
<p>Mobility and stability are relative from person to person, with one individual's flexibility being another's stiffness. They are also relative from joint to joint, with a single articulation being</p>	<p>La movilidad y la estabilidad varían según la persona: lo que a una le parece flexibilidad, para otra es rigidez. También varían según la articulación, de modo que una puede ser</p>

<p>excessively mobile in one direction and reduced in another. For instance, a person might be capable of normal external rotation at the glenohumeral (shoulder) joint, but limited in internal rotation (6.16).</p>	<p>excesivamente móvil en una dirección, pero tener una movilidad limitada en otra. Por ejemplo, una persona sería capaz de realizar una rotación externa normal de la articulación glenohumeral (del hombro), pero una rotación interna limitada (fig. 6-16).</p>
<p>Página 80</p>	
<p>End-Feel Now let's focus just on passive range of motion. When you passively mobilize a client's joint to its normal barrier point, it will present a distinct end-feel—a palpable quality to the restriction. There are four normal and five pathological end-feels. The normal variations include the following:</p>	<p>Sensación de tope (<i>end-feel</i>) Esta sección se centra en la amplitud de movimiento pasivo. Cuando moviliza pasivamente la articulación de un cliente hasta su límite natural, se percibe una clara sensación de tope, una característica palpable de la restricción. Hay cuatro sensaciones de tope normales y cinco patológicas. Las variantes normales son las siguientes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A bony end-feel occurs when two bones make contact. A “hard” sensation is felt when the joint motion ends, for example, at the elbow (humeroulnar) joint (6.17). 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope óseo ocurre cuando dos huesos entran en contacto. Se aprecia una sensación “dura” cuando el movimiento de la articulación llega a su fin, por ejemplo, en la articulación humerocubital (del codo) (fig. 6-17).
<ul style="list-style-type: none"> • A soft tissue approximation end-feel happens when motion is restricted by tissue bumping against other tissue. It is seen and felt with flexion of the knee or elbow (6.18). 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope por aproximación tisular se produce cuando el choque de dos tejidos restringe el movimiento. Un ejemplo sería la flexión de la rodilla y el codo (fig. 6-18).
<ul style="list-style-type: none"> • A soft end-feel would be the elastic sensation felt by the tension of muscle tissue, such as tight adductors limiting abduction of the hip (coxal) joint (6.19). 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope firme (estiramiento blando) hace referencia a la sensación elástica causada por la tensión del tejido muscular, como cuando los aductores en tensión limitan la abducción de la articulación coxofemoral (de la cadera) (fig. 6-19).

<ul style="list-style-type: none"> • The less yielding ligamentous end-feel emanates from taut ligament and joint capsule tissues. You can feel this during internal rotation of the shoulder and extension of the finger (6.20). 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope ligamentoso menos flexible se produce debido a la presencia de los tejidos de la cápsula articular y los ligamentos en tensión. Se nota en la rotación interna del hombro y la extensión del dedo (fig. 6-20).
<p>Your joints don't always function as planned, and abnormal end-feels can be an indication of something amiss. Injury, tense muscles, pain, neurological damage, and detached material inside the joint cavity can all limit joint motion and cause pathological end-feels.</p>	<p>Las articulaciones no siempre funcionan como está previsto y las sensaciones de tope anómalas pueden indicar que algo va mal. Las lesiones, los músculos en tensión, el dolor, el daño neurológico y el material desprendido dentro de la cavidad articular limitan el movimiento de la articulación y causan sensaciones de tope patológicas.</p>
<p>Página 81</p>	
<p>Five pathological end-feels include the following:</p>	<p>Existen cinco sensaciones de tope patológicas:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A muscle guarding end-feel stops early and abruptly with a rebound from hyperactivated muscles. Usually accompanied by pain, it often indicates capsular inflammation. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope en espasmo, que detiene el movimiento bruscamente y antes de tiempo, va seguida de un rebote de los músculos hiperactivos. A menudo, se acompaña de dolor e indica una inflamación capsular.
<ul style="list-style-type: none"> • A capsular end-feel also involves a reduced range of motion (ROM). It can be felt with chronic conditions like adhesive capsulitis or in acute inflammatory situations. Whereas the normal end-feel of a healthy capsule is often described as the feeling of stretching old leather and possesses a little “give” and expected ROM, a capsular end-feel has the same leathery quality but with reduced ROM. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope capsular conlleva una amplitud de movimiento reducida. Se percibe en afecciones crónicas como capsulitis adhesiva o inflamaciones agudas. La sensación de tope normal de una cápsula sana se suele describir como la sensación de estirar cuero viejo, que no cede mucho y cuya amplitud de movimiento es la esperada, mientras que la sensación de tope capsular crea el mismo efecto pero con una amplitud de movimiento reducida.

<ul style="list-style-type: none"> • A boggy end-feel involves a soft, spongy quality, usually from excessive swelling in and around a joint. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope blando se caracteriza por ser suave y esponjosa, generalmente como consecuencia de una inflamación excesiva dentro y alrededor de la articulación.
<ul style="list-style-type: none"> • A spring block end-feel is due to the internal derangement of the joint. Usually occurring in articulations that contain menisci or articular discs, this end-feel involves a pronounced rebound effect at the end of movement. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope elástico está causada por alteraciones en las estructuras internas. Suele ocurrir en articulaciones que tienen meniscos o discos articulares e implica un efecto de rebote pronunciado al final del movimiento.
<p>An empty end-feel occurs when the movement stops due to the significant pain your client feels. No mechanical barriers are detected since the motion cannot be performed. Although usually rare, it can occur with acute bursitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de tope en vacío tiene lugar cuando el movimiento se detiene porque el cliente refiere un dolor muy intenso. Dado que no se puede realizar el movimiento, no se detecta ningún límite mecánico. Si bien es infrecuente, se observa en clientes que padecen bursitis aguda
<p>Página 82</p>	
<p>Types of Joint Motion Now, you might think, “Joint motion—sure. I bend my elbow and some bones move.” If those were your thoughts, you’re halfway there.</p>	<p>Tipos de movimientos articulares Ahora usted debe estar pensando: “Movimientos articulares, está claro: si doblo el codo, se mueven algunos huesos”. Si ha pensado algo parecido, va por la mitad del camino.</p>
<p>It turns out that there are two different aspects of joint movement. Osteokinematics, which is what we alluded to above, concerns the pathways of moving bones. Arthrokinematics, the less considered type, focuses on the motion that occurs between the articulating surfaces of joints. For instance, if you “flex your elbow in the sagittal plane,” that’s osteokinematics. If we instead focus on the trochlea of your humerus (the end of the bone) spinning inside the trochlear notch of your ulna (the end of the opposite bone), that’s arthrokinematics.</p>	<p>Resulta que son dos los aspectos que definen el movimiento articular. La osteocinématica, a la que nos hemos referido anteriormente, se centra en la trayectoria de los huesos al moverse. La artrocinématica, en la que no se suele reparar, se centra en el movimiento que se produce en las superficies articuladas de las articulaciones. Por ejemplo, la flexión del codo en un plano sagital es un movimiento osteocinématico. En cambio, hablamos de artrocinématica cuando nos fijamos en</p>

<p>Osteokinematic motion focuses on actions (for instance, extension and abduction) with respect to planes and axes. Specifically, it concerns the movement of bones around joint axes. For instance, say your morning routine involves stepping onto a scale to check your weight (6.21). One way to describe part of the “joint motion” of that single stride involves how your knee allowed your tibia to move. To put it in kinesiological terms, your tibiofemoral (knee) joint flexed and extended within a sagittal plane and around a frontal axis.</p>	<p>cómo gira la tróclea del húmero (en su extremo distal) dentro de la escotadura troclear del cúbito (en su extremo proximal). El movimiento osteocinemático se centra en los planos y ejes de las acciones (p. ej., la extensión y la abducción). Más concretamente, se refiere al movimiento de los huesos alrededor de los ejes de la articulación. Por ejemplo, imaginemos que cada mañana se sube a la báscula para pesarse (fig. 6-21). Una forma de describir parte del movimiento de la articulación al dar este paso es fijándose en cómo la rodilla permite que la tibia se mueva. En términos kinesiológicos, cómo la articulación tibiofemoral (de la rodilla) se flexiona y se extiende en un plano sagital alrededor del eje frontal.</p>
---	--

Figuras

TEXTO ORIGEN	TEXTO META
<p>Página 76</p> <p>6-1 Abduction at the coxal joint (assisted by elevation of the hip).</p> <p>6-2 Bird’s-eye view of rotation of the head to both the left and right sides. Also, note that he’s limited in both directions, especially to the right.</p> <p>6-3 Relative comfort with consequences.</p>	<p>Figura 6-1: Epígrafe: 6-1 Abducción de la articulación coxofemoral (asistida por la elevación de la cadera).</p> <p>Figura 6-2: Epígrafe: 6-2 Rotación de la cabeza hacia la derecha y la izquierda en una figura a vista de pájaro. Observe que el</p>

<p>6-4 Relative discomfort with different consequences.</p>	<p>movimiento es limitado en ambos sentidos, sobre todo hacia la derecha.</p> <p>Figura 6-3: Epígrafe: 6-3 Una posición relativamente cómoda tiene unas consecuencias.</p> <p>Figura 6-4: Epígrafe: 6-4 Una posición relativamente incómoda tiene otras consecuencias.</p>								
<p>Página 77</p>									
<p>6-5 Just getting older can alter one's range of motion.</p> <p>6-6 Bountiful range of motion.</p> <p>6-7 Active range of motion.</p> <p>6-8 Passive range of motion.</p> <p>6-9: Range of motion relationships at a healthy joint</p> <table border="1" data-bbox="203 1062 696 1281"> <tr> <td>Active ROM</td> <td>AM activos</td> </tr> <tr> <td>Passive ROM</td> <td>AM pasivos</td> </tr> </table>	Active ROM	AM activos	Passive ROM	AM pasivos	<p>Figura 6-5: Epígrafe: 6-5 El simple hecho de envejecer puede alterar la amplitud de movimientos.</p> <p>Figura 6-6: Epígrafe: 6-6 Amplio rango de movimientos.</p> <p>Figura 6-7: Epígrafe: 6-7 Amplitud de movimiento activo.</p> <p>Figura 6-8: Epígrafe: 6-8 Amplitud de movimiento pasivo.</p> <p>Figura 6-9:</p> <table border="1" data-bbox="1090 1083 1688 1345"> <tr> <td>AM activo</td> </tr> <tr> <td>AM pasivo</td> </tr> <tr> <td>Movimiento accesorio</td> </tr> <tr> <td>Luxación</td> </tr> </table>	AM activo	AM pasivo	Movimiento accesorio	Luxación
Active ROM	AM activos								
Passive ROM	AM pasivos								
AM activo									
AM pasivo									
Movimiento accesorio									
Luxación									

Accessory movement	Movimiento accesorio		Epígrafe: 6-9 Relaciones de amplitud de movimiento en una articulación sana.
Dislocation	Dislocación		
Página 78			
6-10: Accessory movement at the finger			Figura 6-10: Epígrafe: 6-10 Movimiento accesorio en el dedo
6-11: A bony restriction stops elevation of the mandible			Figura 6-11: Epígrafe: 6-11 La restricción ósea detiene la elevación de la mandíbula.
6-12: Tissue limitation with flexion of the knee.			Figura 6-12: Epígrafe: 6-12 La restricción tisular se produce con la flexión de la rodilla.
6-13: The elastic limit during extension of the knee.			Figura 6-13: Epígrafe: 6-13 La restricción elástica está presente en la extensión de la rodilla.
Página 79			
6 .14 Hypermobility as demonstrated by acrobats.			Figura 6-14: Epígrafe: 6-14 Ejemplo de hiper movilidad en acróbatas.
6 .15 Scarring that can result in hypomobility.			Figura 6-15: Epígrafe: 6-15 Cicatrización que puede dar lugar a hipomovilidad.
6 .16 She demonstrates functional external rotation at the shoulder, but limited internal rotation.			Figura 6-16:

<p>A sprain of the ankle ligaments.</p> <p>A strain at the musculotendinous junction of the triceps surae muscle.</p>	<p>Epígrafe: 6-16 Una mujer muestra una rotación externa funcional en el hombro, mientras que la interna es limitada.</p> <p>Figura s/n (abajo, izquierda)</p> <p>Epígrafe: Un esguince de los ligamentos del tobillo.</p> <p>Figura s/n (abajo, derecha):</p> <p>Epígrafe: Una distensión en la unión musculotendinosa del músculo tríceps sural.</p>
Página 80	
<p>6 .17 A bony end-feel perceived when the elbow is fully extended.</p> <p>6 .18 A soft tissue approximation end-feel when the elbow is fully flexed.</p>	<p>Figura 6-17:</p> <p>Epígrafe: 6-17 Sensación de tope ósea que se percibe cuando el codo está extendido por completo.</p> <p>Figura 6-18:</p> <p>Epígrafe: 6-18 Sensación de tope por aproximación tisular cuando el codo está flexionado por completo.</p>
Página 81	
<p>6 .19 A soft end-feel when the hip is abducted.</p> <p>6 .20 A ligamentous end-feel upon internal rotation of the shoulder.</p>	<p>Figura 6-19:</p> <p>Epígrafe: 6-19 La sensación de tope firme (estiramiento blando) ocurre cuando la cadera se abduce.</p> <p>Figura 6-20:</p> <p>Epígrafe: 6-20 La sensación de tope ligamentoso se percibe en la rotación interna del hombro.</p>
Página 82	
<p>6 .21 Osteokinematic motion —the knee joint flexes and extends</p>	<p>Figura 6-21:</p> <p>Epígrafe: 6-21 Movimiento osteocinémático: cómo se flexiona y se extiende la articulación tibiofemoral.</p>

Recuadros

TEXTO ORIGEN	TEXTO META
<p>Página 75</p> <p>OBJECTIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> • List the characteristics that determine joint mobility. • Compare and contrast hypermobility and hypomobility. • Define range of motion. • List the three different types of range of motion. • Name and define the different types of end-feel. • Demonstrate the different types of motion. • Name and define the different types of joint motion. • Compare and contrast the different joint surface positions. <p>IN THIS CHAPTER</p> <p>Range of Motion 76</p> <p>Active and Passive Range of Motion 77</p> <p>Hypermobility and Hypomobility 79</p> <p>End-Feel 80</p> <p>Types of Joint Motion 82</p> <p>Closed and Open Kinetic Chains 85</p> <p>Convex-Concave Rule 86</p> <p>Joint Surface Positions 87</p>	<p>Recuadro s/n (arriba, derecha – portada):</p> <p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enumere las características que determinan la movilidad articular. • Compare y contraste la hipermovilidad y la hipomovilidad. • Defina la amplitud de movimiento. • Enumere los tres tipos diferentes de amplitud de movimiento. • Nombre y defina los diferentes tipos de sensaciones de tope. • Ejemplifique los diferentes tipos de movimientos. • Nombre y defina los diferentes tipos de movimientos articulares. • Compare y contraste las diferentes posiciones de las superficies articulares. <p>(Recuadro s/n (abajo, derecha – p.75):</p> <p>CONTENIDOS</p> <p>Amplitud de movimiento 76</p> <p>Amplitud de movimiento activo y pasivo 77</p> <p>Hipermovilidad e hipomovilidad 79</p> <p>Sensación de tope (<i>end-feel</i>) 80</p> <p>Tipos de movimientos articulares 82</p> <p>Cadenas cinéticas abiertas y cerradas 85</p>

Forces Used for Mobilizing Joints 88 Bending and Torsional Forces 89 Review Questions 90	Regla cóncava-convexa 86 Posiciones de las superficies articulares 87 Fuerzas usadas para movilizar las articulaciones 88 Fuerzas de flexión y torsión 89 Preguntas de revisión. 90
Página 76	Recuadro s/n (arriba, derecha – p. 76):
Over the next several pages, we'll leave your body's construction site and explore a few critical concepts that will support your table work with clients	En las próximas páginas, dejaremos la zona de construcción de su cuerpo y exploraremos algunos conceptos fundamentales que le ayudarán a tratar a los clientes.
Página 79	
Sprains and Strains As the most common injuries in sports, sprains and strains often occur in and around articulations that possess excessive or reduced joint mobility.	Esguinces y distensiones Los esguinces y las distensiones, las lesiones más habituales en el deporte, suelen ocurrir en las articulaciones que poseen una movilidad excesiva o reducida, y alrededor de ellas.
A sprain most commonly refers to a stretch or tear (or both) of noncontractile tissues such as a ligament, joint capsules, cartilage, and fasciae. Usually, a sprain is caused by a fall or blow to the body that shifts a joint out of position and overstretches or ruptures the supportive connective tissues. Falling on the side of your foot or landing on your outstretched arm can sprain your ankle or wrist, respectively (left)	Un esguince a menudo se refiere a un estiramiento o desgarro (o ambos) de los tejidos no contráctiles, como los ligamentos, las cápsulas articulares, los cartílagos y las fascias. La causa suele ser una caída o un golpe contra el cuerpo que desplaza la articulación de su sitio y estira en exceso o rompe los tejidos conjuntivos. Torcerse el pie o caer sobre el brazo extendido puede ocasionar un esguince en el tobillo (imagen de la izquierda) o en la muñeca, respectivamente.
A strain is an injury involving the stretching or tearing of a muscle or tendon (right). Occurring frequently in the hamstrings and low back region,	Una distensión es una lesión provocada por un estiramiento o un desgarro de un músculo o un tendón (imagen de la derecha). Suele ocurrir en los isquiotibiales y la zona lumbar. La causa

<p>strains can be caused by a direct blow to the body, overstretching, overuse, or inadequate periods of rest.</p>	<p>puede ser un golpe directo en el cuerpo, un estiramiento excesivo, una sobrecarga o periodos de descanso inadecuados.</p>
<p>Página 80</p>	
<p>It is worth noting that each joint has a characteristic end-feel. An end-feel that is normal for one joint may be pathological for another. For instance, a bony end-feel for elbow extension is considered normal, but for knee extension it would be pathological.</p>	<p>Es importante destacar que cada articulación posee una sensación de tope característica. Una sensación de tope normal para una articulación puede ser patológica para otra. Por ejemplo, una sensación de tope óseo se considera normal en la extensión del codo; en cambio, es patológica en la extensión de la rodilla.</p>
<p>Página 81</p>	
<p>ROM and End-Feel in Practice Range of motion and end-feel can both serve as windows into the body's tissues. To actively or passively mobilize a shoulder is to peek into the health of the joint. You can gain insight into your client's willingness and ability to move her shoulder, the flexibility of surrounding tissues, the presence or absence of pain, and whether it performs symmetrically compared with the opposing shoulder—just by moving a limb or two. Knowledge of the physiological and accessory movements at an articulation will come in handy, too—especially since there's nothing worse than attempting to rotate a client's elbow—yikes!</p>	<p>Amplitud de movimiento y sensación de tope en la práctica La amplitud de movimiento y la sensación de tope sirven para echar un vistazo a los tejidos del cuerpo. De esta forma, al movilizar activa o pasivamente un hombro, se vislumbra el estado de la articulación. Con solo mover uno o dos miembros puede hacerse una idea sobre la disposición de su cliente y su capacidad para mover el hombro; la flexibilidad de los tejidos circundantes; si siente dolor, o si lo mueve de forma simétrica al compararlo con el hombro opuesto. También le resultará práctico saber cuáles son los movimientos fisiológicos y accesorios de una articulación, especialmente porque no hay nada peor que intentar rotar el codo de un cliente (¡ay!).</p>
<p>Also, possessing an experienced, palpatory sense of barriers and end-feels of the body's joints will prove an invaluable tool for evaluation, because it will allow you to diagnose dysfunctional structural conditions in your clientele. These skills, however, will</p>	<p>Asimismo, al realizar exploraciones, es indispensable saber reconocer mediante palpación los límites articulares y las sensaciones de tope de las articulaciones, ya que le permitirán diagnosticar cualquier disfunción estructural que pueda haber.</p>

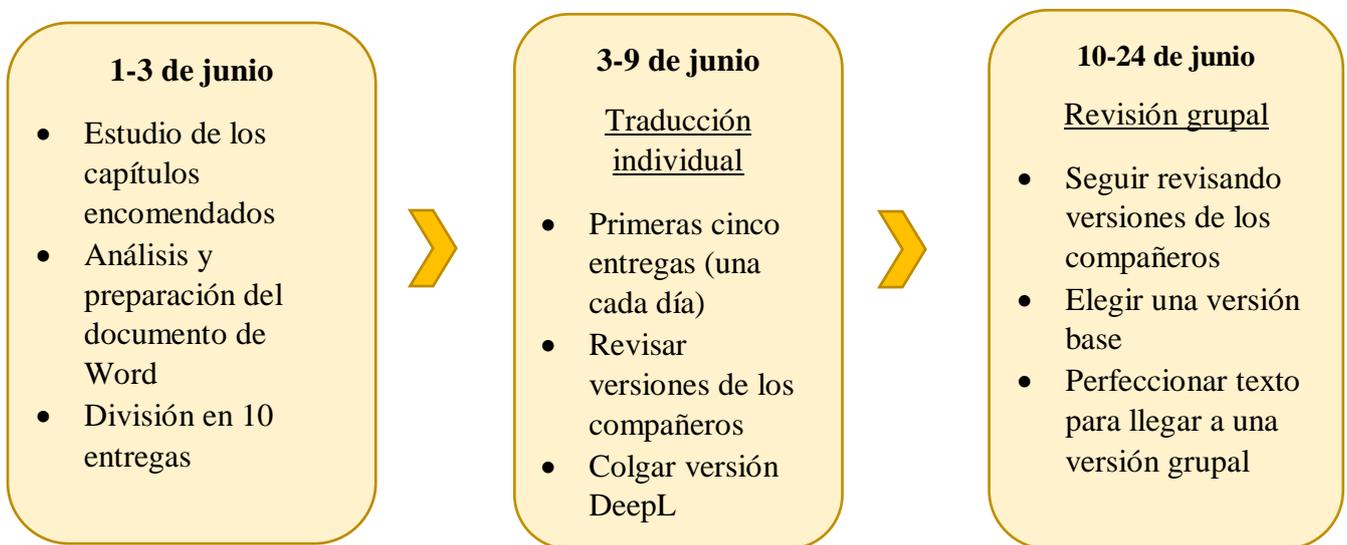
not appear overnight. They require a combination of repeated experience and conscious presence to successfully gather this collective, hands-on sensory “database” of the healthy and the pathological.

Pero estas capacidades no se consiguen de la noche a la mañana. Es necesario aunar experiencias similares y una labor consciente para recopilar con éxito esta información sensorial en una "base de datos" sobre lo que se considera normal y patológico.

3. COMENTARIO

3.1 METODOLOGÍA

La realización de estas prácticas se dividió en dos fases: una individual y una grupal. Ante la imposibilidad de unificar 35 estilos distintos, se crearon 4 grupos de 8 o 9 personas. Yo formé parte del grupo 2 junto con mis compañeros Cristina Arranz Tejo, Sara Campabadal Jordà, Emilio Adrián Higes Villar, María Cristina Honrubia López, Blanca Linares García, Pilar Ramírez Rodríguez y María Helena Ramos Orozco. Cada grupo trabajó sobre el mismo texto (uno de los cuatro capítulos que nos mandó la editorial). Este es el calendario de trabajo que llevamos:



La metodología que seguimos para realizar estas prácticas se parece bastante a la propuesta de proceso de traducción de Montalt y González (2007: 127):

Assignment	Understanding the source text	Planning and outlining	Making a first draft	Revising, replanning and redrafting	Editing and getting ready for publication
------------	-------------------------------	------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Figure 4.3. The translation process

En nuestro caso, el proceso no fue tan lineal, pues la fase de traducción fue individual mientras que la fase de revisión fue prácticamente solo grupal.

Lo primero que hicimos como grupo fue dividir el capítulo en 10 entregas de longitud parecida. El capítulo de mi grupo tiene 6347 palabras, por lo que debíamos

traducir un poco más de 600 palabras al día. Para no hacer descuadrar mucho las páginas con las entregas, algunas son más cortas que otras. Los primeros días los dedicamos a leer en profundidad nuestro capítulo para empezar a identificar las partes que nos supondrían más problemas. Además, utilizamos este tiempo para asimilar las pautas que nos entregó Editorial Médica Panamericana, donde se incluía la traducción de unos cuantos términos. También contenían directrices para la maquetación de las entregas: primero, el texto corrido y después las figuras, seguidas de los recuadros.

La idea inicial era alternar una semana de traducción con una de revisión; en total, cuatro semanas. Tras comprobar cómo avanzaban los grupos, el profesorado decidió cancelar la entrega de los últimos 5 fragmentos y dedicar todo el tiempo restante a revisar lo que ya teníamos. Esto quiere decir que se tradujo y se entregó a la editorial alrededor de la mitad de las palabras que se habían acordado. Se tomó esta decisión para asegurar que tuviésemos tiempo de integrar las correcciones que nos hacían tanto profesores como compañeros y que la calidad de las traducciones fuese la adecuada.

Tras acordar las entregas, comenzamos con la semana de traducción individual. Cada día subíamos un fragmento al campus virtual y lo colgábamos en nuestro hilo personal al día siguiente. Una vez estaban los fragmentos de todos los integrantes del grupo en sus hilos, nos dedicábamos a leerlos y revisarlos. Entonces les hacíamos comentarios a nuestros compañeros, para señalar algún error o para comentar aciertos. En este paso también intervinieron los profesores, que nos corregían los textos y nos indicaban los errores. Además, cada día uno de nosotros publicaba una versión del texto traducida por DeepL para comparar el funcionamiento de la traducción automática. Después de que mis compañeros o profesores comentaran mi entrega, me dediqué a apuntar sus comentarios (o correcciones) con el control de cambios sobre mi traducción. Cuando se terminó la semana y ya estaban colgadas las cinco primeras entregas, comenzó la etapa de revisión.

Llegados a este punto debíamos acordar una traducción grupal que nos representase a todos y, para ello, tuvimos que elegir una traducción base de cada una de las entregas sobre la que trabajar. Nos dedicamos a trabajar sobre los textos en un documento de Google, donde decidimos cada corrección a través del chat de la página. Yo, personalmente, estuve leyendo (otra vez) las entregas de mis compañeros y apuntando las cosas que más me gustaban para poder aplicarlas al trabajo grupal. Si hay algo que marcarse este periodo de trabajo es el debate. Debatimos en grupo hasta el más

pequeño cambio del texto. Se podría decir que, en cierto modo, pasamos de ser traductores a revisores. Aplicamos tantos cambios que quedó poco de la primera traducción y tardamos bastante, con la dificultad que entraña llegar a un consenso con siete personas. Contamos con las correcciones que nos hacían los profesores y con las dudas que intentábamos debatir y resolver en nuestro foro llamado «Policlínica». Nuestro objetivo era que todas, o por lo menos la mayoría, de decisiones que tomásemos respecto al texto estuviesen fundamentadas y apoyadas por una documentación fiable. En la etapa de traducción, al tener plazos de entrega tan ajustados, no había tiempo de investigar todo a fondo. En esta etapa, con más calma, nos centramos en leer documentos de diversas fuentes para respaldar nuestra traducción. Además, yo aproveché para crear el glosario y empezar a meter términos.

En esta etapa es cuando se decidió no continuar con las últimas cinco entregas, pues no habíamos trabajado el texto lo suficiente y debíamos mejorarlo. Creo que todos los grupos apreciamos el tiempo extra para entregar un trabajo de calidad. Nos dedicamos a examinar hasta el más mínimo detalle de nuestros textos y a leer los de los demás grupos para hacer sugerencias.

3.2 PROBLEMAS DE TRADUCCIÓN

Tras comparar las clasificaciones de problemas de traducción de Nord y Hurtado, me he decantado por la de esta última. Aun así, me quedo con la definición que da Nord (1991) para «problema de traducción»: «Un problema objetivo que todo traductor (independientemente de su nivel de competencia y de las condiciones técnicas de su trabajo) debe resolver en el transcurso de una tarea de traducción determinada» (1991). Amparo Hurtado Albir (2001) divide los problemas de traducción en cuatro categorías: lingüísticos, extralingüísticos, instrumentales y pragmáticos. Además, hace una apreciación muy interesante, pues distingue entre problema de traducción (objetivo) y dificultad (subjética):

«No puede identificarse resolución automática de una unidad con la inexistencia de problema de traducción: no lo ha sido para ese traductor, pero puede serlo para otro traductor, constituyendo objetivamente un problema de traducción, y viceversa, el traductor puede encontrar dificultad (por falta de tiempo, de conocimientos, etc.), pero objetivamente no es un problema de traducción».

En este TFM he decidido no mantener esta diferenciación, ya que la persona que ha traducido este texto (es decir, yo) es una traductora en formación. Por lo tanto, la línea entre problemas y dificultades es borrosa. Podría considerarse una dificultad, y no un problema, por ejemplo, mi falta de conocimientos en el ámbito de la medicina. Es complicado, también, hacer una división clara de los problemas con los que me encontré, pues en muchos casos las categorías se solapan.

3.2.1 Problemas lingüísticos

Problemas normativos que comprenden los siguientes planos: léxico, morfosintáctico, estilístico y textual.

En este TFM los problemas lingüísticos que he querido destacar son predominantemente problemas del plano léxico. Esto se debe a la dificultad que presenta la traducción de algunos términos en el ámbito biomédico.

3.2.1.1 Problemas léxicos

- ❖ *End-feel* y toda la terminología asociada.

Este es probablemente el término que más complicaciones nos ha supuesto del fragmento asignado, pues es la piedra angular del capítulo y de él se derivan otros tantos términos.

Tras una primera búsqueda, pude comprobar que muchos fisioterapeutas hispanohablantes utilizan el término en inglés. Esto es algo que ocurre con frecuencia en campos especializados. La dificultad fue dar con el término correcto: que apareciese en fuentes fiables y cuyo uso estuviese bastante extendido. Di con «sensación de tope» y «sensación final». En el libro *Principios y práctica de la medicina manual* (2005) se utiliza el término «sensación de tope», así como en apuntes del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Granada. Se valoró también «límite articular», pues cuenta con numerosos resultados en Google Scholar, pero nos pareció que su uso era menos extendido que el de «sensación de tope». Tras esta traducción, aparecieron otros tipos de *end-feel* cuyas traducciones me ocasionaron ciertos problemas. Varios de estos términos los corregí gracias a las sugerencias de mis compañeros. Por ejemplo, *soft tissue approximation end-feel* pasó de ser «sensación de tope de aproximación tejido blando» a «sensación de tope de aproximación tisular». En el trabajo en grupo nos basamos tanto en el libro «Exploración del aparato locomotor» (1998) como en un artículo de la página web de Kineed (kineed.org) para justificar la traducción del resto de sensaciones de tope.

❖ *Physical world.*

TO: «Her **physical world** began to change, however, after being diagnosed with rheumatoid arthritis (RA)».

TM (individual): «Sin embargo, su **mundo físico** empezó a cambiar tras ser diagnosticada de artritis reumatoide (AR)».

TM (grupal): «Sin embargo, **todo** empezó a cambiar cuando le diagnosticaron una artritis reumatoide (AR)».

En mi primera versión puse «mundo físico», porque me pareció que un término como «vida deportiva» no abarcaba todos los significados de la palabra en inglés. Utilicé esa traducción aun siendo plenamente consciente de que no sonaba demasiado natural, ya que es un calco. Sin embargo, me parecía importante mantener la imagen que crea el TO. En mi grupo se decidió cambiar un poco el significado y poner «todo». Si bien es cierto que un diagnóstico de artritis reumatoide cambia la vida de una persona en todos los aspectos, no se puede ignorar que la frase se refiere en concreto a los aspectos físicos de

dicha vida. Me parece una traducción cuyo significado es demasiado amplio para este contexto.

❖ Prevalent

TO: «Nearly three times as many women as men have the disease, and the most **prevalent** symptom is joint pain».

TM (individual): «Casi el triple de mujeres que hombres tienen esta enfermedad, y el síntoma más **común** es el dolor de articulaciones».

TM (grupal): «La padecen casi tres veces más mujeres que hombres y el síntoma más **frecuente** es el dolor articular».

Uno de los profesores nos indicó en un comentario que «frecuente» es un falso amigo de «prevalent» y que se debe tener mucho cuidado con los sinónimos. Nosotros nos basamos en las aclaraciones que aparecen en el *Libro Rojo* (2013) bajo la entrada de *prevalence*:

Idénticas consideraciones cabe hacer en relación con el adjetivo *prevalent*, que solo en contextos epidemiológicos habrá de traducirse por ‘prevalente’ (en realidad, ‘prevaleciente’ hubiera sido más correcto, pero no se usa apenas); en los textos de carácter general, puede corresponder a ‘predominante’, ‘frecuente’, ‘extendido’, ‘de moda’ o ‘actual’, según el contexto.

En el *DTM* «prevalent» aparece en la entrada de «prevalente» como su traducción. Si seguimos lo que dice el *Libro Rojo* (2013), y al tratarse de un contexto que no es epidemiológico, descartamos esta traducción.

El problema es que estamos ante dos opiniones contradictorias, la de nuestro docente y la de la fuente que consultamos. Tras debatirlo, decidimos mantener «frecuente» y basamos nuestra decisión en que es una de las opciones que se dan en el *Libro Rojo* (2013). Me parece que nuestro término no es erróneo, y creo que es mucho más acertado que el que escogí yo en mi traducción individual.

❖ TO: «They require a combination of **repeated experience** and **conscious presence** to successfully gather this collective, hands-on sensory “database” of the **healthy** and the pathological».

TM (individual): «Se requiere una combinación de **experiencia con repeticiones** y **atención** para adquirir esta “base de datos” sensorial, práctica y colectiva de lo que es **sano** y lo que es patológico».

TM (grupal): «Adquirir esta capacidad implica **dedicar tiempo a una combinación de experiencias similares** y a una **labor consciente** para poder recopilar con éxito esta información sensorial en una "base de datos" sobre lo que se considera **normal** y patológico».

El reto de esta frase fue intentar que se leyese con facilidad. Hay varias partes con las que tuve dificultades: «repeated experience», «conscious presence», «hands-on» y «healthy». Como se puede comprobar, hay bastantes diferencias entre la frase de mi traducción individual y la frase a la que llegamos conjuntamente. En la traducción grupal se decidió que «colectiva» podía ser redundante al acompañar a «base de datos». Para mí, este cambio es acertado pues al leer la frase entendemos que «colectiva» se refiere a la variedad de información que contiene dicha «base de datos», y no a que participen varias personas, cosa que no tendría ningún sentido. También se decidió traducir «hands-on» y «sensory» por un solo término en lugar de dos.

Un término que tuve claro que debía cambiar es «sano». No es que sea erróneo por su significado, es que la palabra no se ajusta bien a la frase. Aunque quería modificarlo, tuve mis reservas respecto a «normal», ya que tiene un significado muchos más amplio.

❖ Neurological compromise

TO: «It can be caused by scarring of the joint structure (6.15), chronically tight muscles, **neurological compromise**, or other injury».

TM (individual): «Puede producirse por cicatrización en la estructura de las articulaciones (fig. 6-15), rigidez muscular crónica, **problemas neurológicos** u otras lesiones».

TM (grupal): «Por el contrario, una articulación hipomóvil presenta restricciones que limitan la movilidad articular y que pueden ser consecuencia de una cicatrización en la estructura articular (fig. 6-15), rigidez muscular crónica, **trastornos neurológicos** u otras lesiones».

En la página web de la Universidad de Augusta se define «neurological compromise» como: «Any numbness, weakness or disturbance in bowel/bladder function

which is caused by compression of neural structures (nerve roots or the spinal cord). This may or may not be reversible and in some cases may represent a time-sensitive condition». Si, por ejemplo, cogemos *neurological disorder*, para ver si es un sinónimo, comprobamos que en la web de la Organización Mundial de la Salud («What are neurological disorders?») se define así: «Neurological disorders are diseases of the central and peripheral nervous system. In other words, the brain, spinal cord, cranial nerves, peripheral nerves, nerve roots, autonomic nervous system, neuromuscular junction, and muscles». Por lo tanto, se demuestra que no son términos intercambiables (y su traducción tampoco).

No hay muchos más resultados; parece que no es un término muy común. El problema, pues, es que da la impresión de que se trata de un término muy específico y, sin embargo, ha resultado casi imposible encontrar más definiciones. En cualquier caso, entendemos que se trata de algún tipo de problema o daño neurológico, y que, por lo tanto, podríamos utilizar algunos de los sinónimos propuestos. Así lo he resuelto, pero no es ideal dejar una traducción cuando sospechas que podría ser erróneo. De no haber tenido un margen de tiempo tan pequeño, me habría gustado consultar a algún profesional de la salud.

❖ Strain

TO: «A **strain** is an injury involving the stretching or tearing of a muscle or tendon (right)».

TM: «Una **distensión** es una lesión en la que hay estiramiento o desgarro de un músculo o tendón (derecha)».

El problema de esta frase es que, tal y como se indica en el *Libro Rojo* (2013), se trata de una «palabra polisémica, cuya traducción depende del contexto». Las dos traducciones que se ofrecen son: «distensión muscular» y «rotura fibrilar».

En el *DTM* no hay entrada para «rotura fibrilar», pero sí para «distensión muscular»:

Lesión muscular leve y dolorosa producida por estiramiento excesivo o esfuerzo intenso de un músculo, frecuente entre deportistas. Abarca la elongación muscular, si no hay desgarro de fibras, y la rotura parcial de fibras.

El término en inglés que aparece en la entrada es «muscle strain». *Strain* es una palabra polisémica que puede significar raza, cepa, deformación, etc. Entendemos que, al

aparecer en un texto sobre el aparato locomotor, no es necesario que vaya acompañada de *muscle*.

Decidí quedarme con «distensión» porque puede suponer una elongación o una rotura de fibras, mientras que «rotura fibrilar» se refiere únicamente a esa rotura. Por lo tanto, es un término más amplio y, ya que no disponemos de más información en el texto, no nos arriesgamos a que sea erróneo.

3.2.2 Problemas extralingüísticos

Son los relacionados con la cultura o el tema.

El autor del libro es estadounidense, por lo que no hay abismales diferencias entre la cultura del país del TO y del TM. Ambos países pertenecen a la llamada «cultura occidental», por lo que no compartimos muchas características. Los problemas que se exponen a continuación están relacionados con el funcionamiento de varios términos en las dos lenguas.

❖ Yikes!

TO: «Knowledge of the physiological and accessory movements at an articulation will come in handy, too—especially since there’s nothing worse than attempting to rotate a client’s elbow—**yikes!**».

TM (individual): «El conocimiento sobre los movimientos fisiológicos y accesorios también será útil, sobre todo porque no hay nada peor que intentar rotar el codo de un paciente (**¡Oh, no!**)».

TM (grupal): «También le resultará práctico saber cuáles son los movimientos fisiológicos y accesorios de una articulación, especialmente porque no hay nada peor que intentar rotar el codo de un cliente (**¡ay!**)».

El problema con este término es el de encontrar un equivalente en castellano que transmita exactamente lo mismo. Según el Cambridge Dictionary, el significado de esta palabra es: «used to show that you are worried, surprised, or shocked». Además, se indica que se suele utilizar en contextos informales y con humor. Incluso se podría decir que se suele asociar al lenguaje juvenil. En mi traducción opté por «¡Oh, no!», pero no creo que se ajuste exactamente al significado del original. Creo que no es un equivalente perfecto

porque no traslada el toque humorístico o juvenil de *yikes*. Aun así, no supe encontrar una opción mejor y acepté la pérdida de esa información. También decidí transformar el guion en un paréntesis, pues creo que va bien con el tono del texto.

Al hacer la revisión en grupo, acordamos poner «(¡ay!)». Mi problema con este término es que se trata de una onomatopeya, mientras que *yikes* no lo es.

❖ *Gorgeous joint*

TO: «*In other words, we can build a **gorgeous joint** with ample potential movement, but if you don't use it, you'll lose it*».

TM (individual): «En otras palabras, podemos construir una **magnífica articulación** con enorme potencial de movimiento, pero, si no la utilizas, se perderá».

TM (grupal): «Dicho de otro modo, es posible desarrollar un enorme potencial de movimiento en una **articulación**, pero si no la utiliza, se perderá».

En inglés se tiende mucho más a utilizar adjetivos como este, que si se tradujese literalmente no tendría sentido en español. Esto no es particular de la traducción médica; de hecho, es bastante poco común encontrar adjetivos así en textos formales especializados. En mi traducción quise utilizar un adjetivo como en el original, pues no soy muy partidaria de eliminar elementos si no es necesario. Además, podemos ver que yo quise pegarme mucho más al TO que mis compañeros. Sin embargo, al revisar, estuve de acuerdo con mi grupo en que era demasiado complicado encontrar un término que encajara con el texto y mantuviese el tono sin sonar artificial. Creemos que al omitir este adjetivo no se pierde información importante de la frase.

❖ *Window*

TO: «*Range of motion and end-feel can both serve as windows into the body's tissues*».

TM (individual): «Tanto la amplitud de movimientos como la sensación de tope pueden servir **como ventanas** a los tejidos del cuerpo».

TM (grupal): «La amplitud de movimiento y la sensación de tope sirven **para echar un vistazo** a los tejidos del cuerpo».

El problema de trasladar metáforas es bastante común en traducciones de textos biomédicos. Montalt y González (2007: 173) lo describen así:

The challenge in translation comes when the translator has to determine whether the denotative and connotative meaning of a word is the same for the source and target communities or, if only partial or no equivalence can be established [...].

En estas dos traducciones se ven las decisiones que se podían tomar respecto al término «*window*»: mantener la metáfora o trasladar solo la información. En mi parte me decanté por una traducción prácticamente literal, pues creo que el autor es muy dado a tratar de crear imágenes mentales de lo que explica. Además, es uno de los elementos que le resta cierta formalidad al texto.

En el grupo 2, sin embargo, se decidió que la expresión con «ventana» sonaba poco natural en español. Tras hacer varias revisiones, dimos con «echar un vistazo», que mantiene el significado de mirar dentro del cuerpo sin utilizar una metáfora tan visual.

3.2.3 **Problemas instrumentales**

Se trata de los problemas que surgen por la dificultad de la documentación.

En esta categoría también podrían estar los problemas que tuvimos con las sensaciones de tope (*end-feel*). Como ya he explicado antes, nos resultó muy complicado encontrar textos paralelos en los que se utilizase la terminología en español. Nuestro problema con la documentación se habría resuelto de haber encontrado una fuente fiable con los términos en ambos idiomas, pues la impresión que nos dio al realizar las búsquedas es que había una cierta falta de consenso en la terminología.

3.2.4 **Problemas pragmáticos**

Son los problemas relacionados con la intencionalidad del autor, el contexto y el encargo de traducción, entre otras cosas.

❖ **Reorganización del calendario**

Este problema surgió por el planteamiento del encargo. Al empezar las prácticas, había un calendario que seguir a rajatabla. Los alumnos lo leímos concienzudamente para entender bien el mecanismo de entregas y revisiones. Se podría decir que ya teníamos integrados los plazos de entrega y nos estábamos acostumbrando al ritmo de traducción cuando el proceso se paró en seco. Se vio que las traducciones no parecían lo

suficientemente revisadas y, dado que la calidad no era la esperada, se decidió dedicar el resto del tiempo a mejorar lo que ya teníamos.

No representó un gran problema, pero el cambio de plan nos descolocó bastante y provocó que tuviéramos que replantearnos nuestro sistema de trabajo. Profundizamos muchísimo más en la revisión en grupo y comentamos cada cambio que se hacía en el texto.

❖ **Trato al lector («you»)**

En el texto abundan frases como «In general, the muscle patterns **you** form through **your** day-to-day actions will determine **your** joint mobility». Aquí nos encontramos con el problema de que en inglés no existe un pronombre como «usted» para indicar distancia y respeto, por lo que había que interpretar el texto. En un principio, y dado que el autor se expresa de forma muy cercana al lector, decidí utilizar el «tú». Mi grupo estuvo de acuerdo cuando realizamos la puesta en común. Nuestra decisión estaba respaldada por el documento de pautas que nos había proporcionado la editorial, en el que se indica que la traducción de uno de los apartados debe ser «en segunda persona, del singular (conjugarlo con «tú», no con usted)». Sin embargo, el último día de las prácticas se nos indicó a través de un foro que debíamos utilizar «usted» en todo el texto y tuvimos que cambiarlo.

❖ **Género**

Nada más empezar con las traducciones, me fijé en que el autor utilizaba muchas veces el femenino para referirse a esa hipotética paciente. Por ejemplo: «For instance, to assess your client's ROM at the ankle, have **her** maximally plantar flex...». Esto me sorprendió, ya que todos estamos acostumbrados a que se utilice el masculino genérico por defecto. Tras debatirlo en grupo, acordamos mantener el masculino siempre que se especificase en el TO (pues eliminarlo sería omitir la intencionalidad del autor al poner *her* y no *his*). En las frases en las que el inglés no indicase el género, cosa que es muy difícil de reproducir en castellano, decidimos estudiar cada caso en particular y mantener el femenino para darle cohesión al texto, o utilizar el masculino genérico.

❖ **Paciente/cliente**

Uno de los problemas que se mencionan en Montalt y González (2007) al trasladar referencias culturales es este: «differences in the relationship patient-physician». En general se considera un problema relacionado con la cultura, pero lo he puesto en la

categoría de problemas pragmáticos porque en nuestro caso particular tuvo mucho que ver con el cliente y el encargo. Si estos factores no hubiesen intervenido, habría resuelto el problema de otra manera.

Dado que el libro de estas prácticas es un manual enfocado a estudiantes, en muchos casos el autor se dirige a ellos. Por ejemplo: «When working with a **client**, you can utilize two forms of range of motion (ROM)—active and passive». A pesar de que en inglés esté muy claro (no se utiliza ningún otro término a lo largo del texto), en español resulta raro llamar «cliente» a la persona a la que tratas. Parece ser que tiene que ver con la gestión de la sanidad en EE. UU., donde se puede considerar clientes a los enfermos porque pagan directamente (*Libro Rojo*, 2013). Por eso nos planteamos utilizar «paciente».

En el *Libro Rojo* (2013) se indica esto respecto al debate entre *client* y *patient*:

Nunca hasta ahora he encontrado un contexto en el que el término *cliente* supusiera alguna ventaja en español; no debemos olvidar que esta palabra española tiene unas connotaciones comerciales (que en inglés corresponden a *customer* y no a *client*) de las que carecen tanto 'paciente' como 'enfermo', y su connotación de dependencia es incluso superior (hasta el año 2001, la primera acepción que daba la RAE para 'cliente' era: «persona que está bajo la protección o tutela de otra»).

Ante la duda, decidimos plantear la cuestión a la Dra. Karina Tzal, la supervisora de la Editorial Médica Panamericana. Ella nos indicó que en especialidades como la kinesiología se suele utilizar «clientes» para referirse a las personas a las que se trata. Esta es la razón por la que mantuvimos el término.

3.3 ERRORES DE TRADUCCIÓN

En este TFM he querido poner una sección de problemas de traducción y una de errores. Si bien es cierto que no son categorías estancas y muchas veces se solapan, he decidido hacer una diferenciación. En este apartado aparecen partes de la traducción que no llegué a considerar problemas por distintas razones (no me paré a considerarlos, di por sentada la traducción...), pero que en la revisión me señalaron otros compañeros o los profesores para que los corrigiera. La gran diferencia es que con los términos de la sección de Problemas sí fui consciente de que estaba ante un problema al traducir. «One of the main setbacks an inexperienced medical translator can come across is not spotting that there is a problem in the text» (Montalt y González, 2007: 168).

Según Hurtado Albir (2001), para identificar los errores en traducción se debe distinguir entre los errores relacionados con el texto original (contrasentido, falso sentido, adición...), es decir, errores de traducción, y los errores relacionados con el texto de llegada (ortografía, léxico, sintaxis...). Además, propone un baremo para tipificar estos errores:

- 1) Inadecuaciones que afectan a la comprensión del texto original: omisión, adición, falso sentido [...].
- 2) Inadecuaciones que afectan a la expresión en la lengua de llegada: ortografía y puntuación, gramática, léxico [...].
- 3) Inadecuaciones pragmáticas, por no ser acordes con la finalidad de la traducción [...].

❖ Adverbios acabados en *-mente*.

Varias personas se dieron cuenta, al leer mis traducciones, de la abundancia de adverbios acabados en *-mente* (aparecen en 21 ocasiones, para ser exactos). El abuso de *-mente* en este tipo de textos es un problema bastante generalizado. Para evitar un texto sobrecargado, se debe hacer como se indica en el artículo «Diez errores usuales en la traducción de artículos científicos» de Nidia Amador Domínguez (2007) y buscar otras maneras de traducir los adverbios ingleses acabados en *-ly*.

El error que cometí en mi traducción fue, además de utilizar este recurso con mucha frecuencia, utilizarlo en frases que estaban demasiado cerca. Esto provoca que sea mucho más llamativo. Por ejemplo: «La amplitud de movimiento pasivo es la distancia

que tú, el profesional, puedes movilizar **pasivamente** la articulación del paciente. En este caso, flexionarías **suavemente** su tobillo en ambas direcciones (6-8)».

No es un problema difícil de resolver si se es consciente de que existe. En el caso anterior, lo que hicimos fue cambiar «pasivamente» por «de forma pasiva». La clave es que el traductor se dé cuenta mientras escribe, para no tener que volver sobre el texto a corregirlo.

❖ Gerundios.

Otro error muy típico y que se menciona en el artículo de Amador Domínguez (2007) es el uso incorrecto de gerundios al traducir formas verbales terminadas en *-ing*. Está tan extendido su uso en textos médicos en castellano que muchos autores ni siquiera lo considerarían un error, sino una característica de este tipo de escritos (Mendiluce Cabrera, 2002):

Cuando un documento que respeta unas convenciones firmemente establecidas –como el artículo original de investigación– lleva años instalado y aceptado en una comunidad profesional, parte de su lenguaje se torna formulaico y aparecen patrones lingüísticos que los autores reproducen sin cesar, mecánicamente.

Voy a poner un ejemplo de mi propio texto que fue señalado durante las correcciones:

TO	TM
They are also relative from joint to joint, with a single articulation being excessively mobile in one direction and reduced in another.	También son relativas de una articulación a otra, siendo una sola articulación excesivamente móvil en una dirección y limitada en otra.

En una consulta a Fundeu (2008) se utiliza una frase similar («Había veintidós personas en la patera, **siendo** seis de ellas bebés») y la respuesta que se da es: «Este uso, a veces llamado gerundio partitivo, no es incorrecto, pero se considera poco elegante y se puede reemplazar a menudo por otros más naturales [...]».

El ejemplo que he dado no sería demasiado difícil de resolver. Bastaría con buscar algún conector que encajase. Por ejemplo, en nuestra versión grupal pusimos eso:

«También varían según la articulación, **de modo que** una puede ser excesivamente móvil en una dirección, pero tener una movilidad limitada en otra».

❖ Abuso de «puede»

Este problema de redacción no es como los anteriores, no está generalizado en el ámbito de la traducción médica; es personal. De hecho, en las primeras versiones que entregué de las traducciones individuales he encontrado 40 «puede», eso sin contar las otras formas del verbo «poder». En algunas ocasiones debería haber evitado poner esa palabra para no recargar el texto; en otras, han sido errores de traducción.

Ejemplo de frase en la que no tiene sentido añadir la «posibilidad», porque es un fenómeno que se da siempre:

TO	TM (individual)
This is seen , for instance, at the tibiofemoral joint when you rise from a seated position [...].	Esto se puede ver , por ejemplo, en la articulación femorotibial cuando te levantas tras estar sentado [...]

Ejemplo de frases en las que aparece «puede» demasiado seguido:

TO	TM (individual)
Active ROM is an example of physiological movement— movement that a person can actively produce at an articulation. Sometimes, however, a client’s joint is capable of movements other than those he or she can voluntarily control. This accessory movement is movement that could occur at a joint, but is not reliant on voluntary control. For instance, your client can actively flex and extend her fingers. But only you can (gently and ever-so-slightly) passively rotate her metacarpophalangeal [...].	La amplitud de movimiento activo es un ejemplo de movimiento fisiológico: el que una persona puede hacer activamente con una articulación. Sin embargo, a veces la articulación del paciente puede realizar movimientos a parte de los que puede controlar. Este movimiento accesorio es un movimiento que podría hacer una articulación pero que no se basa en el control voluntario. Por ejemplo, tu paciente puede flexionar y extender los dedos. Pero solo otro puede (suave y ligeramente) rotar de forma

	pasiva sus articulaciones metacarpofalángicas [...].
--	--

Hay ocasiones en las que se debe mantener el verbo porque aparece en el TO, pero, cuando sea posible, es necesario sustituirlo por otra estructura.

❖ Cardio

TO: «*Stephanie's goals, laid out by her physical therapist's exercise plan, were to foster flexibility, build strength, and support her **cardio***».

TM: «Los objetivos de Stephanie, definidos por el plan de ejercicios de su fisioterapeuta, eran fomentar la flexibilidad, desarrollar la fuerza y apoyar su **cardio**».

TM (grupal): «Los objetivos de Stephanie, marcados en el plan de ejercicios de su fisioterapeuta, consistían en mejorar la flexibilidad, ganar fuerza y ejercitar el **sistema cardiovascular**».

Según el *Cambridge Dictionary*, *cardio* como sustantivo significa: «physical exercise that increases the rate at which your heart works». No me parecía correcta la opción «apoya su ejercicio cardiovascular», así que la descarté. En mi primera versión dejé «cardio», a pesar de que no tiene mucho sentido en español, y después lo corregí con una sugerencia que me hicieron: sistema cardiovascular. En la revisión grupal cambiamos el verbo por uno que se ajusta mucho mejor a la frase. Este error se podría considerar un «falso sentido» según la clasificación de Delisle (1993: 37, citado en Hurtado Albir, 2001), pues es una «falta de traducción que resulta de una mala apreciación del sentido de una palabra o de un enunciado en un contexto dado».

❖ Pinched nerves

TO	TM (individual)	Corrección
These joints predispose a person to muscle strains and pinched nerves .	Estas articulaciones predisponen a una persona a sufrir distensiones musculares y nervios pinzados .	Estas articulaciones predisponen a una persona a sufrir distensiones musculares y pinzamiento de los nervios .

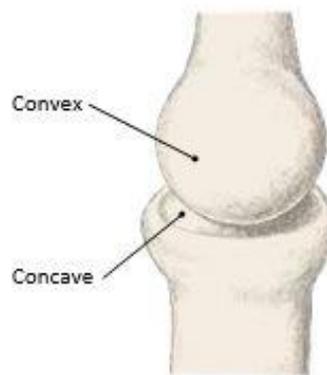
El problema que tuve con esta frase es que, al leerla, ni siquiera me paré a considerar si se trataba de un término con una traducción específica. Además, «nervio pinzado» es algo que sí se utiliza (aunque puede que de forma incorrecta) en el lenguaje común. En el *Libro Rojo* (2013) se traduce «pinched nerve» como «neuritis compresiva, pinzamiento de un nervio». Me decanté por la segunda opción, ya que «neuritis compresiva» me pareció un término demasiado especializado para el tono general del libro.

❖ *Knob-shaped*

TO: «In other words, one is **knob-shaped** and the other is cave-shaped».

TM (individual): «En otras palabras, uno tiene **forma de bulto** y el otro de cavidad».

Traté de encontrar una manera de describir lo que se ve en la imagen sin ser tan literal que resultase extraño en español. Esta frase requería de cierta imaginación para ayudar al lector a visualizar correctamente lo que se indica. Adjunto debajo la ilustración a la que se refiere. Por suerte, en esta página aparecía una ilustración. En mi primera versión utilicé «bulto», aunque no estaba del todo convencida. En las correcciones se me sugirió la palabra «pomo». En el Cambridge Dictionary se define «knob» como: «a round handle, or a small, round device for controlling a machine or electrical equipment». En el *DLE* también se menciona la forma del objeto: «Agarrador o tirador de una puerta, cajón, etc., de forma más o menos esférica [...]». Por lo tanto, podríamos concluir que es un término adecuado para la traducción.



6.22 A convex/concave joint/

❖ *Physical or emotional trauma*

TO	TM	Corrección
Advanced aging or suffering an acute physical or emotional trauma can reduce range of motion [...].	El envejecimiento o el sufrir un trauma físico o emocional agudo puede reducir la amplitud de movimientos [...].	El envejecimiento, los traumatismos agudos o los traumas reducen la amplitud de movimiento [...].

En esta frase quise utilizar «trauma» para «physical» y «emotional trauma». Sin embargo, según el *Libro Rojo* (2013), un traumatismo es una «lesión orgánica en el interior o en el exterior del cuerpo; es anglicismo el uso erróneo, cada vez más frecuente, de trauma con el sentido de ‘traumatismo’». Por lo tanto, a pesar de que en inglés se utilice el mismo término, debí haber comprobado su significado en español.

❖ Conjunción «o»

TO: «A sprain most commonly refers to a stretch or tear (**or both**) of noncontractile tissues [...]».

TM: «Un esguince a menudo se refiere a un estiramiento o desgarro (**o ambos**) de los tejidos no contráctiles [...]».

En el *Diccionario panhispánico de dudas* (2005) se dice lo siguiente sobre esta conjunción:

A menudo la disyuntiva que plantea esta conjunción no es excluyente, sino que expresa conjuntamente adición y alternativa: *En este cajón puedes guardar carpetas o cuadernos* (es decir, una u otra cosa, o ambas a la vez).

Esto quiere decir que el paréntesis de la frase en español es redundante y no aporta ninguna información necesaria.

3.4 RECURSOS

Al realizar estas prácticas, utilizamos una infinidad de recursos y fuentes para documentarnos antes y después de traducir. De entre esa infinidad, destacan algunos.

Por ejemplo, el recurso probablemente más utilizado, ya no solo durante el periodo de prácticas, sino durante todo el desarrollo del máster, es la página web de Cosnautas. Es una de las pocas fuentes dirigidas especialmente a traductores de textos biosanitarios. Aquí hemos encontrado la respuesta a muchísimas dudas, en especial en el *Libro Rojo* de Fernando A. Navarro. Este recurso lo utilizamos constantemente en las semanas que estuvimos traduciendo y en las que estuvimos revisando, tanto para resolver dudas concretas de los textos como para elaborar el glosario terminológico de este TFM. Creo que no exagero al decir que no podríamos haber llevado a buen puerto este proyecto sin apoyarnos en Cosnautas.

Nuestro otro gran aliado fue el *Diccionario de términos médicos* (DTM) de la Real Academia de Medicina. A diferencia de Cosnautas, este no es un recurso específico para profesionales del lenguaje. Sin embargo, al tratar con textos médicos nos podemos beneficiar enormemente de su uso. Además de contar con definiciones de términos, al lado de la palabra suele aparecer su equivalente en inglés. Esto nos resultó de gran ayuda con ciertas palabras que no estaban en el *Libro Rojo* (pues el libro rojo es un diccionario de dudas y no simplemente de definiciones).

Editorial Médica Panamericana nos proporcionó acceso a uno de sus libros, *Principios de Anatomía y Fisiología* de Gerard J. Tortora y Bryan Derrickson (2011). Utilizamos este libro de consulta en varias ocasiones, pero el tema en el que se centraba el capítulo de mi grupo es el de las articulaciones, y en este libro no encontramos casi ninguno de los términos que nos daban problemas.

Al empezar las prácticas me planteé utilizar Trados Studio y creé un proyecto con los textos. Me pareció una buena idea porque el programa te permite crear una memoria de traducción con la terminología que utilizas en ese proyecto. Sin embargo, al final no utilicé casi nada esta herramienta porque no la domino y me consumía demasiado tiempo.

Mi manera de proceder al traducir era la siguiente: al toparme con un término cuya traducción desconocía o me generaba dudas, lo primero que hacía era comprobar si dicho

término se encontraba en alguna de las tres fuentes mencionadas. Por suerte, esto fue así en muchas ocasiones, pero, de no ser el caso, tenía que ponerme a explorar Internet y los miles de enlaces que ofrece. Tener a mano ciertas fuentes cuya calidad estaba comprobada me ahorró mucho tiempo.

4. GLOSARIO

Este glosario es una selección de términos que han aparecido en el capítulo asignado. He seleccionado los términos que he considerado más relevantes, tanto por su número de repeticiones a lo largo del texto como por la importancia que tienen.

He decidido utilizar dos columnas en las que se indica la fuente, pues en ciertos casos la fuente de la traducción y de la definición no son la misma. En pos de facilitar la lectura, y ya que aparece constantemente, en la tabla he utilizado las siglas *DTM* para referirme al *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia Nacional de Medicina.

Inglés	Definición	Fuente	Español	Fuente
adhesive capsulitis	Capsulitis crónica que cursa con engrosamiento de la cápsula articular, fibrosis, retracción y formación de adherencias, con limitación progresiva de la movilidad articular.	<i>DTM</i>	capsulitis adhesiva	<i>DTM</i>
arthritis	Inflamación de una articulación [...].	<i>DTM</i>	artritis	<i>DTM</i>
arthrokinematics	La artrocinemática es una parte de la biomecánica, que se ocupa de los mecanismos de reposo y movimientos más internos (intrínsecos) de las articulaciones [...].	Artículo «Cinemática articular» de la Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas Vol. 18 / 2012	artrocinemática	Artículo «Cinemática articular» de la <i>Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas</i> Vol. 18 / 2012
articular disc	Placa o anillo fibrocartilaginoso que, dentro de una articulación, se interpone entre dos superficies articulares, bien sea para ampliar una de ellas, bien para mejorar la congruencia entre ambas.	<i>DTM</i>	disco articular	<i>Principios de Anatomía y Fisiología</i> de Tortora y Derrickson

autoimmune	Respuesta inmunitaria, humoral o celular, frente a las propias moléculas, células o tejidos del organismo, que puede ir o no seguida de afección patológica (enfermedad autoinmunitaria).	<i>DTM</i>	autoinmunitario ¹	<i>Libro Rojo</i> en Cosnautas
biomechanics	Disciplina científica, rama de la biofísica, que aplica las leyes de la mecánica a las estructuras de los seres vivos y a los fenómenos vitales.	<i>DTM</i>	biomecánica	Pautas de la editorial
bursitis	Inflamación de una bolsa sinovial debida a un traumatismo único o, con mayor frecuencia, a microtraumatismos de repetición, aunque también puede aparecer en el curso de procesos reumáticos (artritis reumatoide), metabólicos (gota), o de infecciones próximas o distantes. [...]	<i>DTM</i>	bursitis	<i>DTM</i>
condyle	Prominencia redondeada o ensanchamiento en la extremidad de un hueso, generalmente con una función articular.	<i>DTM</i>	cóndilo	<i>Libro Rojo</i> en Cosnautas
connective tissue	Tejido formado por un conjunto de poblaciones celulares aisladas o muy juntas inmersas en una matriz extracelular, compuesta de sustancia fundamental amorfa y material fibrilar diverso, cuya consistencia varía entre la gelatina y la dureza ósea.	<i>DTM</i>	tejido conjuntivo	Pautas de la editorial
cruciate ligament	El ligamento cruzado anterior se inserta en la superficie rugosa situada por delante de la espina tibial y en la cara anterointerna de esta, y el ligamento cruzado posterior se inserta en la superficie rugosa deprimida ubicada detrás de la eminencia intercondílea tibial. [...]	<i>DTM</i>	ligamento cruciforme/ ligamento cruzado	<i>Libro Rojo</i> en Cosnautas

disease	Alteración estructural o funcional del organismo que origina la pérdida de la salud.	<i>DTM</i>	enfermedad	<i>DTM</i>
dislocation	Desplazamiento permanente de los huesos de una articulación, de modo que las superficies articulares pierden sus relaciones anatómicas normales.	<i>DTM</i>	luxación	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
end-feel	Sensación que experimentan las manos del examinador al llegar al final del rango de movimientos. La sensación de tope se experimenta en los bloqueos capsulares, en el conducto interóseo, en los espasmos y en el bloqueo elástico.	<i>Diccionario Mosby Pocket de Medicina Enfermería y Ciencias de la Salud a través de Proz.com</i>	sensación de tope	<i>Diccionario Mosby Pocket de Medicina Enfermería y Ciencias de la Salud a través de Proz.com</i>
fatigue	Disminución de la capacidad funcional de un nervio, de un órgano o de un aparato del organismo como consecuencia de su excesiva actividad previa.	<i>DTM</i>	cansancio, astenia o agotamiento (físico)	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
femoral shaft	Cuerpo o tallo de un hueso largo, desarrollado a partir de un centro de osificación primario y comprendido entre sus extremos o epífisis.	<i>DTM</i>	diáfisis femoral	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
glenohumeral joint	Enartrosis entre la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea de la escápula, que une el miembro superior con la cintura escapular. [...]	<i>DTM</i>	articulación glenohumeral o del hombro	<i>DTM</i>
glenoid fossa	Cavidad en el ángulo lateral de la escápula, poco profunda y reforzada por el rodete glenoideo, que se une a la cabeza del húmero formando la articulación del hombro.	<i>DTM</i>	cavidad o fosa glenoidea	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
guarding	Contracción de la musculatura estriada, de carácter voluntario, que tiene como finalidad proteger, inmovilizar y evitar el	<i>DTM</i>	defensa muscular	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>

	dolor en una zona corporal afectada por una lesión o una enfermedad.			
hypermobility	Aumento de la movilidad del que pueden resultar movimientos normales, como en los niños hipercinéticos, o anormales, como, por ejemplo, en la corea inducida por levodopa.	<i>DTM</i>	hipermovilidad	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
hypomobility	Reducción de la frecuencia o de la amplitud de los movimientos, sean voluntarios o automáticos	<i>DTM</i>	hipomovilidad	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
inflammation	Reacción de respuesta del organismo ante una agresión física, química o biológica que asienta en tejidos vascularizados y que se caracteriza por la exaltación de los mecanismos fisiológicos de eliminación, con objeto de trasladar materiales de defensa al lugar de la agresión, destruir, eliminar o encapsular los agentes lesivos o los tejidos alterados por ellos y reparar o reconstruir los defectos producidos. [...]	<i>DTM</i>	inflamación	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
joint	Unión entre dos o más huesos; atendiendo a su estructura y función, se clasifica como sinartrosis (inmóvil), anfiartrosis (semimóvil) y diartrosis (sinovial o móvil)	<i>DTM</i>	articulación	Pautas de la editorial
joint capsule	Cápsula que cierra una diartrosis fijándose a los márgenes de la superficie articular de los huesos que forman la articulación.	<i>DTM</i>	cápsula articular	<i>DTM</i>
kinetic chain	Conjunto de fuerzas y momentos de torsión musculares que intervienen de forma coordinada para desarrollar una postura o un movimiento determinados.	<i>DTM</i>	cadena cinética	<i>DTM</i>
ligament	Medio de unión de las articulaciones constituido por una estructura de tejido	<i>DTM</i>	ligamento	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>

	conjuntivo denso, con forma de fascículo, cordón, banda, cinta, lámina o engrosamiento capsular que, fijándose en los extremos articulares, cartílagos u otras estructuras, les da estabilidad, las mantiene en posición y limita sus movimientos.			
metacarpophalangeal joints	Cada una de las articulaciones condíleas entre la cabeza de los metacarpianos y la cavidad glenoidea de la base de las falanges proximales correspondientes.	<i>DTM</i>	articulaciones metacarpofalángicas	<i>DTM</i>
mobility	Facultad de moverse espontáneamente, ya sea por impulso de la propia voluntad (movilidad activa) o en respuesta a estímulos o fuerzas exteriores (movilidad pasiva).	<i>DTM</i>	movilidad	<i>DTM</i>
muscle	Órgano contráctil cuya unidad estructural es la fibra muscular, destinado a producir los movimientos de órganos o partes del cuerpo o a modificar el volumen de los órganos cavitarios.	<i>DTM</i>	músculo	Pautas de la editorial
notch	Hendidura, indentación o depresión en un hueso, una víscera u otra estructura anatómica.	<i>DTM</i>	escotadura o incisura	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
occupational therapist	Profesional sanitario con formación específica en ergoterapia, que suele ejercer su labor bajo indicación y prescripción de un médico especialista en medicina física y rehabilitación [...].	<i>DTM</i>	terapeuta ocupacional	<i>DTM</i>
osteokinematics	Es la parte de la biomecánica, que estudia el desplazamiento de los huesos en el espacio, sin importar los músculos que se contraen para lograrlo.	Artículo «Cinemática articular» de la Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas Vol. 18 / 2012	osteocinemática	Artículo «Cinemática articular» de la Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias

				Morfológicas Vol. 18 / 2012
pathological	Alterado, anómalo, que implica o puede implicar enfermedad.	<i>DTM</i>	patológico	<i>DTM</i>
pinched nerve	Presión sobre un tronco nervioso por efecto de cualquier apoyo, presión o atrapamiento prolongados.	<i>DTM</i>	neuritis compresiva, pinzamiento de un nervio	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
pronation	Movimiento de rotación del radio sobre el cúbito para llevar la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo si el codo está flexionado.	<i>DTM</i>	pronación	<i>DTM</i>
radioulnar	Del radio y del cúbito, o relacionado con ambos.	<i>DTM</i>	radiocubital	<i>DTM</i>
range of motion (ROM)	Extensión o amplitud de recorrido de cada uno de los movimientos de una articulación, expresadas en grados de círculo. Depende de diversos factores, como los topes óseos, la interposición de partes blandas o la rigidez de las partes blandas interpuestas.	<i>DTM</i>	amplitud de movimientos (AM)	Pautas de la editorial
rheumatoid arthritis (RA)	Poliartritis inflamatoria subaguda o crónica, de causa desconocida y patogenia autoinmunitaria, más común en el sexo femenino, que se caracteriza por sinovitis simétricas que erosionan y destruyen las articulaciones, deformándolas y limitando su movilidad. [...]	<i>DTM</i>	artritis reumatoide	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
scarring	Reparación de una herida o pérdida de sustancia mediante la formación de una cicatriz.	<i>DTM</i>	cicatrización	<i>DTM</i>
spine	Conjunto de las vértebras articuladas entre sí que constituye el esqueleto axial del	<i>DTM</i>	columna vertebral	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>

	cuello y del tronco en la parte posterior del plano sagital. [...]			
sprain	Elongación o distensión de un ligamento, con o sin ruptura de sus fibras, como consecuencia de un movimiento forzado de la articulación. Se acompaña de dolor, tumefacción, impotencia funcional y, ocasionalmente, equimosis.	<i>DTM</i>	esguince	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
stiffness	Limitación parcial y permanente de los movimientos de una articulación.	<i>DTM</i>	rigidez (articular, en este contexto)	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
strain	Lesión muscular leve y dolorosa producida por estiramiento excesivo o esfuerzo intenso de un músculo, frecuente entre deportistas. Abarca la elongación muscular, si no hay desgarro de fibras, y la rotura parcial de fibras.	<i>DTM</i>	distensión muscular, rotura fibrilar	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
supination	Movimiento de rotación del radio sobre el cúbito para llevar la palma de la mano hacia delante, si el codo está en extensión completa, o hacia arriba, si el codo está en flexión de 90°.	<i>DTM</i>	supinación	<i>DTM</i>
swelling	Aumento de volumen de un órgano u otra estructura anatómica, por lo general como consecuencia de una inflamación o de un edema.	<i>DTM</i>	hinchazón o inflamación	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
synovial joint	Articulación caracterizada por el revestimiento de cartílago hialino de sus superficies, unidas por una cápsula fibroligamentaria cuya membrana interna produce el líquido sinovial que lubrica la cavidad articular y le confiere movilidad.	<i>DTM</i>	diartrosis (o articulación sinovial)	<i>DTM</i>
talocrural joint	Articulación troclear muy estable entre las extremidades inferiores de la tibia y del	<i>DTM</i>	articulación del tobillo/ Articulación suprastragalina	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>

	peroné y el astrágalo, que permite la flexión plantar (flexión) y la flexión dorsal (extensión) del pie y constituye la cámara supraastragalina del complejo articular que une la pierna al pie.			
tendon	Estructura fibrosa, nacarada e inextensible, de longitud variable, con forma de cinta o cordón, que prolonga el músculo hasta el área de su inserción ósea (o en otro lugar), a la que transmite toda la fuerza generada durante el proceso de contracción. [...]	<i>DTM</i>	tendón	<i>DTM</i>
tibial plateau	Superficie proximal plana de la extremidad superior de la tibia, formada por dos platillos tibiales, las carillas articulares ovaladas de las tuberosidades interna y externa, que se articulan respectivamente con los cóndilos interno y externo del fémur, y el espacio intercondíleo, donde sobresale la espina tibial.	<i>DTM</i>	meseta tibial	<i>Libro Rojo en Cosnautas</i>
tissue	Conjunto de células asociadas por yuxtaposición o mediante sustancias intercelulares que constituyen el nivel de organización intermedio entre el celular y el orgánico [...].	<i>DTM</i>	tejido	<i>DTM</i>
trochlea	Superficie articular central de la extremidad inferior del húmero que sobresale en forma de polea y se articula con la escotadura troclear o cavidad sigmoidea mayor del cúbito	<i>DTM</i>	tróclea (humeral)	<i>DTM</i>
ulna	Hueso largo de la cara interna del antebrazo, que se articula con el húmero y la cabeza del radio, por arriba, y con la	<i>DTM</i>	cúbito	Pautas de la editorial

extremidad distal del radio y el carpo, por abajo.			
--	--	--	--

¹Debido a lo extendido que está el uso de «autoinmune» en la práctica, y a que aparezca acompañando a «artritis» en muchos textos, en la traducción decidimos utilizar este término. En el glosario se ha seleccionado la palabra que se recomienda en el *Libro Rojo*.

5. TEXTOS PARALELOS

En este apartado incluimos las fuentes documentales que, en cierto modo, son equivalentes a nuestro TO. Dado que se trata de un libro que va dirigido a estudiantes de kinesiología o fisioterapia, los textos paralelos utilizados son libros en español cuyo contenido es parecido. Esto provoca, como es lógico, que no haya muchas diferencias entre los siguientes libros.

- ❖ *Principios de Anatomía y Fisiología*, de Gerard J. Tortora y Bryan Derrickson (2011).

La Editorial Médica Panamericana nos proporcionó acceso a la versión en línea de este libro. Ha resultado muy útil comprobar cómo se traducen ciertos términos en un libro publicado por la editorial de nuestro encargo. Por este motivo se puede considerar una fuente muy fiable.

- ❖ *Biomecánica Funcional. Miembros, Cabeza, Tronco*, de Michel Dufour y Michel Pillu (2018).

Como la mayoría de los libros disponibles en Google Books, solo se puede acceder a algunas páginas, no todas. Se trata de un manual sobre el aparato locomotor desde un punto de vista biomecánico. Además del tema, comparte con nuestro encargo la característica de contar con muchas imágenes y de estar dirigido a estudiantes.

- ❖ *Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor* (2000), de Antonio Viladot Voegeli.

Se trata de un libro cuyo objetivo es servir de base, ofrecer unas nociones básicas sobre el tema, tanto a estudiantes de ciencias como a personas no relacionadas con la materia.

- ❖ *MASAJE BASADO EN RESULTADOS* (2004), de Carla-Krystin Andrade y Paul Clifford.

En este libro se pretende guiar al lector a través de las fases que debe tener una buena terapia de masaje.

- ❖ *Exploración del aparato locomotor* (1998), de Juan M. Prieto Martínez.

En este libro, además de dar el punto de vista anatómico del aparato locomotor, se examinan las distintas patologías que se pueden padecer y sus tratamientos no quirúrgicos.

- ❖ *Kinesiología y anatomía aplicada a la actividad física* (2019), de Jarmo Ahonen.

La información de este libro está enfocada al asesoramiento deportivo, por lo que contiene conocimientos de anatomía, postura y movimientos.

6. RECURSOS

En este apartado se mencionan los recursos principales, y más consultados, utilizados en la duración de las prácticas.

1. *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española (versión en línea).

Este diccionario es una obra lexicográfica de referencia que surge de la colaboración de todas las academias de la lengua española. Es la fuente más fiable que puede haber respecto a los usos del español. Es muy extenso y completo; cuenta con 93 111 entradas y 195 439 acepciones.

2. Fundéu (Fundación del Español Urgente)

Es una institución sin ánimo de lucro creada por la Agencia Efe y el banco BBVA, con el asesoramiento de la Real Academia Española.

Lo interesante de esta fuente es que responden a preguntas que les hacen los usuarios por correo electrónico, Twitter, por teléfono, etc. sobre dudas lingüísticas. Dado que sus artículos están catalogados como respuestas a preguntas específicas, es más fácil encontrar la explicación que se busca que en, por ejemplo, la página web de la RAE.

3. *Cambridge Dictionary* de Cambridge University Press (versión en línea).

Esta página web cuenta con diccionarios monolingües (de inglés británico, inglés americano y otro con definiciones para estudiantes de inglés), así como varios diccionarios bilingües. Dado que Cambridge University Press es una editorial que pertenece a la Universidad de Cambridge, institución respetada mundialmente. Esto indica que se trata de una fuente fiable.

4. Cosnautas

Se trata de una página web dedicada a ofrecer recursos útiles para la traducción del ámbito médico. Esta plataforma es de pago, pero a los estudiantes del máster se nos proporcionaron unos códigos para poder acceder a ella temporalmente. Cosnautas actualmente cuenta con seis recursos: DIC, Medizin, Alergología e Inmunología, Libro

Rojo, Siglas médicas en español y el Árbol de Cos. Para realizar estas prácticas, yo he utilizado las siguientes:

- Libro Rojo. *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* (3.^a edición) de Fernando A. Navarro.

El «Libro Rojo» es la versión *online* del *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (2000 y 2005). Además, cuenta con una ampliación de contenido respecto a sus previas versiones en papel. No se trata de un diccionario en el que simplemente se ofrece una traducción para un término en inglés. En este libro se dan detalladas descripciones de los problemas que dicho término puede presentar a la hora de traducirlo.

- Siglas médicas en español. *Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español* (2.^a edición) de Fernando A. Navarro.

Se trata de un repertorio que cuenta con «más de 34 000 entradas y más de 103 000 acepciones». Es un recurso muy interesante para traductores pues las siglas representan un gran problema para nosotros. Esto es porque hay muy poca comunicación entre distintos campos científicos y se tienden a utilizar las mismas siglas para términos que no tienen nada que ver.

Fernando A. Navarro, autor de ambas fuentes, es licenciado en Medicina y Cirugía y cuenta con una larga trayectoria como traductor médico. Además de ser miembro de varias asociaciones de prestigio (como la Real Academia de Medicina de Salamanca), ha publicado más de 400 artículos sobre la traducción médica.

5. *Diccionario de términos médicos* (versión electrónica) de la Real Academia Nacional de Medicina.

En este diccionario, que es la versión en línea, se encuentran definiciones de miles de términos biosanitarios (casi 52 000). Además, en la mayoría de las entradas aparece la traducción en inglés del término, cosa que ha resultado de suma utilidad en estas prácticas. La Real Academia Nacional de Medicina es una institución de gran prestigio, por lo que un diccionario perteneciente a ella es una fuente de información muy fiable. El acceso al *DTM* es restringido, pero a los alumnos del máster se nos proporcionaron códigos para poder acceder a él.

Tal y como se indica en su página web, es un diccionario dirigido a profesionales de la salud y otras ciencias, pero «puede resultar, desde luego, muy útil a redactores médicos, traductores, periodistas, etc.». Este recurso ha sido inmensamente útil, tanto para la traducción de los textos como para la posterior elaboración del glosario. Cabe destacar que la Editorial Médica Panamericana, nuestro cliente de estas prácticas, se dedicó a editar y revisar el *DTM*.

6. Google Scholar

Más que una fuente, es un recurso para encontrar fuentes. Se trata de una herramienta de Google que sirve como buscador especializado en contenido académico. A través de él se acceden a miles de artículos, libros o documentos que están en Internet. Es una forma más directa de encontrar artículos científicos que si se realizase una búsqueda normal de Google. Además, si es posible, Google Scholar te da acceso a los documentos completos. Dado que muchos de sus resultados son artículos publicados en revistas, se puede suponer que son fuentes de cierta fiabilidad y que pueden servir, por ejemplo, para realizar un Trabajo de Fin de Grado.

7. CONCLUSIÓN

Para concluir este Trabajo de Fin de Máster, considero útil reflexionar sobre nuestro paso por las prácticas y lo que hemos aprendido en ellas. En esta asignatura de prácticas he tenido la oportunidad de comprobar cómo se desarrollaría un encargo de traducción «real». Por supuesto, lo ideal al traducir un libro es que lo haga una sola persona, para no tener que unificar estilos. Aun así, este acercamiento al mundo laboral creo que ha sido muy valioso para personas como yo, que no tienen experiencia profesional como traductores. Nos ha permitido experimentar en cierta medida cómo sería dedicarnos a traducir libros especializados y cómo nos enfrentaríamos a un encargo así. Además, hemos tenido el privilegio de trabajar con una editorial de gran prestigio internacional.

Nuestra forma de trabajar ha sido parecida a la de otras tareas del máster (a distancia, comunicándonos a través del correo electrónico, etc.) y, sin embargo, las sensaciones al realizar estas prácticas han sido totalmente distintas. El ser consciente de que se debía entregar la traducción a un «cliente» (Editorial Médica Panamericana), y que el libro con el que trabajamos es real y podría ser publicado, nos ha obligado a poner todo nuestro empeño en conseguir un buen resultado.

He podido poner en práctica conocimientos adquiridos durante el trascurso del máster, y habilidades como la de documentarse rápido sobre un tema que se desconoce.

A pesar de que trabajar con varias personas es bastante complicado, pues hay que consensuar cada decisión que se toma, el apoyo de mis compañeros ha sido de incalculable valor. Durante todo el mes, estuvieron pendientes de cada mensaje que se mandaba y se quedaban conectados hasta altas horas de la noche o del fin de semana para resolver dudas y sacar el trabajo adelante. Además, creo relevante mencionar un aspecto que ha influido en la vida de todos mientras realizábamos las prácticas: que nos encontrábamos en mitad de una pandemia. Si bien, en teoría, esto no debería afectar a nuestra forma de trabajar, no se puede negar que la situación global ha afectado negativamente a la vida y a la salud mental de todos los que la hemos sufrido. Ha sido un factor más a tener en cuenta a la hora de desarrollar las prácticas, pues las circunstancias personales (y en este caso, globales) afectan a la actividad traductora.

A todos nos habría gustado poder haber cumplido con el encargo inicial y haber entregado los capítulos completos traducidos. Sin embargo, creo que mis compañeros estarían de acuerdo conmigo en que no tendría sentido sacrificar la calidad de la traducción en pos de cumplir los plazos. Esto es lo bueno de realizar un proyecto así en el entorno académico: a un cliente real jamás se le entrega la mitad de lo que ha pedido. Pero aquí hemos podido centrarnos en leer, buscar información, debatir, etc. Tener ese tiempo «extra» nos ha permitido frenar el ritmo de la traducción y hacer una pausa para pensar todo bien. Y, sobre todo, nos ha permitido aprender del proceso.

8. BIBLIOGRAFÍA

Los recursos electrónicos se referencian siguiendo las pautas de la Modern Language Association (MLA) y los recursos impresos según las pautas de la Universidad Jaume I.

8.1 RECURSOS ELECTRÓNICOS

Ahonen, Jarmo, and Cristina Halberstadt. *Kinesiología y anatomía aplicada a la actividad física*. Editorial Paidotribo.

Amador Domínguez, Nidia. "Diez Errores Usuales En La Traducción De Artículos Científicos". *Panace@*, 2007, pp. 121-123, <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n26_revistilo-Dominguez.pdf>

Andrade, Carla-Krystin et al. *Masaje basado en resultados*. Editorial Paidotribo, 2004.

Arvelo D´Freitas, Nelson. 2012. «Cinemática Articular». Laboratorio de Investigaciones Neuroanatómicas y Embriológicas, Instituto Anatómico «José Izquierdo», Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas*, 18: 15-20.

Bacchus, Chris. "Proceso evaluativo musculoesquelético". *Physiotherapy*. 15 nov 2011. University of Canberra. Slideshow presentation, <<https://es.slideshare.net/ChrisBacchus/proceso-evaluativo-musculoesqueltico>>

Biel, Andrew. *Trail Guide to Movement: Building the Body in Motion*. Books of Discovery, 2014.

"Books of Discovery: Manual Therapy Textbooks & Educational Resources". *Books of Discovery*, <<https://booksofdiscovery.com/>>. Accessed 17 Sept 2020.

Cambridge University Press. *Cambridge Dictionary*. <<https://dictionary.cambridge.org/>>

Dufour, Michel et al. *Biomecánica Funcional*. Elsevier, 2018.

"End Feel: Kineed.org" ▷ *Kinesiología y Fisioterapia* | Kineed.org ®, 18 June 2020, <www.kineed.org/diccionario-del-kine/end-feel/>

"Fernando A. Navarro González". *fundacionlilly.com*,
<<https://www.fundacionlilly.com/es/cvs/medes/fernando-a-navarro-gonzalez.asp>>
Accessed 17 Sept 2020.

Fundación del Español Urgente (FundéuRAE). <www.fundeu.es/>

Google Scholar. <<https://scholar.google.es/>>

Greeman, Philip E. 2005. *Principios y practica de la medicina manual*. Ed. Médica Panamericana.

Hatim, Basil, and Ian Mason. *Discourse and the Translator*. Pearson Education Limited, 1990.

Mendiluce Cabrera, Gustavo. "El gerundio médico". *Panace@*, 3.7 (2002).
<https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n26_revistilo-Dominguez.pdf>

Navarro González, Fernando A. *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*.

Nord, Christiane. 1991. *Text Analysis in Translation: Theory, Methodology and Didactic Application of a Model for Translation-Oriented Text Analysis*, Amsterdam-Atlanta: Rodopi.

Nord, Christiane. *Texto Base – Texto Meta: Un Modelo Funcional De Análisis Pretraslativo*. Publicacions De La Universitat Jaume I, 2012, Accessed 18 Sept 2020.

Prieto Martínez, Juan M. *Exploración del aparato locomotor*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1998.

Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española - Edición del tricentenario*.
<<https://dle.rae.es/>>

Real Academia Española. *Diccionario panhispánico de dudas*, 2005,
<<https://www.rae.es/dpd/o>. Accessed 8 Sept 2020>

Real Academia Nacional de Medicina de España. *Diccionario de términos médicos*.
<<http://dtme.ranm.es/index.aspx>>

Tortora, Gerard J., and Bryan Derrickson. *Principios de anatomía y fisiología*. Books of Discovery, 2011.

Tremédica. *Panacea*®, <<https://www.tremedica.org/revista-panacea/indice/>>.

Viladot Voegeli, Antonio. *Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor*. Springer Ibérica, 2004.

"What Are Neurological Disorders?". *who.int*, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-are-neurological-disorders>.

8.2 RECURSOS IMPRESOS

Hurtado Albir, Amparo. 2001. *Traducción y Traductología: Introducción a la Traductología*.

Montalt Resurrecció, Vicent y María González Davies. 2007. *Medical translation step by step: learning by drafting*. Manchester: St. Jerome Publishing.