



**Programa de Doctorado en Lenguas Modernas, Literatura y
Traducción**

**PAUTAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN BILINGÜE
Y BICULTURAL EN SALUD MENTAL: TERMINOLOGÍA
ESPECIALIZADA Y ELEMENTOS PRAGMÁTICOS**

Tesis Doctoral presentada por
BRUNO ECHAURI GALVÁN

Directoras:

Dra. Carmen Valero Garcés y Dra. M. Carmen Pena Díaz

Alcalá de Henares, 2016

Para Ella

**PAUTAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN BILINGÜE Y
BICULTURAL EN SALUD MENTAL: TERMINOLOGÍA ESPECIALIZADA Y
ELEMENTOS PRAGMÁTICOS**

ÍNDICE

I) Agradecimientos.....	5
II) Informe general de las directoras.....	6
III) Resumen.....	9
Introducción.....	12
1. Hipótesis de partida.....	16
2. Objetivos primarios y secundarios.....	19
3. Revistas de publicación: descripción e impacto.....	21
4. Marco contextual.....	23
4.1. Salud mental: un problema globalizado.....	23
4.2. Salud mental en España.....	27
4.3. Interculturalidad.....	29
4.3.1. Breve resumen de las migraciones a lo largo de la historia.....	29
4.3.2. Breve resumen de las migraciones en el siglo XX.....	30
4.3.3. España multicultural.....	32
5. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: estado de la cuestión.....	37
6. El paciente mental y el lenguaje.....	45
6.1. El paciente mental a lo largo de la historia.....	45
6.2. El paciente mental en España.....	47
6.3. Particularidades: el peso del lenguaje y la importancia de traductores e intérpretes.....	50
7. Procesos comunicativos: ámbitos de aplicación.....	59
8. Resúmenes de los artículos.....	65

8.1. «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental».....	66
8.2. «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental».....	73
8.3. Conclusiones clave extraídas de los artículos 1 y 2.....	78
8.4. « <i>Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting</i> ».....	80
9. Pautas extraídas de los artículos: argumentos adicionales.....	88
10. Continuidad: proyección de las líneas de investigación.....	93
11. Conclusiones finales.....	111
11.1. Demostración de la hipótesis 1.....	111
11.2. Demostración de la hipótesis 2.....	114
11.3. Demostración de la hipótesis 3.....	116
11.4. Beneficios adicionales.....	119
12. Últimas reflexiones.....	122
Referencias.....	124
ANEXO: Artículos completos + Informes individuales de las directoras	

I) Agradecimientos

Elaborar una tesis doctoral es un proceso largo y complejo, una mezcla de motivación y desánimo con picos y valles que tenemos que pasar antes de poder terminarla. Sin embargo, el camino que me ha traído aquí empieza mucho antes. Empieza gateando siendo un bebé, correteando siendo un niño, trastabillándome como adolescente y recuperando el paso como adulto. En todos estos años, son muchas las personas que me han apoyado y a las que debo algo. Desde aquí, quiero darles las gracias a todas ellas y, muy especialmente, a las que aparecen a continuación:

Por descontado y por encima de todo, a mi madre: todo lo bueno que ha salido, sale y saldrá de mí se lo debo a ella.

A mis directoras de tesis, Carmen Pena Díaz y Carmen Valero Garcés, que me han acompañado en todo este proceso. Gracias por vuestra ayuda, vuestra guía y vuestros consejos.

También a todos mis profesores, por aguantarme en algunos casos, por motivarme en otros, y por hacerme siempre un poco mejor.

A Antonio García Gómez: por enseñarme, por apoyarme, por marcarme el camino y por ser un modelo a seguir como docente y como persona.

A mis amigos y a mi familia, en especial a mi abuela Paulina, por alegrarse de todos mis logros por pequeños que sean.

Además, me gustaría dedicar este trabajo a todas las personas que sufren un trastorno mental, al personal médico que las ayuda (en especial a Sonia Martínez Castellano) y a todos los traductores e intérpretes que en algún momento consiguen que la situación de unos y el trabajo de los otros sea un poco más fácil.

Y a Elsa. No te olvido.

II) Informe general de las directoras (Dra. Carmen Valero Garcés y Dra. M. Carmen Pena Díaz)

Nos encontramos ante una de las primeras tesis doctorales por compilación de artículos del Departamento de Filología Moderna de la Universidad de Alcalá. Se trata, pues, de un trabajo novedoso en cuanto al formato y al sistema de trabajo y poco común, ya que en nuestro ámbito de estudio, por lo general, los alumnos de doctorado no suelen publicar en revistas internacionales de primer nivel, lo que muestra, de entrada, la capacidad investigadora del doctorando.

Dado lo novedoso del formato, es necesario comenzar el informe indicando que el proceso de realización de la tesis doctoral ha sido semejante al de la realización de una tesis tradicional en cuanto a tiempo, labor, esfuerzo y dedicación. Las directoras han podido comprobar el proceso a través del contacto constante con el doctorando, que ha seguido las indicaciones, consejos y propuestas y el resultado es el reflejo de su esfuerzo continuado.

Ambas directoras consideramos que en esta tesis doctoral, en la que se investigan las características específicas de los textos de carácter informativo y su impacto en el proceso traductológico en el área de salud mental, el doctorando hace uso de una amplia y completa bibliografía relevante y actual.

Este estudio es innovador y original en cuanto a la perspectiva de estudiar un área tan poco investigada como es la salud mental en textos traducidos e interpretaciones con el fin de difundir información a los pacientes y la comunicación con pacientes que no dominan la lengua (s) de contacto y es necesaria la presencia de un intérprete. Además de evaluar el valor y calidad del material analizado desde un prisma puramente lingüístico se comprueba si los documentos logran transmitir la información de forma adecuada o si solventan adecuadamente los problemas derivados del choque lingüístico y cultural inherente a los procesos de traducción e interpretación.

La tesis comienza con una introducción en la que se ponen de manifiesto los objetivos del trabajo y las hipótesis de partida, presentando los tres artículos a partir de los que se ha desarrollado todo el proyecto, así como un exhaustivo marco teórico que los encuadra en una única línea de investigación coherente y relevante: la evolución de la traducción médica en las lenguas inglesa y española con especial hincapié en la imagen y tratamiento de los trastornos mentales. A partir de la presentación del marco teórico, se presentan cada uno de los artículos, haciendo referencia al impacto y relevancia de las revistas académicas en los que se han publicado y se resume cada uno de ellos, sintetizando las principales conclusiones extraídas de los trabajos. Además, se exponen posibles futuras líneas de investigación. Concluye esta tesis doctoral con una sección con las conclusiones extraídas del proyecto, en la que se establece la conexión entre los objetivos iniciales y las hipótesis de partida, así como futuras proyecciones de investigación.

Las publicaciones son, en orden cronológico, las siguientes:

- (2013). El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental, *Onomázein*, 27.
- (2014). Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting, *Babel*, 60:4.
- (2015). Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental, *Onomázein* 31.

Las revistas en las que se han publicado, tal como se requiere para realizar una tesis por compendio de artículos, son de reconocido prestigio en el ámbito de la

traducción e interpretación, con índices de impacto muy elevados y catalogadas en los principales directorios del campo de las humanidades.

Como se ha mencionado anteriormente, los tres artículos se ajustan al marco actual de las investigaciones relacionadas con la traducción e interpretación en los servicios públicos, siguiendo una misma línea de investigación que se fundamenta sobre unos principios teóricos comunes presentes en los artículos como se verá en el informe particular de cada uno de ellos.

A pesar de basar el proyecto en tres artículos independientes, el trabajo global presenta un único marco teórico, bien estructurado, coherente y uniforme en el que se refleja el estado de la cuestión y se detallan tanto las líneas teóricas sobre las que se sustenta el conjunto como las conclusiones a las que llega el doctorando.

III) Resumen

El proyecto que se presenta a continuación es una tesis doctoral por compilación de artículos centrada en la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) y, más concretamente, en el ámbito de la salud mental. Los trabajos que vertebran esta tesis doctoral son, siguiendo el orden en el que se analizan posteriormente, los siguientes:

1– «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental», publicado en la revista *Onomázein* en junio de 2015.

2 – «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental», publicado en la revista *Onomázein* en junio de 2013.

3– *Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting*, publicado en 2014 en el volumen 60:4 de la revista *Babel*.

Dado que estos tres artículos suponen la parte fundamental de este proyecto, recomiendo al lector que comience con ellos su lectura siguiendo el orden con el que aparecen organizados en el anexo; esto le permitirá comprender y seguir con mayor facilidad el desarrollo de los bloques de contenido restantes, puesto que se estructuran alrededor y a partir de esos tres trabajos.

Además de incluir las tres publicaciones citadas anteriormente como eje central, el presente proyecto cuenta con otros apartados:

- Una introducción en la que se detallan las motivaciones para seguir las líneas de investigación planteadas en los artículos, las hipótesis iniciales y los principales objetivos que pretenden alcanzarse.
- Un apartado explicativo que presenta y detalla los distintos elementos que conforman el contexto de estudio. Este marco contextual plantea un recorrido histórico y estado de la cuestión de aspectos fundamentales en la elaboración de esta tesis doctoral como la salud mental y la importancia del lenguaje dentro de este campo, el peso demográfico de la inmigración o la traducción e interpretación en los servicios públicos. De este modo se consigue situar al lector en nuestro marco de trabajo y encuadrar todos los artículos dentro de una misma línea de estudio, reforzando así la coherencia y validez de las investigaciones llevadas a cabo en estos años.
- Una sección en la que se delimita el alcance del proyecto, detallando los procesos comunicativos (tipos de texto y tipos de interacción) sobre los que se trabaja y a los que serán aplicables las ulteriores pautas y estrategias que puedan establecerse.
- Un resumen detallado de cada uno de los artículos y de las conclusiones que pueden extraerse de ellos.
- Un apartado dedicado a presentar las posibilidades de desarrollo de las principales líneas de investigación del proyecto. En este sentido, se toma una de estas opciones (en este caso, la comunicación no verbal y su peso en el proceso de interpretación) y se desarrolla para, a través del análisis de distintos manuales de apoyo para intérpretes, estudiar y demostrar el impacto de varios elementos no verbales en este tipo de interacciones. Finalmente, y al igual que con los artículos, se presentan una serie de pautas y estrategias orientadas a facilitar las labores de interpretación integrando en el proceso este tipo de elementos.

– Un apartado de conclusiones finales en el que de manera sintética, se conectan los objetivos e hipótesis de partida con los datos, pautas y estrategias que se han ido extrayendo a lo largo del proyecto.

Como punto final al trabajo, se presentan una serie de reflexiones que ponen de manifiesto la necesidad de seguir dando pasos para mejorar la asistencia al paciente mental (nativo o procedente de otros países) y la colaboración entre los profesionales médicos y lingüísticos que les prestan sus servicios.

Introducción

El proyecto que se presenta a continuación es una tesis doctoral por compilación de artículos enmarcada en el ámbito de investigación de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) y centrada específicamente en la traducción e interpretación en el ámbito de la salud mental. Dentro del marco de trabajo que compone el desarrollo de ambas disciplinas dentro de esta rama de la salud, los principales puntos de estudio en los que se centra este proyecto son la terminología específica y distintos elementos pragmáticos y no verbales. Los textos hacia los que se orientan el análisis y las ulteriores estrategias son los documentos divulgativos de carácter instructivo (véase apartado 7 para más detalles); en cuanto a las interacciones orales, el proyecto se centra fundamentalmente en diálogos directos entre el intérprete, el profesional médico y el paciente inmigrante.

Grosso modo, la finalidad de este proyecto podría condensarse en la consecución de dos objetivos fundamentales: 1) la divulgación de aspectos clave relacionados con la comunicación en el ámbito de la salud mental, y 2) el diseño de ciertas pautas que puedan facilitar y mejorar el intercambio de información entre las partes, no solo a través de traductores e intérpretes, sino también a partir de un mayor (re)conocimiento de todos los implicados. Teniendo en cuenta mi formación y trayectoria profesional, el par de lenguas con el que se trabaja es inglés-español. Sin embargo, esto no impide, como se podrá comprobar a medida que se avance en la lectura del proyecto, que parte de la información que se presenta y las estrategias que se sugieren pueda ser también extrapolable a otros idiomas en algunos casos y a diversos contextos interlingüísticos en muchos otros (véase anexo y apartado 8).

La presente tesis doctoral es una de las primeras por compilación de artículos dentro de la Universidad de Alcalá. Pese a lo novedoso del formato, conviene señalar

que el proceso ha sido igual de laborioso y la investigación igual de profunda que en una tesis doctoral «al uso», y el resultado es el reflejo del esfuerzo conjunto y continuado de varios años. Fruto de ese esfuerzo han surgido distintos escritos y conferencias, algunos de los cuales se mencionan en el apartado 5. Pero para vertebrar este trabajo y construir su parte más esencial, los artículos que se han escogido son tres:

- «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental» (páginas 265-281), publicado en el número 31 de la revista *Onomázein* en junio del año 2015.
- «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental» (páginas 258-268), publicado en el número 27 de la revista *Onomázein* en junio del año 2013.
- «*Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting*» (páginas 264-287), publicado en 2014 en el volumen 60:4 de la revista *Babel*.

Además de incluir los tres trabajos anteriores como parte central, a la presente introducción se le suman distintos bloques a partir de los que se desarrolla el contenido de la presente tesis doctoral:

- Un primer bloque (Introducción; apartados 1-3) en el que se detallan las motivaciones para seguir las líneas de investigación planteadas en los artículos, las hipótesis de partida y los objetivos que planean alcanzarse al finalizar esta tesis doctoral. Asimismo, se presentan en este apartado los artículos a partir de los que se ha desarrollado todo el proyecto.
- Un segundo bloque (apartados 4-7) que desarrolla un marco teórico que permite encuadrar todos los trabajos dentro de una misma línea de investigación y refuerza

la coherencia y validez de las investigaciones llevadas a cabo en estos años. Dentro de este marco se exponen aspectos esenciales para explicar la razón de ser y dotar de relevancia y fundamentos sólidos a este proyecto, a saber: la prevalencia e impacto de los trastornos mentales a nivel global y estatal, el peso e importancia de los movimientos migratorios en la composición de la sociedad que nos rodea, el estado actual de la TISP y la relevancia de su papel en nuestro contexto de estudio, la relación entre trastorno mental y lenguaje, el papel de traductores e intérpretes en nuestro marco de trabajo y, por último, los ámbitos comunicativos a los que pueden resultar aplicables los fundamentos, análisis y consiguientes estrategias presentes en este proyecto.

– Un tercer bloque (apartados 8 y 9) en el que se realiza un resumen de cada uno de los artículos que componen la parte fundamental de esta tesis doctoral, seguido por un apartado en el que se sintetizan las principales conclusiones extraídas de los artículos.

– Un cuarto bloque de contenido (apartado 10) en el que se exponen algunas de las posibles ramificaciones de las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento. Cabe señalar que esta sección no se trata de un simple listado. Además de sugerir potenciales líneas de investigación en las que profundizar a través de otros trabajos, se presenta un ejemplo práctico de continuidad del estudio desarrollando una de las posibles líneas de investigación derivadas del mismo: la importancia de los elementos no verbales tanto en la interpretación sanitaria en general como en la salud mental en particular.

– Un quinto bloque (apartado 11) en el que se detallan las conclusiones globales extraídas del conjunto del estudio y en el que se muestra y establece la conexión entre estas, los objetivos iniciales y las hipótesis de partida.

– Un bloque final de cierre (apartado 12) en el que se recalca la vigencia de los problemas abordados a lo largo del proyecto y, por ende, la necesidad de seguir profundizando en las líneas de investigación presentes a lo largo del texto.

El proyecto incluye además un informe de las doctoras Carmen Valero Garcés y Carmen Pena Díaz y (catedrática y profesora titular de la UAH respectivamente y directoras de esta tesis doctoral) en el que se detallará la contribución investigadora de estos trabajos al campo de la traducción y la interpretación en los servicios públicos.

Para finalizar esta introducción al proyecto, considero importante introducir una aclaración de carácter terminológico. A lo largo de esta tesis doctoral, se harán numerosas referencias, como no puede ser de otro modo, a los trastornos mentales. A fin de evitar la repetición constante de la palabra «trastorno», se introduce en ciertas ocasiones el término genérico «afección». La elección de esta palabra no es casual, y se escoge en detrimento de otras alternativas porque no contradice ni interfiere con ninguno de los puntos que se tratarán a lo largo de este artículo. A continuación, se presentan las hipótesis de partida y los objetivos principales que persigue este proyecto¹.

¹ Como puede comprobarse con la lectura del artículo «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental», uno de los puntos de estudio es la distinción terminológica entre «trastorno», «enfermedad» y «problema». Para no contradecir ninguna de las líneas teóricas o pautas expuestas en ese trabajo, y a fin de evitar la constante repetición del término «trastorno», se ha optado por escoger «afección» como alternativa, aunque su uso se limitará a casos puntuales.

1. Hipótesis de partida

Tanto los artículos que vertebran este proyecto como el resto de investigaciones que lo componen, surgen para analizar la interrelación entre distintos factores de gran impacto a nivel global y local: la salud mental y la creciente interculturalidad en países occidentales, incluido el nuestro. Por un lado, la prevalencia de los trastornos mentales se ha convertido en un fenómeno transfronterizo en constante crecimiento (véase apartado 4.1); por otro, los constantes movimientos migratorios hacia países del llamado Primer Mundo han convertido estas sociedades en crisoles lingüísticos y culturales, modificando las pautas relacionales y de convivencia entre la población (véase apartado 4.3.1 y apartado 4.3.2). Nuestro país no es impermeable a la conjunción de ambos factores. Según datos de Eurostat (2015), España era, en enero de 2014, el cuarto país de la Unión Europea con un mayor número de no nacionales entre su población; al mismo tiempo, un informe publicado en 2014 (CIBERSAM) aseguraba que cerca de una quinta parte de nuestra población había sufrido un trastorno mental en algún momento de su vida; asimismo y según el mismo informe, el número de casos registrados creció un 29% entre el año 2000 y 2011. La gravedad de estas cifras aumenta si tenemos en cuenta que ciertos factores propios de los movimientos migratorios incrementan las posibilidades de sufrir un trastorno mental (véase apartado 4.3.3).

El choque entre un problema sanitario creciente y extendido, y un elevado porcentaje de población inmigrante crea una serie de necesidades lingüístico-culturales a las que hay que dar respuesta. En sectores tan delicados como la salud, es fundamental contar con figuras capaces de gestionar y solventar las barreras interculturales que puedan surgir y facilitar el intercambio eficaz de información entre las partes (Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva, 2014), más en un entorno con las

particularidades comunicativas que presenta la salud mental, proclive a la estigmatización y al rechazo hacia el trastorno por parte de la sociedad y de los mismos pacientes (López *et al.*, 2008). De todo lo anterior se deduce la existencia de un déficit informativo en parte de la sociedad y de una serie de necesidades lingüísticas y culturales a las que es necesario dar respuesta. La problemática que se acaba de describir es el origen de una serie de hipótesis interrelacionadas sobre las que se construye esta tesis doctoral:

1– Los constantes flujos migratorios y el asentamiento de naciones multiculturales en occidente convierten la traducción y la interpretación en los servicios públicos en un campo de trabajo e investigación de obligado desarrollo para dar respuesta a las necesidades de la sociedad pluriétnica que nos rodea. Estas razones, unidas a las particularidades de los trastornos mentales, su creciente prevalencia en nuestra sociedad, y su incidencia sobre la población inmigrante, apoyan el desarrollo de propuestas que mejoren la comunicación interlingüística e intercultural entre los afectados y los servicios médicos encargados de tratarlos.

2 – Cuando en un entorno asimétrico a nivel de conocimientos y tan delicado a nivel lingüístico como la salud mental median además barreras como el idioma y la cultura, las estrategias traductológicas e interpretativas deberían orientarse a estrechar la brecha cultural y lograr una mejor comprensión del mensaje por parte de todos los destinatarios, en especial del paciente y/o su entorno.

3 – Factores como la terminología específica, y ciertos elementos de la pragmática y la comunicación no verbal juegan un importante papel en la comunicación entre servicios

sanitarios y pacientes, y deben tomarse en consideración tanto con propósitos divulgativos como a la hora de establecer estrategias interpretativas y traductológicas.

2. Objetivos primarios y secundarios

A partir de las hipótesis anteriores, el proyecto se orienta a la consecución de una serie de objetivos principales de los cuales derivan otros de carácter secundario. En primer lugar, se pretende describir el contexto y las implicaciones de la prevalencia actual de los trastornos mentales en sociedades multiculturales. Dentro de ese contexto, se busca subrayar la importancia de la traducción y la interpretación para dar un servicio adecuado a la población inmigrante. En esa misma línea, se destacan algunos de los problemas que pueden surgir en estas comunicaciones interlingüísticas (y en algunos casos, monolingües) y se intenta darles solución aportando información y datos de interés para traductores, intérpretes y personas afectadas y desarrollando una serie de estrategias que pueden ayudarles a desarrollar su labor. Este objetivo pretende avanzar en la bibliografía existente hasta la fecha, buscando nuevos puntos de encuentro entre los traductores e intérpretes que trabajan en este ámbito de la salud, los servicios sanitarios que distribuyen documentos o atienden al paciente, y estos últimos. Finalmente, se busca presentar los principales beneficios que las prácticas anteriores pueden generar.

La lista de objetivos específicos a alcanzar es la siguiente:

1– Presentar al lector la importancia de los trastornos mentales (tanto a nivel global como estatal) y describir el contexto multicultural en el que se han convertido muchos países occidentales y, entre ellos, España.

1.1 – Presentar el ámbito de la salud mental como un contexto comunicativo complejo en el que el modo de empleo del lenguaje juega un papel fundamental en las relaciones entre el personal médico y los afectados.

2– Concienciar al lector sobre la importancia de 1) la traducción e interpretación en los servicios públicos en general y en el ámbito de la salud mental en particular, y 2) de su desarrollo en un entorno multicultural como el actual.

3– Dar a conocer, explicar y difundir ciertas particularidades terminológicas del ámbito de la salud mental que puedan resultar útiles en comunicaciones mono e interlingüísticas.

3.1. – Mostrar, analizar y explicar problemas concretos relacionados con terminología específica, pragmática comunicativa y comunicación no verbal que pueden surgir en la traducción e interpretación aplicadas a contextos comunicativos concretos dentro de esta rama de la salud.

3.2. – A partir de lo anterior, sugerir pautas que permitan ayudar a traductores e intérpretes a suturar las brechas lingüístico-culturales que puedan aparecer en comunicaciones a tres bandas en el campo de la salud mental.

3.3. – Defender, en nuestro contexto de estudio, la creación de un mensaje más fácilmente comprensible a través de mecanismos como la simplificación y/o adaptación a las capacidades y características de la audiencia meta para facilitar y mejorar la comunicación entre las partes.

4– Mostrar y demostrar los potenciales beneficios que la aplicación de las pautas obtenidas puede suponer no solo a nivel comunicativo sino también clínico.

Presentadas las hipótesis iniciales y los objetivos a conseguir, se describen a continuación las revistas en las que se publicaron los artículos que conforman el núcleo de este proyecto.

3. Revistas de publicación: descripción e impacto

Entre los requisitos indispensables para poder presentar una tesis doctoral de este tipo se cuenta el hecho de que los artículos sobre los que se construye aparezcan publicados en revistas con un alto nivel de impacto y un amplio reconocimiento dentro del panorama internacional. En este caso, las publicaciones en las que pueden encontrarse los artículos son dos: la revista chilena *Onomázein*, en la que se publicaron dos de los artículos y *Babel*, publicación belga que recoge el tercero de los trabajos. A continuación, se ofrecen algunos detalles más sobre ambas revistas:

1– *Onomázein: Revista de lingüística, filología y traducción*. Tal y como se describe en la página web de la revista (<http://www.onomazein.net/>), esta publicación, financiada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, nace en 1996. Hasta el año 2003 se publicó de forma anual; a partir de ese momento, pasa a publicar dos números al año y, ya en 2013, se convierte en una publicación exclusivamente electrónica. Esta revista publica artículos inéditos que deben pasar por un proceso de selección anónimo a cargo de especialistas de la comunidad científica internacional. Los trabajos publicados se centran en diferentes disciplinas como teoría de la traducción, lingüística teórica y aplicada, filología clásica (indoeuropea, románica e hispánica) o lenguas indígenas, entre otros. Los dos artículos de esta tesis doctoral que han sido publicados en esta revista se sitúan en su vertiente traductológica, dentro de la cual, abordan principalmente aspectos relacionados con la terminología. El índice de impacto de esta publicación refuerza además el objetivo divulgativo de uno de los artículos («Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental»), ya que facilita su difusión. A esto también contribuyen el formato electrónico y la gratuidad de acceso. En cuanto a su indexación,

los trabajos publicados en esta revista aparecen catalogados en los principales directorios del campo de las humanidades como el *MLA: Directory of Periodicals*, la *Thomson Reuters Web of Knowledge*, el *Ulrich's Periodicals Directory* o la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc). En cuanto a su índice de impacto, el *Journal Citation Report* lo situaba en 0,095 en 2012-2013 y en 0,123 en 2014.

2- *Babel: International Journal of Translation*. Según puede leerse en su página web (<https://benjamins.com/#catalog/journals/babel/main>), la creación de esta revista se aprueba en 1954 a propuesta de Pierre-François Caillé, presidente fundador de la *Fédération Internationale des Traducteurs* (FIT). Esta publicación se centra principalmente en la traducción, la interpretación y distintos temas relacionados con la terminología. Dentro de estos campos, sus artículos abarcan aspectos como sus diversas disciplinas, teoría y práctica, historia, herramientas tecnológicas, pedagogía o códigos éticos. Se trata de una de las revistas sobre traducción e interpretación más prestigiosas a nivel europeo, y un escaparate perfecto para mostrar el artículo que, de los tres que componen el núcleo de esta tesis doctoral, más se centra en la interpretación. En consonancia con las líneas editoriales de la revista, el trabajo aúna elementos teóricos y prácticos y, a partir de un estudio de campo, presenta posibles pautas y estrategias que pueden resultar de utilidad a los intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario y, más concretamente, en la rama de la salud mental. En lo que respecta a su indexación, esta revista está incluida en directorios como el *European Reference Index for the Humanities*, el *Social Sciences Citation Index* o el *Journals Citation Reports/Social Sciences Edition*. En cuanto a su índice de impacto, el propio *Journal Citation Report* lo situaba en 0,146 en 2013.

4. Marco contextual

4.1. Salud mental: un problema globalizado

La salud mental y trastornos asociados son un problema en aumento a nivel global que limita o incapacita a gran parte de la población y provoca costes cada vez mayores a los gobiernos (Kessler, *et al.*, 2009). Las alarmas suenan incluso con más fuerza si tenemos en cuenta que, en muchos casos, los trastornos mentales no llegan si quiera a diagnosticarse, bien por deficiencias en los criterios o actuaciones clínicas (ibíd.) o bien por condicionantes sociales y/o étnicos como el estatus socioeconómico del afectado, sus creencias culturales y un largo etcétera (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005). Los trastornos mentales constituyen a día de hoy un problema extendido cuyo impacto se hace cada día más evidente en nuestro entorno: los principales trastornos mentales de larga duración recogidos en el *DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – IV)* son cada vez más comunes (ibíd.), el número de afecciones reconocidas crece [hecho que puede comprobarse comparando el *DSM IV* con su versión actualizada, el *DSM V*, en el que se incluyen nuevas categorías dentro de algunos de los trastornos más extendidos como son la depresión o los trastornos obsesivo-compulsivos (Dehesa, s.f.)] y el peso socioeconómico que ha ido adquiriendo esta rama de la salud la convierten en lo que debería ser una prioridad tanto científica como asistencial.

Varios estudios prueban que el aumento en la prevalencia de los trastornos mentales no puede interpretarse como un fenómeno localizado ni circunscribirse a un Primer Mundo obsesionado cada vez más con la salud, sino como un problema a escala global. Por ejemplo, en virtud de lo difundido por distintas fuentes [Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), 2001; Malvárez, 2007; Kessler *et al.*, 2009; entre otros], ya en 2001 se calculaba que los trastornos mentales severos afectaban a

unos 400 millones de personas, números que crecen exponencialmente si pasan a considerarse trastornos de menor gravedad. A medida que el siglo XXI daba sus primeros pasos, estas cifras han experimentado un aumento sostenido reflejado en datos como los siguientes. Según un estudio publicado en 2014 (Steel *et al.*, 2014) un 17,6% de los adultos experimentaron algún tipo de trastorno mental a lo largo de ese año, mientras que casi un 30% padeció alguna de estas afecciones a lo largo de su vida. En el mismo sentido, la OMS aportaba en 2015 datos sorprendentes sobre trastornos mentales concretos. Así, se calcula que la depresión afectaba por aquel entonces a unos 350 millones de personas en todo el mundo, el trastorno bipolar, a 60 millones, la demencia, a unos 35, y así sucesivamente. Todos estos números tienen además un importante impacto económico. Según otro informe de la OMS (2013b) las discapacidades derivadas de los trastornos mentales generarán a los estados unas pérdidas totales de 16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030.

Estas cifras en alza continua y extensivas a lo que resta de siglo según las previsiones, señalan a la salud mental como uno de los principales problemas sanitarios a nivel mundial. Algunos de los estudios e informes anteriores como el de la OMS (*ibíd.*), el estudio de Kessler *et al.* (2009) o el estudio de Malvárez (2007) hacen especial hincapié en los perjuicios añadidos que acarrear los trastornos mentales: estigmatización, exclusión, vergüenza, e incluso vejaciones y malos tratos son solo algunos de las cargas que arrastran tanto los afectados como su entorno más inmediato. A esta situación contribuyen no solo la falta de atención o unos servicios inadecuados o insuficientes, sino también y casi en igual medida, un déficit de cultura e información que ayuda a perpetuar viejos mitos y creencias con poco o ningún fundamento. En el contexto en el que se enmarca este trabajo habría además que sumar un problema

añadido como es la diferencia lingüística y/o cultural que mediaría entre el paciente, la sociedad y los servicios médicos que deben dar respuesta a sus necesidades.

Ante las razones expuestas anteriormente, se hace necesaria una reacción global en la que ciudadanía e instituciones se comprometan de manera explícita a atacar el problema desde distintos frentes. En este movimiento sería por supuesto fundamental el papel de los gobiernos que, con acciones bien dirigidas, podrían aliviar una problemática multisectorial que trasciende el entorno del paciente y el ámbito sanitario para filtrarse en otras esferas de la sociedad y el Estado. Y es que la inacción o negligencia gubernamental ante los trastornos mentales puede implicar la negación o restricción de derechos fundamentales como la libertad de decisión o participación en la vida pública (OMS, 2013a), además de un lastre económico para las arcas estatales ante los gastos derivados de las discapacidades e incapacitaciones que provocan algunos de estos trastornos (especialmente la depresión y afecciones crónicas como el trastorno bipolar o la esquizofrenia) en las personas que los padecen (ibíd.). Como ejemplo, baste decir que ya en el año 2000, los desórdenes afectivos causaban la pérdida de 24 millones de días de trabajo en los EEUU, los costes de absentismo por depresión superaban los 27 billones de dólares y la ansiedad reducía la productividad en 4.1 billones de dólares (Araña Suárez *et al.*, 2008).

Un pequeño incremento de los recursos dedicados a la atención temprana y tratamiento de los trastornos mentales ayudaría a reducir estos y otros problemas y redundaría en beneficio de toda sociedad que aspire a crear un verdadero estado de bienestar igualitario para todos sus ciudadanos (OMS, 2013a). Sin embargo, la crisis económica sufrida en los últimos años no ha sido un escenario propicio para acometer estas mejoras y ha agravado la situación, incrementando el número de afectados y desgastando la capacidad asistencial de muchos países. Así, durante este periodo,

aquellos estados sin un sistema del bienestar y una sanidad universal fuertes han visto aumentar las cifras referentes a depresiones, suicidios, o casos de ansiedad, entre otros (OMS, 2011; Ng, Agius y Zaman, 2013).

Al mismo tiempo, los recortes que se han producido en muchos países han empeorado sus sistemas sanitarios públicos, algo que repercute especialmente en la salud mental; fuertemente estigmatizada también desde las instituciones, esta especialidad nunca ha sido una prioridad para los gobiernos en épocas de bonanza y, mucho menos, en tiempos de estrechez económica (ibíd.). Sin embargo, las políticas cortoplacistas y/o de reducción del gasto sanitario han demostrado ser un error en este sentido. Un sistema de salud público fuerte reporta enormes beneficios sociales y (aunque esto debiera ser secundario) económicos, también en época de crisis (ibíd.). Como botón de muestra, una comparativa entre lo acaecido en Suecia y España entre 1980 y 2005 en relación con las cifras de desempleo y la tasa de suicidios arroja datos muy reveladores; y es que, mientras que en la región escandinava la tasa de suicidios se mantenía en descenso ante las crisis bancarias y el aumento del paro, nuestro país experimentaba el caso contrario (OMS, 2011). Aquí, las crisis financieras y el incremento del desempleo acarrearón siempre una subida espectacular de la ratio de suicidios (ibíd.). Las principales causas a las que la OMS (ibíd.) atribuye esta diferencia son unas mayores prestaciones sociales y una asistencia sanitaria mejor y más accesible. Esta sorprendente comparativa sirve para traernos hasta España y empezar a repasar el estado de la cuestión en nuestro entorno más cercano.

4.2. Salud mental en España

España no vive ajena a los datos y circunstancias descritos en el párrafo anterior. Sin embargo, y a pesar de que en 2015 el Gobierno ha presentado una nueva estrategia nacional en salud mental, los fondos destinados a esta rama de la salud siguen siendo insuficientes (Plaza, 2015). En este sentido, los profesionales critican que, pese a las aparentes buenas intenciones de la nueva estrategia, los medios destinados a cumplir sus objetivos (abordar el suicidio, apostar por la formación continua o incrementar la atención a trastornos emergentes, entre otros) son escasos: falta inversión y faltan profesionales que lleven a cabo las líneas marcadas por este nuevo plan (ibíd.). En el mismo artículo, se recoge el malestar de los especialistas en salud mental, que consideran que su especialización se ve relegada a un segundo plano y que la financiación que recibe no está en consonancia con la prevalencia e impacto de estos trastornos sobre la población del país. Esta afirmación puede confirmarse a través de distintas fuentes.

Según estudios llevados a cabo por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), en 2011 y 2014, un 11.5% de los españoles afirmaban padecer algún tipo de trastorno mental en 2006 y se estimaba que entre un 19 y un 26% lo padecería en el futuro. Asimismo, se calculaba que casi un 20% de los españoles sufrió alguno de estos trastornos a lo largo de su vida. A estos datos hay que sumar el fuerte impacto de la crisis económica sobre la salud mental de la sociedad española. Según el estudio IMPACT, realizado por Margalida Gili, Javier García Campayo y Miquel Roca en 2014, una comparativa entre datos de 2006 y 2010 arroja cifras cuando menos preocupantes. En esos 4 años, los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19%, los trastornos de ansiedad un 8% y los derivados del abuso de alcohol un 5%. Pero al daño social hay que añadir el perjuicio económico.

En este sentido, el informe CIBERSAM de 2011 destaca los enormes costes (tanto directos como indirectos) para las arcas públicas derivados de estas afecciones. Como botón de muestra, se subraya que la repercusión económica total de los trastornos mentales en 1998 se estima en 3.005 millones de euros. Pero aún hay más. En un estudio llevado a cabo por un equipo del Hospital del Mar de Barcelona y varios colaboradores (Parés-Badell *et al.*, 2014) y que tomaba como referencia el año 2010, se calculaba que el gasto total producido por este tipo de trastornos en España fue de unos 46 000 millones de euros. De estas cifras, un 41% fueron costes directos en servicios sanitarios, un 47% costes no sanitarios o cuidados informales y un 12% costes indirectos relacionados con pérdida de productividad laboral o discapacidad, entre otros. Como indican Araña Suárez *et al.* (2008), la salud mental es una importante causa de absentismo y bajo rendimiento en el trabajo, además de situarse en primer lugar en lo que a la duración media de los procesos de incapacidad laboral temporal se refiere. Esto genera grandes costes y graves repercusiones en el sistema de Seguridad Social y la inversión sanitaria por parte del Estado. Como ejemplo, se estima que del total de la carga económica que la depresión supuso en 2008 para las arcas españolas (unos 5005 millones de euros), más del 50% es atribuible a decrecimientos de la productividad y bajas por enfermedad (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009).

En esta misma línea, un estudio impulsado por el Hospital del Mar (Parés-Badell *et al.*, 2014) enfocado a determinar coste de la salud mental en nuestro país, calculaba que en 2010 y en conjunto con las enfermedades neurológicas, la carga económica generada por los trastornos mentales fue superior a la inversión pública en materia de sanidad. Por ello, los autores concluyen que lograr una atención eficaz, asequible y centrada en la rehabilitación del paciente es uno de los principales desafíos en materia de salud mental en nuestro país. Los datos presentados a lo largo de este párrafo apoyan

esta tesis final y ponen de relieve la importancia de tratar los trastornos mentales de manera eficiente, tanto desde un prisma social como puramente económico. Cuando hablamos de pacientes extranjeros que no comparten la lengua y/o la cultura del país en el que residen, esta eficiencia pasa también por dar un servicio lingüístico de calidad a través de profesionales como traductores e intérpretes, actores con un papel fundamental (presentado en los apartados 5 y 6.3) en un contexto pluricultural que se detalla en el siguiente apartado.

4.3. Interculturalidad

4.3.1. Breve resumen de las migraciones a lo largo de la historia

Los movimientos de personas de un lugar a otro han sido siempre una constante. Como se sintetiza en el capítulo *Migration and History* publicado en 2004 por la *International Organization for Migration* (IOM). Según esta organización, a las primeras migraciones, provocadas principalmente por causas climatológicas, les siguió un periodo de conquistas e invasiones que afectó fundamentalmente a la parte oriental de Europa y a Asia Central. Ejemplos como los del Imperio Mongol fueron el preludio a la era de la exploración y la colonización. Las expediciones del siglo XV supusieron un importante cambio en las motivaciones migratorias. A la conquista territorial, se sumaban factores mercantiles y estratégicos que provocaron la llegada de los europeos a América y ciertas zonas de Asia. Tras los asentamientos, la llegada masiva de europeos a esas zonas por un lado y el transporte de esclavos hacia América a partir de mediados del siglo XVI por otro, provocaron unos movimientos de personas sin precedentes hasta ese momento.

El traslado de mano de obra esclava continuó siendo unos de los motores migratorios hasta el siglo XIX. Pero su abolición, en combinación con la llegada de la

Revolución Industrial provocó el surgimiento de una nueva motivación para los desplazamientos masivos: las posibilidades laborales. Este factor provocó importantes movimientos intranacionales, internacionales y también transoceánicos (condicionados inevitablemente por la Primera Guerra Mundial entre 1914 y 1918). Por poner un ejemplo, se calcula que entre 1846 y 1939 más de 50 millones de personas abandonaron Europa.

Si la Gran Guerra supuso un freno a los movimientos migratorios por la inseguridad y las restricciones impuestas a la entrada de ciudadanos extranjeros, la Segunda Guerra Mundial provocó el desplazamiento de entre 1 y 2 millones de refugiados que trataban de escapar de la miseria de sus países de origen o de la persecución a la que allí eran sometidos. Los movimientos migratorios masivos en Europa no se estabilizarían hasta mediados de los 60. Una década más tarde, los programas de los gobiernos para facilitar los movimientos transfronterizos comenzaron a dejar de lado las circunstancias del país de origen como factor fundamental y pasaron a primar la capacitación y experiencia laboral del recién llegado.

4.3.2. Breve resumen de las migraciones en el siglo XX

El estudio del sociólogo y profesor de las universidades de Princeton y Pensilvania Douglas S. Massey (2003), ofrece una versión completa de los movimientos migratorios mundiales a partir de los años 60. Según recoge este artículo, titulado *Patterns and Processes of International Migration in the 21st Century*, es en este momento cuando la inmigración se convierte en un fenómeno verdaderamente global. Si hasta ese momento Europa había sido una región de emigración constante, a partir de esta década cambian las tornas y los flujos migratorios procedentes de continentes como África, Asia o América Latina aumentan considerablemente. Por otro lado, territorios

tradicionalmente inmigrantes se convierten en zonas de acogida y en los años 70, países como España, Italia o Portugal comienzan a recibir un gran número de personas extranjeras. Lo mismo ocurrió con países del Golfo Pérsico y, ya en los años 80, con ciertas regiones de Asia como Japón, Hong Kong o Corea del Sur.

Uno de los principales motivos para este cambio de tendencia es el final de la Guerra Fría y la consiguiente liberalización de la economía y los mercados. Desde ese momento, las principales motivaciones migratorias fueron de carácter económico y laboral. A estas razones se atribuye, fundamentalmente, el movimiento masivo de personas hacia Estados Unidos (paradigma de la inmigración y uno de los principales motores y poderes económicos mundiales), el Golfo Pérsico (potencia petrolífera con serios déficits poblacionales y, por ende, de mano de obra) o ciertas regiones de Asia (un conglomerado de fuerzas económicas en expansión como Japón, China, Corea del Sur o Taiwan) a final del siglo XX y principios del siglo XXI.

Lo mismo ocurrió también en Europa, aunque aquí, el asentamiento de una importante comunidad emigrante tiene dos fases claramente diferenciadas. Durante la primera, los países europeos favorecían la entrada temporal de inmigrantes para cubrir las necesidades laborales y productivas que los nativos no podían satisfacer. Esta llegada se permitía sobre un supuesto «acuerdo tácito» por el cual, una vez cubiertas las necesidades del país de acogida, los extranjeros regresarían a su país de origen. Sin embargo, esta «cláusula» no escrita no se cumplió y, ya asentados en sus nuevos países, los inmigrantes comenzaron a solicitar la entrada de sus familiares y seres queridos. Así, en una segunda etapa, las comunidades migrantes en el Viejo Continente siguieron aumentando al margen de las necesidades económicas y laborales lo que, sin una clara intención ni predisposición a serlo, convirtió a Europa en un continente multirracial y multiétnico.

Centrándonos en los hechos más recientes, todavía no hay evidencias suficientemente sólidas que permitan calcular con precisión el impacto que tendrá la masiva afluencia de migrantes procedentes de Siria, Irak, y otras zonas en conflicto. Los primeros datos señalan que, en los últimos cuatro años, Alemania ha sido el país que más refugiados sirios ha recibido, con casi 100 000 nuevos residentes (Redacción BBC Mundo, 2015). Le siguen Suecia, con casi 65 000, y Reino Unido con algo más de 7 000 refugiados acogidos (ibíd.). Sin embargo, la información sobre lo que pueda pasar en el futuro es contradictoria. Por ejemplo, después de anunciar que acogería a todos los refugiados sirios que llegaran al país, el gobierno alemán dio marcha atrás y recuperó las medidas recogidas en el acuerdo de Dublín, que obligan a registrar a los refugiados en el país de la Unión Europea al que hayan llegado (Doncel, 2015). En el momento en el que se cierra este estudio, el único dato que parece fiable remite al acuerdo firmado por los Estados miembros (con la oposición de Hungría, República Checa, Rumanía y Eslovaquia) por el cual se comprometen a recibir a 120 000 refugiados en los próximos dos años, acogiendo a 66 000 en el primer curso y repartiéndolos entre los 23 países miembros de la UE (Comisión Europea, 2015). Los pasos que se darán a partir de aquí son una incógnita pero, sea como sea, lo que parece innegable es que esta nueva corriente migratoria reforzará el carácter multicultural de la Europa moderna

4.3.3. España multicultural

Tal y como expone Massey (2003), fenómenos migratorios como los descritos en el apartado anterior transformaron la realidad de muchos países europeos, entre ellos, España. En nuestro caso, la llegada de inmigrantes se produce fundamentalmente a finales del siglo XX, cuando se produce un giro de 180° en la tendencia tradicional (Aleján Bracho, 2011). La crisis económica exterior, la mejora de los servicios en

nuestro país y el consiguiente aumento de la calidad de vida pusieron freno a la emigración (ibíd.). En sentido contrario, la llegada de inmigrantes a nuestro país comienza a crecer a partir de los años 70, pero, como apunta Carvajal Gómez (2006), hay que esperar a la década de los 90 para presenciar el gran boom de la inmigración en España. Los movimientos del final del siglo pasado y principios de este provocaron que el número de extranjeros residentes en nuestro país pasara de menos de 200 000 en 1975 a cifras cercanas a los 2 millones 2004, datos que solo tienen en cuenta los extranjeros residentes en España con tarjeta o autorización de residencia en vigor (ibíd.) y a los que por supuesto habría que sumar los que se encontraban en situación irregular.

La tendencia se mantuvo relativamente estable hasta que la llegada de la crisis económica en 2008 provocó un freno inicial que, posteriormente, se traduciría en un ligero descenso según datos del INE del año 2014. Por poner un ejemplo, la agencia Europa Press informaba en el año 2012 de que por primera vez desde que existen datos, España había registrado una emigración neta de más de 50 000 personas. Esta tendencia se mantendría en 2013: según datos de Eurostat (2015), a lo largo de ese año llegaron a España 280 800 inmigrantes, mientras que 532 300 personas abandonaron nuestro país. Más recientemente, datos publicados el 1 de enero de 2015 se mantenían en esta línea: España perdía 146 959 habitantes, cifra que se debe, fundamentalmente, al descenso del número de extranjeros, cifrado en casi 300 000 (Sánchez, 2016). A pesar de estas cifras, el nuestro sigue siendo un país donde la comunidad extranjera tiene un peso evidente. En la fecha en la que se cierra este estudio, se calcula que residen en España unos 4,7 millones de extranjeros, tanto de dentro de la Unión Europea como de fuera, lo que representa un 10,14% de la población (ibíd.).

Al igual que se describía en el apartado anterior, está aún por ver el impacto a nivel demográfico que la crisis de los refugiados tendrá en nuestro país. Por el

momento, España ha aceptado la cuota establecida por la Unión Europea por la cual nuestro país se compromete a acoger próximamente a casi 15 000 nuevos refugiados, números que deberán sumarse a los 2749 asignados por la Comisión Europea en mayo del 2015 (EFE, 2015). En consonancia con lo expuesto en el apartado previo, el crecimiento de esta cifra en el futuro y la magnitud del mismo dependerán de las medidas que se tomen tanto a nivel europeo como estatal.

A pesar del cuadro multicultural que dibuja el párrafo anterior y el peso demográfico de la población inmigrante en nuestro territorio, las dificultades de este colectivo para acceder a los servicios públicos siguen siendo considerables. Pese a que la legislación se ha adaptado rápida y adecuadamente a la nueva realidad del país, no ha ocurrido lo mismo con su puesta en práctica (Alemán Bracho, 2011). Nuestro sistema arrastra una serie de problemas de partida que han dificultado su ajuste a la realidad demográfica (ibíd.) Entre ellos destacan lo reciente del auge de la inmigración en nuestro país, la falta de control en la entrada de inmigrantes, su alta concentración en determinadas zonas de nuestra geografía, las dificultades de los ayuntamientos para responder a las necesidades que generan estos colectivos o la falta de homogeneidad en los servicios sociales, resultado del sistema autonómico y el reparto de competencias (ibíd.).

Sin embargo, el Estado había conseguido atajar parte de estos problemas endémicos situando la inmigración como una de sus preocupaciones fundamentales y apoyándose en la cooperación europea (ibíd.). Pero la crisis económica que aún no hemos abandonado dibuja un contexto completamente nuevo en la relación entre los SSPP de nuestro país y la población inmigrante (Alemán Bracho y Soriano Miras, 2012). Este colectivo es uno de los que más ha sufrido esta situación por tres razones fundamentales: el (des)empleo (trabajan en sectores muy dependientes de los ciclos

económicos), la ausencia de una red familiar que les ayude y la necesidad de ayudar al económicamente al núcleo familiar que permanece en el país de origen (ibíd.). Como apuntan Alonso, Pajares y Recolons (2015), el aumento del paro y otros problemas derivados de la crisis han tenido consecuencias gravísimas sobre los inmigrantes, una comunidad que hoy en día es mucho más pobre y que tiene serias dificultades para hacer frente a los pagos más básicos o acceder a una vivienda.

Llegados a este punto, quiero resaltar la conexión entre los dos elementos fundamentales tratados hasta ahora: salud mental e inmigración. Si bien no existe una correlación directa entre la inmigración y la prevalencia de los trastornos mentales, la aparición de algunos de ellos como el llamado síndrome del inmigrante, la esquizofrenia o el estrés post-traumático puede verse favorecida por factores propios de los procesos migratorios (Alvarado, 2008; Achotegui, 2009). Entre estos catalizadores se cuentan, por supuesto, la vulnerabilidad particular del paciente extranjero, pero también la hostilidad del país de acogida o unas condiciones socioeconómicas deficientes (ibíd.). Las dificultades que atraviesa la población inmigrante en nuestro país (descritas en el párrafo anterior), coinciden con este último punto, lo que aumenta exponencialmente sus necesidades y su dependencia de unos servicios sociales que a los que hay que dotar de medios que los hagan capaces de responder (Alemán Bracho y Soriano Miras, 2012), y evitar, en la medida de lo posible, un sentimiento de exclusión entre esta comunidad. Dentro del refuerzo necesario de los SSPP en general, el ámbito lingüístico resulta fundamental: prestar servicio a las personas con menor manejo del idioma, dar información adecuada tanto personal como escrita, facilitar la comunicación entre partes entre las que media una barrera lingüística y/o cultural, o ser capaces de recoger con celeridad las demandas de los inmigrantes son todos ellos casos en los que se requiere un apoyo lingüístico-cultural apropiado (Alemán Bracho, 2011). Para responder a todas

estas y otras necesidades, nació tiempo atrás la disciplina que se describe en el próximo apartado: la Traducción y la Interpretación en los Servicios Públicos.

5. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: estado de la cuestión

Ante la realidad global descrita hasta ahora, se hace imprescindible contar con figuras capaces de transmitir adecuadamente la información a la comunidad inmigrante, y es en este tipo de entornos comunicativos donde germina la traducción e interpretación orientada a los Servicios Públicos. Si nos centramos en la traducción y la interpretación como fenómenos interlingüísticos, esto es, como mecanismos de acercamiento entre una lengua original y una lengua meta distintas (Jakobson, 1959/2012), podríamos definir la TISP como la aplicación de dichas disciplinas a este amplio abanico de instituciones y servicios. La naturaleza de estos organismos hace necesario añadir que la TISP es también un mecanismo que trata de equilibrar las relaciones entre emisores y receptores en posiciones desiguales de poder y capacidad de comunicación; por lo tanto, debe basarse en la búsqueda y establecimiento de un adecuado intercambio de información entre las partes que devenga en un entendimiento positivo para todos los implicados (Sales, 2008). La TISP cuenta con una larga trayectoria en muchos lugares del planeta. Australia, EEUU y Canadá son, probablemente, las principales potencias mundiales en este sentido y cuentan con un reconocimiento y un sistema de acreditación ya consolidados (Sales, 2005; Valero-Garcés, 2014a). Más cerca, en países como Suecia y Gran Bretaña también se ponen en valor estas especialidades: ambos países cuentan con una fuerte red de TISP orientada a cubrir las necesidades de su importante comunidad inmigrante (ibíd.). En todas las naciones anteriores, el reconocimiento profesional viene acompañado de cursos de preparación y mejora en aspectos específicos orientados a dotar a estos trabajadores de una capacitación cada vez mejor y más adecuada al contexto en el que se mueven (ibíd.). Sin embargo, esta situación no es extrapolable a todos los países con un marcado perfil multicultural. A este respecto, el estado de la cuestión en nuestro territorio se

asemeja más a la de otros países de nuestro entorno como Francia, Italia o Portugal, donde la TISP está aún por desarrollar y solo ha dado sus primeros pasos (ibíd.). Llegados a este punto, conviene sin embargo diferenciar entre los impulsos políticos y el empeño investigador por implementar y desarrollar estas disciplinas, dos corrientes que, si bien debieran caminar de la mano, se han movido en direcciones contrarias en muchas ocasiones.

En respuesta a la consolidación de sociedades cada vez más multiculturales y a las necesidades que estas generan, la traducción e interpretación en los SSPP y áreas relacionadas se han asentado progresivamente como un campo de estudio e investigación en constante crecimiento a gran escala. En los últimos años, la literatura relativa a estas disciplinas ha crecido exponencialmente a nivel global (Sales y Valero-Garcés, 2006; Valero-Garcés, 2014a), lo que ha dado lugar a una bibliografía cada vez más profunda y específica. Un artículo publicado por Aixelá en 2010 ejemplifica a la perfección este proceso y describe el desarrollo de la TISP dentro de la rama específica en la que se enmarca este proyecto, esto es, la traducción e interpretación médica. Tras analizar de forma exhaustiva la base de datos bibliográfica BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción), el autor aporta detalles interesantes sobre el crecimiento de referencias centradas en este ámbito concreto de la traducción y la interpretación. Entre ellos, cabe destacar tres que subrayan la utilidad y pertinencia del presente proyecto:

- 1– La posición general que ocupan las investigaciones relacionadas con la traducción e interpretación médica, por delante de géneros de notable importancia y tradición como son la traducción periodística, económica o publicitaria.

2– El crecimiento gradual y sostenido del número de la bibliografía relacionada con la traducción e interpretación médica desde 1970 hasta 2009. En este sentido, conviene recalcar que en la primera década del siglo XXI, las publicaciones alrededor de esta disciplina suponen un 2,8% del total, mientras que un género tradicionalmente dominante como la traducción bíblica centra la atención del 1,7%.

3– Las numerosas referencias que abordan cuestiones relacionadas con la profesión y la pedagogía de estas disciplinas, concretamente un 19% y un 11% del total de publicaciones sobre traducción e interpretación médica. Este tipo de textos suele tener un gran potencial de aplicación práctica, de lo que se deduce el creciente interés por 1) desarrollar estrategias que mejoren la labor de traductores e intérpretes y 2) dar a conocer los detalles y pormenores que encierran estas profesiones, dos propósitos que coinciden en esencia con varios de los objetivos de este proyecto (véase apartado 2).

Este desarrollo de las investigaciones relacionadas y/o aplicables a la traducción e interpretación en los SSPP se ha producido también, aunque a menor ritmo, en España (Valero-Garcés, 2014a). En nuestro país, las investigaciones en TISP han ido aumentando y especializándose de manera progresiva en los últimos años, contradiciendo en muchas ocasiones el escaso interés institucional por mejorar e invertir en estas disciplinas. Como botón de muestra, dos ejemplos muy cercanos. Por un lado, el artículo publicado por quien escribe en colaboración con las investigadoras Carmen Pena Díaz y Mónica Olivares Leyva (2014) sobre las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario. Dicho estudio es buena prueba de la publicación de referencias cada vez más concretas dentro de la TISP, tanto por su temática central

como por el trabajo de recopilación bibliográfica que encierra. Este hecho es posible gracias a la existencia previa de estudios muy concretos sobre las figuras del intérprete y del mediador, sus funciones, los conocimientos y habilidades que se precisan para desempeñar sus tareas, y otros temas relacionados. Por otro, el lanzamiento en 2014(b) por parte de la Universidad de Alcalá del primer número de la revista *FITISPOS International Journal*, una publicación centrada exclusivamente en la traducción e interpretación aplicadas a los SSPP y editada por la catedrática de la UAH y especialista en la materia, Carmen Valero Garcés. Personalmente, he buscado contribuir a las investigaciones en este campo con diversos trabajos al margen de los que vertebran esta tesis doctoral. A la publicación conjunta citada tan solo unas líneas atrás hay que añadir la participación como ponente en congresos internacionales como el de la *Association of Young Researchers on Anglophone Studies (ASYRAS)* en 2013, el I Congreso Internacional de Jóvenes Investigadores en Traducción e Interpretación celebrado en Alcalá de Henares en 2014 y organizado por el grupo FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos), o en distintas ediciones de los congresos organizados por la Asociación Española de Lingüística Aplicada (AESLA).

El esfuerzo realizado hasta ahora, ha servido para acercarnos paulatinamente a las principales potencias en TISP en lo que a investigación se refiere (Valero Garcés, 2014a). Las principales iniciativas orientadas a paliar la desventaja inicial vienen, de muy distintos puntos de nuestra geografía, entre los que destacan Alcalá de Henares, Granada y la Comunidad Valenciana (Sales, 2005; Ortí, Sánchez y Sales, 2008). En este sentido, cabe destacar también la creación de la Red COMUNICA (<http://red-comunica.blogspot.com.es/>), un portal centrado en la TISP en el que, junto a numerosos investigadores, convergen el antes citado grupo FITISPos y los grupos

GRETI (Grupo de Investigación en Traducción e Interpretación), CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales), MIRAS (Mediació i Interpretació: Recerca en l' Àmbit Social) y Alfaqueque. Todos ellos cuentan con una larga y activa trayectoria, y han desarrollado constantes estudios y aportaciones investigadoras que han ayudado a la difusión de la TISP y disciplinas afines como la mediación intercultural entre la comunidad universitaria.

Las universidades de Alcalá o Granada también son motores en lo que a formación se refiere, ofreciendo másteres y doctorados específicamente centrados en la TISP desde hace ya varios cursos (Sales, 2005; Valero-Garcés, 2014a). Pero existen muchas otras ofertas formativas que conviene subrayar, todas en funcionamiento u ofertadas para el curso 2015/2016. Entre ellas se encuentran: el Grado en Traducción y Comunicación Intercultural de la Universidad San Jorge, el máster en Traducción, Interpretación y Estudios Interculturales de la Universidad Autónoma de Barcelona, el máster en Traducción y Mediación Intercultural de la Universidad de Salamanca, el máster en Traducción Medicosanitaria de la Universitat Jaume I o el Instituto sobre Migración de la Universidad Pontificia Comillas que, además de másteres y doctorados específicos, publica de forma semestral y desde 1996 la *Revista Migraciones* (disponible en <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones>).

Sin embargo, en línea contraria a los esfuerzos llevados a cabo por parte de la comunidad investigadora, el empeño estatal y autonómico por facilitar el acceso y suturar las brechas comunicativas entre los servicios públicos y los inmigrantes ha sido, en términos generales, insuficiente (Vázquez, Vargas y Aller, 2014). A diferencia de países como los mencionados al inicio del párrafo anterior, la traducción e interpretación en los SSPP en nuestro país no está consolidada y se muestra insuficiente para cubrir las demandas sociales (Valero-Garcés, 2014a). Poniendo el foco sobre

nuestro ámbito de interés, esto es, el sistema sanitario, no sería justo obviar ciertos esfuerzos e iniciativas encaminados en la dirección apropiada.

Así, un estudio que evaluaba las políticas sanitarias dirigidas a inmigrantes a nivel estatal y de ciertas autonomías, determinaba que entre 2007 y 2008 se realizaron esfuerzos concretos (aunque insuficientes) en aspectos como la traducción de materiales de educación sanitaria y documentación clínica, mediación intercultural y servicios de interpretación (Nuñez, Lorenzo, Arjona, Alcazo y Navarrete, 2010). En cambio, el mismo estudio también subrayaba fallas a la hora de enfocar otros problemas fundamentales como la falta de información personalizada o la escasa asignación de recursos a la formación intercultural de los profesionales sanitarios. Además, los autores de este trabajo destacan que ni el Estado ni ninguna de las comunidades autónomas estudiadas publicaron datos concretos relativos a los efectos o resultados de la aplicación de estas políticas. Estas contradicciones resultan aún más sorprendentes si tenemos en cuenta que incluso en la propia web del Ministerio de Sanidad se publicó un informe (Collado y Ollé, 2006) en el que se reconocían las diferencias culturales y los problemas comunicativos como una de las principales barreras en el acceso de los inmigrantes a nuestro sistema sanitario. Por aquel entonces y dentro del mismo informe, se subrayaba la contratación de traductores, intérpretes y mediadores como una de las principales medidas a tomar para asegurar una atención sanitaria igualitaria y de calidad. A pesar de ello, como se expone en el siguiente párrafo, las intenciones no se tradujeron en acciones de calado que marcaran una auténtica diferencia.

En 2010, en un intento de mejorar la atención sanitaria en nuestro país, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria publicaba un informe en el que sugería las pautas para una futura Ley de Salud Pública en España (Urbanos *et al.*, 2010). Entre estas directrices, se señalaba (una vez más) como una prioridad ajustar

la legislación a la realidad social del país y a las necesidades culturales e idiomáticas específicas de los colectivos que lo conforman. Sin embargo, el paso de los años no solo ha dejado numerosas pruebas de que esto no ha sido así, sino que además, ha evidenciado que la atención sanitaria a los inmigrantes no alcanza los niveles a los que se aspiraba sobre el papel. Si bien la evidencia disponible sobre la calidad de la atención sanitaria a la población inmigrante es escasa, informes como el de Vázquez, Vargas y Aller (2014) demuestran, por un lado, que antes de la crisis esta atención ya mostraba importantes deficiencias en su capacidad de reducir las barreras y dificultades con las que la población extranjera se encuentra a la hora de intentar acceder a nuestros servicios de salud; por otro, señalan que la fuerte recesión económica que hemos sufrido no ha hecho sino agravar esta situación. En este sentido, las medidas políticas y presupuestarias adoptadas se traducen en un peor acceso a los servicios de salud por parte de este colectivo (ibíd.), un empeoramiento al que contribuye la falta de una inversión en iniciativas que reduzcan las diferencias informativas, idiomáticas y culturales (Sales, 2005; Munuera y Munuera, 2007; Valero-Garcés 2014a). A este respecto, el principal problema que enfrenta nuestro país es, desde hace tiempo, la falta de profesionalización de los traductores, intérpretes y mediadores que trabajan en los SSPP (Sales, 2005; Hicheri; 2008; Valero-Garcés, 2014a). Como resultado, el escaso reconocimiento institucional y la falta de recursos asignados a desarrollar y compensar económicamente estas figuras, hacen que gran parte del trabajo recaiga en voluntarios y/o personas sin la preparación adecuada, lo que impide que el servicio alcance en muchas ocasiones la calidad que debería (ibíd.).

Este déficit en la asistencia lingüístico-cultural en nuestro país puede suponer un grave obstáculo para el tratamiento de trastornos mentales en la comunidad inmigrante. La cobertura de las necesidades lingüísticas y culturales de los extranjeros que requieren

tratamiento es la única forma de asegurar una respuesta completa y eficaz (Moussaoui y Casas, 2007), ya que los rasgos culturales influyen de manera notable en la expresión y el entendimiento del sufrimiento y la angustia y, en consecuencia, pueden resultar factores determinantes a la hora de generar un diagnóstico y tratamiento adecuados (ibíd.). Del mismo modo, el hecho de afianzar una relación médico-paciente positiva resulta fundamental a la hora de enfrentarse a muchos trastornos mentales, y esta situación solo puede alcanzarse a través de la posibilidad de establecer una comunicación eficaz entre las partes (ibíd.).

Sin embargo, el bajo nivel de competencia intercultural de nuestro sistema sanitario hace difícil alcanzar este paradigma y genera una serie de problemas adicionales al propio trastorno que afectan tanto al paciente inmigrante como al personal sanitario con el que interactúa. Estas dificultades están presentes en todas las etapas de la relación: desde la dificultad de valoración inicial hasta la sobrecarga asistencial y las altas probabilidades de abandono del tratamiento, pasando por la desconfianza mutua que puede generarse, el agotamiento y frustración del personal médico, el aumento de los costes o el conocimiento limitado de sus derechos por parte del paciente (Carrascosa *et al.*, 2010). Como indica Campos López (2005), esta es una razón más para fomentar la TISP en este campo, y un argumento adicional que refuerza la necesidad de investigaciones como las conducidas para desarrollar tanto los tres artículos recopilados como este proyecto en su conjunto, todas incluidas dentro de una corriente que entiende la Traducción y la Interpretación en los Servicios Públicos como un canal de comunicación interlingüística e intercultural enmarcado en la vertiente más social de este ámbito de trabajo.

6. El paciente mental y el lenguaje

6.1. El paciente mental a lo largo de la historia

Las particularidades a las que hacíamos referencia al final del apartado anterior se centran en el lenguaje y la imagen social que proyectan los afectados. Será una síntesis histórica sobre la percepción y tratamiento de estos trastornos en Occidente la que nos permita identificar y justificar dicho fenómeno. Como defiende Roy Porter (2003), las conceptualizaciones de la locura a lo largo de la historia se han basado, fundamentalmente, en la etiología que se les atribuía. Las primeras interpretaciones de los trastornos mentales los ligaban intrínsecamente a posesiones demoníacas y otros problemas de carácter espiritual (León Castro, 2005). En concreto, la «locura» se consideraba un castigo divino, un tipo de venganza de las deidades sobre los humanos (Porter, 2003). En consecuencia, se etiquetaba al afectado como poseso, y se llegaba incluso a relacionárseles con la licantropía y otros mitos de mutación zoomórfica. Asimismo, las supuestas «curaciones» pasaban por aplicar métodos mágico-religiosos de escasa eficacia (León Castro, 2005).

Los Antiguos Griegos fueron pioneros en abordar esta problemática desde un prisma científico y promovieron estudios serios y muy rigurosos para la época que desembocaron en los primeros tratamientos válidos y clasificaciones básicas de algunos de estos trastornos y su etiología (ibíd.). La tendencia se mantuvo con los Romanos (precursores, eso sí, del confinamiento y el aislamiento de los afectados) pero tocaría a su fin con la llegada de la Edad Media primero y del Renacimiento posteriormente (ibíd.). Estas fueron épocas de indudable retroceso, en las que se retoma la hipótesis de una génesis espiritual de este tipo de trastornos (ibíd.). Con el auge del cristianismo, la locura comenzó a asociarse al pecado, la degeneración religiosa, la falta de virtudes o incluso a pactos con el diablo (Porter, 2003). Esto desemboca en el nacimiento de

«pseudo-ciencias» como la demonología y desencadena conflictos sociales que enfrentan a los afectados con su entorno, como es el caso de las tan conocidas cazas de brujas (León Castro, 2005).

La llegada del Renacimiento frenó estas quemaduras y castigos injustificables; además, esta época trajo consigo los primeros intentos de explicación ajenos a lo espiritual: el ser humano es fundamentalmente racional y la locura es una suerte de irracionalidad que domina la mente del afectado. Las ideas renacentistas ponen las bases para la etiología psicológica de este tipo de trastornos pero, al mismo tiempo, conducen a las primeras iniciativas orientadas a separar a los afectados del resto de la población (Porter, 2003). Esta práctica se extendió a lo largo de los siglos XVIII y XIX, época de auge y desarrollo de los asilos (León Castro, 2005). Por toda Europa proliferan este tipo de instituciones en las que se recluía obligatoria e indefinidamente a los pacientes mentales, sometiéndolos a maltratos brutales y continuos y llegando incluso a utilizarlos como atracción de circo (ibíd.). El principal objetivo de estos centros era, en muchas ocasiones, librar a las ciudades de esta «escoria» que las «infectaba», aplicando a los internos «tratamientos» entre los que se contaban eméticos, sangrías y otras prácticas más cercanas a la tortura física que a los cuidados sanitarios (ibíd.). Sin embargo, a pesar de todas estas sombras, este periodo tuvo también su contribución positiva a la materia, ya que aparecen los primeros médicos especializados como Pinel, Esquirol, o Morel, y se formulan las primeras teorías relevantes al respecto que, pese a resultar bastante simples y contribuir en algunos casos a perpetuar el estigma, dotaron a futuras generaciones de profesionales de unas bases sobre las que comenzar a desarrollar su labor (ibíd.).

Así, la llegada del siglo XX trajo consigo grandes progresos en diversos aspectos: los criterios clínicos de diagnóstico se desarrollan, se elaboran distintas

clasificaciones internacionales, se introducen y perfeccionan los psicofármacos, se reduce la cantidad de «manicomios» y centros psiquiátricos y, proporcionalmente, el número de internos, etcétera (ibíd.). Sin embargo, la magnitud de los avances científicos no es equiparable a la de los cambios sociales, especialmente en lo que respecta a la percepción y el trato a las personas afectadas. Los pasos en esta dirección han sido mucho más cortos; pese a que el estado de la cuestión en los países desarrollados no es ni mucho menos tan alarmante como siglos atrás, la aversión y el miedo largamente cultivados y la rigidez y calado de los prejuicios, unidos a otros factores como el retrato que el cine y la televisión han dibujado de los afectados o la pasividad y falta de medidas de apoyo de las administraciones públicas hacen que la aceptación, la integración y el trato normal a estas personas permanezcan aún en el debe de la mayor parte de países occidentales (ibíd.). En las regiones en vías de desarrollo la situación es aún peor, y guarda numerosas similitudes con la que se vivía en Europa siglos atrás (ibíd.).

6.2. El paciente mental en España

Como en tantos otros aspectos, España se ha visto influida por las actitudes asentadas en Europa. Una buena forma de definir la historia de la salud mental en nuestro país es hacerlo como una lenta transición de la custodia a los cuidados (Siles *et al.*, 2001). En un principio, el tratamiento de los afectados por un trastorno mental descansaba sobre la vocación e ideas religiosas y pasaba inexorablemente por el confinamiento y los tratos más o menos vejatorios (ibíd.). Poco a poco, estas concepciones evolucionan hacia las explicaciones médicas y científicas de los trastornos mentales: los tratamientos se refinan paulatinamente y la custodia va dejando lugar al tratamiento ambulatorio (ibíd.). La profesionalización de este sector de la salud

consolida estos avances y supone el paso definitivo hacia un tratamiento moderno y adecuado (ibíd.).

Este recorrido puede explicarse con algo más de detalle a partir de un artículo en el que Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003) retratan la evolución en el tratamiento dispensado al paciente mental en nuestro país desde la Edad Media. En este texto se describe cómo en la época medieval se construyeron los manicomios y hospitales de Inocentes, en los que se internaba a aquellos etiquetados como «locos». Durante todo este tiempo y también en siglos venideros, muchos profesionales establecieron una relación directa entre la pobreza y la «locura». Las bases del tratamiento eran, el aislamiento, el trabajo constante (enfocado a negar el tiempo de ocio al «enfermo» y así poder controlar sus «vicios» y «malos hábitos») y el castigo físico si se mostraban desobedientes o se enfurecían. Como recoge el mismo artículo, algunas de las represalias más comunes que se tomaban contra los internos eran azotarlos, engrilletarlos e incluso enjaularlos. Con la tendencia a la concentración hospitalaria del siglo XV, se planificaron y construyeron departamentos para «dementes» en los principales hospitales del reino. La atención que recibían los internos no era, sin embargo, la más adecuada, ya que pocas veces la llevaban a cabo profesionales especializados, y, en muchas ocasiones, se delegaba su tratamiento en curanderos y sanadores, lo que perpetuaba las asociaciones diabólicas que arrastraban los afectados por un trastorno mental. Asimismo, el aislamiento al que eran sometidos reforzaba una imagen de peligrosidad que había calado hondo en la sociedad.

Según estos mismos autores, el confinamiento siguió siendo la principal arma para combatir los trastornos mentales durante varios siglos, aunque en el siglo XIX se producen ciertos avances que no pueden obviarse (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003). Por un lado, se dan los primeros pasos hacia la diferenciación de los

afectados y hacia el estudio científico de los trastornos mentales. Así, comienza a separarse a los internos en función del tipo de trastorno que padecían, aunque la categorización era todavía muy básica y rudimentaria. Por otro lado, los centros comienzan a trabajar en la mejora de las condiciones de los internos. Se eliminan los métodos correctivos, el trato se torna bondadoso, las actuaciones se realizan con sumo cuidado y el tratamiento se delega en médicos, practicantes, enfermeros y enfermeras. Los mismos autores indican sin embargo cómo la falta de recursos económicos destinados a atajar este problema limitaba sobremanera la calidad de los manicomios españoles.

En base a este mismo artículo, la llegada del siglo XX trajo consigo avances fundamentalmente en dos aspectos: la especialización de médicos y enfermeros y la reforma del sistema de atención psiquiátrica. En el primero, cabe destacar la fundación de una escuela de Psiquiatría dentro de la Escuela Nacional de Sanidad en 1926, o la creación de la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico en 1970. En cuanto a la reforma del sistema de atención psiquiátrica, los primeros pasos se dieron en 1932 y 1933 con la creación del primer centro de salud mental de carácter ambulatorio (el Dispensario de Higiene Mental de Madrid) y la puesta en marcha de una estadística nacional. Ya en 1985, el Ministerio de Sanidad elaboró un documento para la reforma psiquiátrica y la atención en salud mental que buscaba la plena integración del tratamiento de estos trastornos en la asistencia sanitaria general y buscaba avanzar definitivamente hacia la desinstitucionalización del paciente mental y el fin del confinamiento (ibíd.).

En los últimos años, la estrategia en salud mental del sistema nacional de salud se ha centrado en avanzar en varios aspectos, entre los que cabe destacar la prevención, la creación de centros ambulatorios específicos para la salud mental, el refuerzo de

servicios específicos para estos pacientes en los hospitales y el impulso de herramientas de apoyo social que ayuden a sobrellevar el trastorno y a reintegrar al paciente en los casos en los que sea necesario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Dentro de estas estrategias, también se contempla la necesidad de dar una respuesta lingüística y cultural adecuada a los inmigrantes que intenten acceder a estos servicios (ibíd.), propósito al que buscan contribuir los artículos que vertebran esta tesis doctoral pero que, como veremos en el siguiente apartado, no es tarea fácil.

6.3. Particularidades: el peso del lenguaje y la importancia de traductores e intérpretes

Si la historia global de la salud mental resulta compleja, también lo es el papel del lenguaje en este campo. Al margen de su evidente función como transmisor de información, el lenguaje también puede desempeñar una importante labor en la creación, perpetuación o crecimiento de fenómenos como la estigmatización o el rechazo al trastorno que se padece (López, 2007; López *et al.*, 2008; Arnaiz y Uriarte, 2013). Ambos ejemplos son comunes en el ámbito de la salud mental y pueden tener consecuencias muy negativas sobre distintas esferas de la vida de los afectados y su entorno (López *et al.*, 2008). Por un lado, el hecho de padecer uno de estos trastornos puede definir y condicionar en muchos casos las relaciones sociales de quien lo sufre, ya que el rechazo, la desconfianza y el distanciamiento son conductas con las que el entorno suele responder ante ellos (López *et al.*, 2008; Arnaiz y Uriarte, 2013). Esto condiciona sobremanera la posibilidad de entablar relaciones sociales significativas tanto a nivel de pareja como de amistad con personas cercanas (López *et al.*, 2008). Pero más allá de las reacciones personales, sufrir un trastorno mental también implica,

en muchas ocasiones, una derivada adicional que no siempre se tiene en cuenta: la restricción de derechos y oportunidades como pueden ser el acceso a la vivienda o las posibilidades de encontrar un empleo (López *et al.*, 2008; Arnaiz y Uriarte, 2013). También existen otras implicaciones negativas, como el impacto sobre las personas más cercanas al afectado (López *et al.*, 2008). Y a todo lo anterior, no hay que olvidar añadir la lógica erosión en la autoestima que la suma de los factores previamente mencionados produce en el afectado (López *et al.*, 2008; Arnaiz y Uriarte, 2013).

A todo esto hay que sumar un problema añadido que puede deducirse del recorrido histórico hecho anteriormente (véase apartado 6.1 y apartado 6.2) y es el carácter transversal de este rechazo, es decir, la homogeneidad con que se distribuye y afecta casi por igual al conjunto de los trastornos mentales. Es cierto que existen grados de miedo, rechazo y distanciamiento en función del trastorno con el que entremos en contacto; las reacciones ante aquellos que etiquetamos como «menos graves» o como «frecuentes» es siempre más moderada que ante otros más graves como por ejemplo la esquizofrenia (López *et al.*, 2008). Sin embargo, estos casos, cercanos a lo que la gente tiende a denominar erróneamente «locura», suelen ser la referencia respecto a la cual se perciben los trastornos mentales como conjunto; en consecuencia, la imagen que en nuestra mente se genera como punto de partida cuando de algún modo entramos en contacto con ellos suele derivar, en general, de los más serios, asociando inconscientemente al afectado con un estereotipo negativo, relativamente peligroso y de conductas antisociales (ibíd.).

Estas asociaciones peyorativas permanecen aún latentes en grandes grupos y comunidades, tanto extranjeras como nacionales, e incluso se perpetúan en algunos profesionales del sector que, si bien tienen un mayor conocimiento de todo lo referente a esta clase de trastornos, comparten esa percepción prototípica y negativa de los

afectados (López *et al.*, 2008). Con todos estos datos, es obvio que un punto a tener en cuenta es el impacto psicológico que el propio diagnóstico de este tipo de afecciones genera en el paciente (López *et al.*, 2008; Arnaiz y Uriarte, 2013). Las razones enumeradas anteriormente hacen que la perspectiva de padecer algún trastorno de este tipo pueda suponer un problema *per se*, ya que el paciente, además de tener que afrontar la afección en sí, puede también sufrir ante la posibilidad de tener que enfrentarse a la etiqueta que esta trae consigo y a la reacción social, volviéndolas contra sí mismo y perdiendo confianza en su persona; es lo que se conoce como autoestigmatización (ibíd.). Tal es el peso de este fenómeno que, en los últimos años, se han desarrollado terapias específicas al respecto con el objetivo de facilitar la asimilación del trastorno por parte del paciente y favorecer el tratamiento y el proceso de recuperación (Luciano, Páez- Blarrina y Valduvia, 2006).

En línea con lo expuesto anteriormente, existen varios ejemplos que demuestran que el lenguaje empleado en este campo es un elemento fundamental con influencia directa sobre diversos aspectos y de distintas formas. Por un lado, el lenguaje es uno de los principales vehículos para la estigmatización, reflejada en la conexión entre campos semánticos y etiquetas negativas y afectados que establece parte de la sociedad (López *et al.*, 2008) y que, en el campo de la salud mental, tiende a trazar una peligrosa línea divisoria y excluyente entre «ellos» y «nosotros» (Arnaiz y Uriarte, 2013); en esta misma línea, el tratamiento y mal uso de términos psiquiátricos que se ha hecho desde los medios en ocasiones ha ayudado a popularizar ciertos prejuicios y estereotipos (ibíd.).

En línea con lo anterior, existen varias iniciativas en países como Escocia, Nueva Zelanda, Estados Unidos o Australia en las que se analiza la información aparecida en los medios de comunicación en referencia a los trastornos mentales y se

piden rectificaciones en caso de que transmitan una imagen negativa, falsa o alejada de la realidad (Mena, Bono, López y Díaz, 2010). En sentido contrario, muchas de las iniciativas dirigidas a concienciar a la población y reducir el rechazo hacia aquellos que sufren este tipo de trastornos están basadas en la comunicación y, por consiguiente, en el lenguaje. Ya sea a través de la educación, de campañas informativas, de interacciones directas o bien mediante apariciones en los medios (López *et al.*, 2008), el lenguaje es un mecanismo que, si como mencionábamos anteriormente, puede ser una potente vía de difusión de estereotipos negativos, también puede actuar en la dirección opuesta (Mena, Bono, López y Díaz, 2010). Como botón de muestra, contamos con dos ejemplos muy cercanos: el primero, la publicación en España de guías de sensibilización destinadas a periodistas por parte de distintas organizaciones y organismos públicos, orientadas a mejorar la cobertura de la información referente a la salud mental; el segundo, la inclusión de un capítulo centrado exclusivamente en el enfoque de los temas de salud mental en el Libro de Estilo de Canal Sur (ibíd.).

De lo expuesto hasta este momento se puede deducir que el «acercamiento lingüístico» a este tipo de trastornos no solo debe ser cuidadoso y efectivo, sino que además, la información destinada al paciente, nativo o extranjero, debería trasladarse con propiedad y delicadeza; el objetivo debe ser tratar de minimizar el potencial impacto y estrés derivados de la toma de contacto con el trastorno a través de un mensaje que limite la posible incomodidad del afectado y sea a su vez claro y comprensible. En esta línea, como se recoge en uno de los artículos de este proyecto², García Díaz (2006) recomienda que, a la hora de trasladar información al afectado o a los miembros de su entorno, se haga a través de un lenguaje sencillo adecuado al nivel cultural e intelectual del receptor, evitando el uso de eufemismos, jerga médica o

² Véase **anexo**, «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental».

términos excesivamente técnicos que en ocasiones resultan difíciles de comprender por parte del paciente (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer y Flores, 2010).

Según Maguire (Cushing, 2003), esta y otras actitudes comunicativas por parte de algunos profesionales sanitarios están muchas veces encaminadas a mantener la autoridad en la relación. Sin embargo, no tienen en cuenta el desnivel de conocimientos médicos entre las partes por lo que, consciente o inconscientemente, lo que se está haciendo es generar una serie de obstáculos al entendimiento mutuo. Si bien un marco interlingüístico puede hacer que estas barreras sean incluso más altas y dificultar aún más el intercambio de información, es imperativo que este intercambio se produzca, ya que la ausencia de un apoyo lingüístico adecuado en este contexto puede incluso llevar al paciente inmigrante a rechazar los servicios a su disposición (Baylav, 2003). Es en este punto donde la labor de traductores e intérpretes y la búsqueda de estrategias comunicativas cada vez más eficaces y acordes al contexto se convierten en fundamentales. A este respecto y si tenemos en cuenta los textos e interacciones orales sobre los que se centran tanto los artículos incluidos en esta tesis doctoral como el resto del proyecto (véase apartado 7), las pautas y el enfoque general que defiende este trabajo es fundamentalmente «adaptativo» o, dicho de otro modo, ajustado a las necesidades y características de la audiencia de destino.

En este contexto de trabajo, intercultural y asimétrico a nivel de conocimientos, resulta de gran importancia integrar dos dimensiones del concepto «cultura» a la estrategia traslativa a seguir: la «cultura» como conjunto de conocimientos de una persona y la «cultura» entendida como tejido de valores, costumbres y tradiciones de un colectivo concreto, ambas piezas interdependientes de un mismo engranaje que juegan un papel fundamental en los procesos de comunicación en el ámbito sanitario (Andrulis y Brach, 2007). Su relevancia estriba en que de nada sirve tender un puente entre dos

partes si el mensaje resulta ininteligible para uno de los extremos. Si partimos de esta base y pese a que en los artículos se desarrolla este tema con más detalle, resulta conveniente describir los pilares del enfoque adaptativo de esta tesis doctoral con el fin de concretar la perspectiva desde la que se aborda la labor de traductores e intérpretes en este campo.

En lo referente al campo de la traducción y lo que concierne a las unidades lingüísticas analizadas en los artículos que componen este trabajo, nos encontramos ante un trabajo enmarcado exclusivamente en el ámbito de las normas lingüístico-textuales, relacionadas estrictamente con la selección del material lingüístico que utilizaremos para convertir un TO en un TM (Toury, 1995). Las decisiones traductológicas que se sugieren con respecto a estas unidades lingüísticas se sustentan sobre distintos pilares. El primero, es la perspectiva. A este respecto, este proyecto se encuadra dentro de la perspectiva no esencialista que rechaza el papel secundario del traductor, otorgándole un rol primordial como transmisor de información y nexo entre culturas dentro de un contexto histórico y sociocultural concreto que deberá tener muy en cuenta mientras desarrolla su labor (Baumgarten, 2012). Esta perspectiva no esencialista permite, además, enlazar con la segunda línea teórica fundamental sobre la que se sustenta este estudio: la aproximación funcionalista a la traducción. Esta corriente concibe el proceso traductológico como un acto de comunicación intercultural en el que las estrategias a seguir tienden a determinarse en base a la función, objetivo y contexto sociocultural del TM y la audiencia a la que está dirigido (Munday, 2001). Esto, en suma, supone alejarse de aproximaciones estáticas para acercarse a modelos de marcado carácter comunicativo, orientados a conseguir una mayor inteligibilidad en el producto final.

Este enfoque es el que en principio más se ajusta a la traducción de documentos pertenecientes a la tipología textual descrita con posterioridad en el apartado 7, ya que

contempla el uso de distintas estrategias como la simplificación del lenguaje o la adaptación de ciertos elementos lingüísticos en pro de un TM más funcional y acorde a su objetivo (ibíd.). Ambas técnicas, como se verá posteriormente, tienen una gran influencia sobre las pautas que se proponen en este proyecto. Llegados a este punto, creo importante señalar que tanto los avances generales en este campo como mi forma particular de concebir la traducción flexibilizan las fronteras y restricciones para convertirlas en líneas maleables que pueden traspasarse siempre que exista una justificación de cara a una mayor funcionalidad del TM. Dicho de otro modo, el enfoque que he decidido adoptar no es una aproximación rígida que invalide el uso de cualquier estrategia o práctica distinta, sino que la defiende y abraza siempre que juegue en favor de una versión final que cumpla los compromisos implícitos con la audiencia de destino. Este enfoque lleva al traductor a un movimiento pendular casi constante entre los dos extremos propuestos por Newmark (1991) a la hora de abordar una traducción: el semántico y el comunicativo. Esto, a su vez, implica que los dos extremos anteriores, aunque opuestos, no son ni mucho menos incompatibles, ya que es común combinar ambos polos. Dado el carácter funcional de este proyecto, el análisis de la terminología de estudio tenderá a abordarse desde un prisma comunicativo aunque no siempre será así puesto que, como se puntualiza en los artículos, resulta poco práctico y casi inviable no alternar ambos enfoques, más cuando se trata de términos de carácter específico cuya traducción, en algunos casos, resulta inadecuado alterar.

En lo que respecta a la interpretación, las líneas teóricas anteriores tendrían, *grosso modo*, un reflejo relativamente fiel en el enfoque que Wadensjö (1998) definió como *co-ordinating others' talk*³. En el caso de las interacciones orales, la comunicación debe ser efectiva en ambos sentidos (servicios médicos-paciente y

³ Para una explicación más detallada, véase **anexo**, «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental».

viceversa) puesto que es imprescindible comprender las inquietudes y necesidades del paciente inmigrante para poder prestar un servicio de calidad que pueda cubrirlas (Baylav, 2003). Partiendo de este enfoque, el intérprete puede tomar distintas decisiones como la adecuación del mensaje a los parámetros de comprensión del paciente o la inclusión de aclaraciones que posibiliten la transmisión de ciertos significados o connotaciones de carácter étnico o cultural (Messent, 2003). Todo esto tiene como objetivo buscar una expresión alternativa que transmita lo que el interlocutor realmente pretende expresar (Mudarikiri, 2003). De este modo, este enfoque consigue un paralelismo con las líneas descritas en el párrafo anterior. Por un lado, se mantienen pautas de actuación como 1) la participación activa del profesional lingüístico (el intérprete en este caso) en procesos de comunicación interlingüística y/o intercultural, 2) la importancia de la función y el objetivo en su tarea o 3) la adaptación sociocultural de ciertos elementos del discurso a las características de la audiencia meta. Por otro, se conserva la adaptación como centro del proceso comunicativo y mantiene la coherencia de la propuesta, cuyas bases teóricas y estrategias prácticas siguen un continuo aplicable tanto en un campo (la traducción) como en otro (la interpretación).

Por último, considero pertinente señalar que las pautas que se sugieren en este proyecto no son, en ningún caso, una crítica a los traductores e intérpretes que sigan otras líneas de actuación, puesto que no se pueden tener en cuenta las peticiones específicas del cliente o el personal médico implicado, factores que pueden condicionar la labor de estos profesionales del lenguaje y la comunicación a la hora de realizar su labor. Por tanto, creo conveniente incidir en el hecho de que las alternativas sugeridas por mi parte se apoyan en los fundamentos teóricos presentados a lo largo del trabajo al margen de los condicionantes que puedan haber impuesto las personas o empresas que

encargan una traducción o contratan/trabajan con un intérprete en el ámbito de la salud mental.

7. Procesos comunicativos: ámbitos de aplicación

El recorrido realizado hasta ahora sitúa las tres publicaciones que componen el núcleo de este proyecto en un contexto muy concreto: el de la traducción e interpretación en el ámbito de la salud mental en España. Sin embargo, todavía queda otro nivel de acotación que presentar y es el de los procesos comunicativos que se van a tratar. En el caso de la interpretación, el análisis, conclusiones y pautas que se sugieren a partir de los artículos se centran en las interacciones orales directas entre el personal médico y los pacientes inmigrantes y su entorno. La mayor parte de las interpretaciones en este contexto serán consecutivas, esto es, el intérprete interviene una vez que el hablante ha finalizado su intervención para trasladar el mensaje a la otra parte del diálogo en su lengua materna. En lo que respecta a la traducción y ante la vasta tipología de documentos médicos existentes, creo necesario profundizar un poco más en los límites autoimpuestos para la aplicación sobre distintos textos de las pautas y procesos que aquí se defienden. Los siguientes párrafos pretenden acotar el ámbito de aplicación de las pautas y estrategias aplicables a textos escritos que se presentarán en secciones posteriores de este proyecto.

Una divulgación médica apropiada es imprescindible para educar y concienciar, no solo a los afectados por un trastorno concreto, sino también a la ciudadanía en su conjunto (Mayor Serrano, 2006). Por ello, el traductor, dentro de sus posibilidades y atribuciones, debería contribuir a ello. Aunque entre los propósitos de este trabajo no se cuenta establecer una clasificación exhaustiva que catalogue los diferentes escritos médicos, sí que estimo necesario presentar un esquema básico de categorización que sitúe las pautas y sugerencias traductológicas en un espectro concreto del mapa de los textos médicos.

Como todo campo de estudio, la medicina produce una gran cantidad de textos de muy distintas características. Los textos médicos pueden orbitar alrededor de disciplinas sanitarias muy diversas cuyos conceptos pueden plasmarse en distintos tipos de escritos con rasgos diferenciadores que multiplican las posibilidades a la hora de clasificarlos. Además, la salud y muchos de los temas que la componen se filtran constantemente a otras disciplinas y documentos. En una clasificación textual pragmática elaborada por Mayor Serrano (2007), los textos médicos que maneja la autora son los siguientes: guías, folletos, prospectos de medicamentos, libros temáticos, artículos de divulgación, reportajes, artículos de periódico, manuales, libros de texto, tratados, compendios, revisiones editoriales, monografías, artículos de investigación, casos clínicos, tesis doctorales y patentes. El siguiente paso para acotar las principales categorías a las que aplicar las pautas de este proyecto es establecer una serie de etiquetas bajo las que agrupar los documentos anteriores.

El primer paso que he querido dar en ese sentido es establecer una división dual fundamentada en el público capaz de comprender el escrito. Así, la lista de textos del párrafo anterior se agrupará en «textos al alcance de un público general» y «textos al alcance de especialistas». El motivo para polarizar de este modo los documentos médicos es descartar aquellos de la lista anterior con los que no se va a trabajar por presentar unos requisitos lingüísticos y un enfoque traductológico de partida distintos a aquellos sobre los que se desarrollan las pautas que aparecen en los artículos de este proyecto. Este sistema no deja de ser una variante de la tradicional categorización dual en función del emisor y el receptor: especialista-especialista o especialista-lego (Mayor Serrano, 2007). Sin embargo, he creído conveniente introducir una modificación para omitir al emisor del mensaje, factor que se justifica por dificultades como la de determinar, por ejemplo, dónde encuadrar un artículo periodístico sobre una enfermedad

concreta que no haya sido escrito por un especialista en medicina, algo bastante común en la prensa actual. Este y otros tantos casos fáciles de imaginar hacen imposible seguir este criterio para dividir en dos partes las principales clases de textos listadas con anterioridad.

Explicada su razón de ser, paso a clasificar la lista de documentos citada anteriormente bajo ambas etiquetas. Así, entre los textos al alcance de especialistas podrían agruparse manuales didácticos, libros de texto, tratados, compendios, revisiones, editoriales, monografías, artículos de investigación casos clínicos, tesis doctorales y patentes, mientras que entre aquellos al alcance de un público más general se contarían artículos de divulgación, reportajes, artículos de periódico, guías, folletos, libros temáticos, y prospectos de medicamentos. Esta división tan sencilla debe interpretarse simplemente como lo que es: un mecanismo de contextualización y una generalización necesaria dentro de un asunto mucho más complejo cuyo estudio en profundidad requeriría muchas páginas de análisis.

El hecho de que las tres publicaciones sobre las que se estructura esta tesis doctoral se centren en la comunicación entre personal médico y pacientes hace que los definidos como «textos al alcance de especialistas» no sean tomados en consideración en adelante. Así, pasamos a centrarnos en el conjunto denominado «textos al alcance de un público general». El concepto empleado para crear esta etiqueta coincide en gran medida con el de texto divulgativo que, en palabras de Gutiérrez Rodilla (1998), es aquel donde, en contraposición a los escritos especializados, se restringen el contenido y la precisión del mensaje, todo ello con el fin de crear un discurso «específico, ligado a unas concepciones propias de elaboración y de difusión, a una tradición retórica y a unos fines diferentes» (p.321) que desemboque en el «trasvase de conocimientos desde el mundo de los científicos hasta el hombre de la calle» (p. 322). Dentro del ámbito

sanitario, Mayor Serrano (2003) divide este tipo de documentos en divulgativos transmisores de una cultura científica, y divulgativos de carácter instructivo. Entre los primeros, la misma autora (2007) agrupa los artículos de divulgación, los reportajes y los artículos periodísticos mientras que en el segundo grupo se cuentan las guías, folletos, libros temáticos y prospectos. Y es en estos documentos donde fundamentalmente podrán aplicarse las pautas de los artículos de este proyecto. Para reforzar este punto, he querido exponer algunas de las principales características que Mayor Serrano (2003) atribuye a los documentos divulgativos y que coinciden con los propósitos de las sugerencias recogidas en los artículos:

1– Instrucción

Definida en el Diccionario María Moliner (2012) como «aleccionar, enseñar, proporcionar a alguien conocimientos científicos o [como en muchos de estos casos] prácticos», la instrucción es un rasgo recurrente dentro de los documentos divulgativos. Este tipo de textos buscan principalmente informar al paciente y/o su entorno con el objetivo de inducirles a actuar de una forma determinada a partir de una serie de propuestas y pautas a seguir. En ese sentido, considero que las pautas orientadas a facilitar ese trasvase de información de forma eficaz deberían ser siempre bienvenidas, y es en esa dirección en la que se mueven los artículos que componen la columna vertebral de este proyecto.

2– Comunicación especializada externa

Este apartado se centra en el emisor y receptor de los documentos en cuestión. Según Mayor Serrano, (2003) los textos divulgativos, en general, suelen ser un proceso comunicativo entre especialistas o semiespecialistas y el gran público. Dicho de otro modo, se trata de dos polos que pueden abarcar agentes muy dispares, tales como periodistas, investigadores, empresas farmacéuticas u organismos sanitarios por un lado,

y especialistas o gente con un conocimiento intermedio, bajo o incluso nulo en la materia por otro. La asimetría aquí descrita por esta autora abre una brecha de conocimientos que suturar y hacia ello se encaminan las sugerencias que acompañan a cada uno de los artículos publicados.

3– Circunstancias de la recepción: interés y formación

Esta característica hace referencia a la razón o razones que llevan al lector a acercarse al texto. Si bien Mayor Serrano (2003) no considera la formación como una variable de peso dentro de este apartado, creo que si entendemos «formar» como la acción de «preparar intelectual, moral o profesionalmente a una persona o a un grupo de personas» (Real Academia Española, 2014) resulta difícil no ligar este concepto al propósito instructivo descrito con anterioridad y considerarlo pues como una de las motivaciones principales de los lectores a la hora de acceder a este tipo de documentos. Entre otros, y según lo establecido por la misma autora (2003), algunos de los motivos que suelen llevar a la lectura de estos documentos son:

- Obtener datos y consejos fundamentales sobre la enfermedad, como el origen o la forma de tratamiento o cómo actuar en determinadas situaciones inherentes o derivadas del trastorno.
- Informarse y conocer ideas básicas que faciliten y mejoren la comunicación con el personal médico o el acceso a un tratamiento adecuado.

A este respecto, cabe mencionar que los artículos escogidos para vertebrar esta tesis doctoral tienen, además de una clara orientación hacia la traducción y la interpretación, un fin divulgativo adicional, destinado a familiarizar a todo el que se interese por estos trabajos con parte de la terminología fundamental del campo de la salud mental y a desenmarañar algunas de las complejidades semánticas que estas

expresiones y términos encierran en ocasiones. En este punto, convergen de nuevo las características fundamentales de los textos médicos de carácter divulgativo, las líneas de investigación que recorren los tres artículos publicados y las pautas resultantes de los estudios.

Los datos y aspectos presentados hasta ahora enmarcan el conjunto de artículos que componen el núcleo de este proyecto, al mismo tiempo que refuerzan su validez. En un país como el nuestro, donde la inmigración tiene un peso indudable, es necesario permitir y facilitar el acceso de este colectivo a los servicios sanitarios. Si tenemos en cuenta la prevalencia de los trastornos mentales y lo delicado del lenguaje en este ámbito, la labor de traductores e intérpretes tiene un valor fundamental. A partir de aquí, cada artículo que se presenta se centra en aspectos concretos para poder generar una serie de conclusiones específicas. Los pormenores de cada trabajo así como el continuo que permite agruparlos como un esfuerzo común en una misma dirección se describen en el siguiente apartado, que presenta un resumen del compendio.

8. Resúmenes de los artículos

Como se apuntaba en el apartado 5, las investigaciones en TISP en nuestro país han crecido exponencialmente en los últimos años, dando lugar a estudios cada vez más avanzados, concretos y especializados. En esta misma línea, los artículos que forman el núcleo de este trabajo ajustan marcos teóricos generales a una realidad específica, la española, para generar una serie de pautas aplicables en principio a un ámbito concreto de la medicina (la salud mental) aunque, como se podrá comprobar posteriormente, extrapolables en algunos casos a otras disciplinas médicas. De este modo, se busca caminar en el sentido que marcan las investigaciones relacionadas con la traducción e interpretación en los SSPP. Con esto, se trata de abordar temas cada vez más concretos y cubrir necesidades que, en consonancia, resultan más específicas.

Antes de proceder al resumen y comentario de los artículos que principalmente nos ocupan, creo conveniente justificar el orden de esta sección del proyecto, ya que las publicaciones no se han organizado siguiendo un orden cronológico. En primer lugar, se analizarán los dos artículos que se centran, principalmente, en el ámbito terminológico. En este caso, el primero será «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental». Esta publicación trata varios aspectos terminológicos problemáticos de la traducción en nuestro campo de estudio y, por esta razón, lo considero una buena introducción al segundo trabajo: «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental». Este segundo artículo abunda en la misma línea que el anterior pero centrándose únicamente en un elemento concreto: el uso de términos técnicos con valor eufemístico. Esto posibilita una lectura en la que el enfoque se mueve de lo general a lo concreto y no al revés. Posteriormente, se resumirá y comentará el tercer artículo, «*Towards more*

positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting», que supone un salto desde la terminología específica hacia el campo de la pragmática. Este último artículo, más orientado al campo de la interpretación, conecta con los dos anteriores por las ramificaciones de estos hacia esta disciplina. Dado que los artículos completos pueden consultarse en el anexo, se han omitido las citas en los resúmenes para evitar reiteraciones innecesarias

8.1. «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental», *Onomázein: Revista de lingüística, filología y traducción de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 31, 265-281 (2015).

Este primer artículo busca analizar algunos de los aspectos terminológicos más conflictivos en lo referente a la terminología básica de salud mental y su representación en el par de lenguas inglés-español. El presente proyecto, en concreto, nace con una doble función y se encauza hacia dos posibles audiencias de destino. Por un lado, el trabajo va dirigido a traductores e intérpretes, a los que pretende sugerir ciertas pautas de actuación para transmitir el mensaje de una forma fácil de asimilar por el paciente inmigrante. Por otro, el presente trabajo se orienta también hacia el público general a fin de cumplir una misión divulgativa igual o incluso más importante: la de presentar y explicar a cualquier persona con un mínimo de interés en la materia algunos giros lingüísticos propios del ámbito de la salud mental e importantes para comprender mejor parte de la terminología, expresiones y referencias propias de esta rama de la salud.

El estudio se divide en dos partes claramente diferenciadas. En la primera, se presentan los puntos lingüísticos de conflicto alrededor de los cuales orbita el artículo. Para establecer dichos puntos, se compararon las versiones inglesa y española de la

Clasificación Internacional de Enfermedades -10 (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – IV (DSM- IV). Del mismo modo, se añaden algunos aspectos de estudio obtenidos de otras fuentes. Una vez leídos a fondo estos materiales, el principal criterio que se siguió a la hora de escoger los puntos a analizar fue que se tratara de aspectos relativamente comunes en el campo de la salud mental con los que traductores, intérpretes y pacientes pudieran encontrarse de forma recurrente o incluso habitual. Hecha la selección, esta primera sección del proyecto pasa a describir la problemática que los puntos de estudio generan en la lengua española. En este primer estadio, el proyecto tiene una orientación monolingüe acorde con el propósito divulgativo del artículo y que, al mismo tiempo, permite sentar las bases para la siguiente sección, que se construye a partir de los mismos problemas que aquí se presentan, a saber:

a) El empleo de las palabras «enfermedad» y «problema». Pese a que el empleo de «enfermedad» no puede considerarse incorrecto, se señala la preferencia por el uso del término «trastorno» para referirse a las afecciones propias del campo de la salud mental. Asimismo, se presentan los significados fundamentales con los que el personal médico especializado en este campo utiliza la palabra «problema».

b) Uso de «delirio», *delirium* y «delirante». Este apartado analiza las diferencias entre estos tres términos y, como consecuencia, se desaconseja el empleo del primero y se sugiere el uso de los dos restantes en la nomenclatura de trastornos o síntomas específicos como las «ideas delirantes».

c) Síntomas positivos. Este aparente oxímoron se emplea habitualmente en los diagnósticos realizados dentro del campo de la salud mental. La intención de este apartado es contraponer el significado habitual del adjetivo «positivo» con el de su utilización en este contexto, en el que se aplica a aquellos síntomas que reflejan procesos mentales anómalos a través de la exageración de una función o comportamiento del paciente.

d) El uso de la palabra «crónico». Las connotaciones negativas que acarrea esta palabra han hecho que se empiecen a buscar alternativas a su uso como la de «persistente». Sin embargo, el arraigo de este término en la nomenclatura relacionada con la salud mental hace que el consenso con respecto a qué hacer con su utilización no sea aún completo.

e) El empleo de los términos «pánico», «ansiedad» y «angustia». Estos términos generan significados muy próximos en el lenguaje específico del campo de la salud mental. A pesar de ello, existen matices diferenciadores entre ellos y divergencias en su uso dentro de los dos manuales en los que se centra el estudio. Este apartado presenta y explica estas distinciones y sus empleos más comunes, sentando las bases de potenciales confusiones derivadas de ocasionales usos (in)distintos, problemática que se aborda en la segunda parte del artículo.

f) Usos de las palabras «grave», «agudo» y «mayor». A pesar de las similitudes entre estos términos en el lenguaje coloquial, los tres tienen significados concretos y diferenciados dentro de la nomenclatura oficial. En este

apartado, se resaltan las principales diferencias y se ejemplifican las distinciones en su empleo dentro del ámbito de la salud mental.

Si la primera sección estaba destinada a exponer la problemática desde un prisma monolingüe, esta segunda parte respeta la misma estructura pero se centra en las posibles consecuencias de traspasar estos problemas a un contexto bilingüe con el par de lenguas inglés-español. De este modo, los puntos de análisis de esta sección se corresponden con los de la primera, a excepción del último, que analiza el uso peyorativo de la metonimia. En cada uno de estos puntos, se detallan las principales dificultades que pueden surgir al tratar de trasladar adecuadamente cada concepto de una lengua a otra. Además, cada una de estas dificultades viene acompañada de posibles soluciones destinadas a facilitar la asimilación del mensaje y la comunicación entre las partes, al mismo tiempo que se mantiene un equilibrio entre adaptación y precisión semántica. La sección concluye con un apartado en el que se presentan algunos condicionantes a tener en cuenta a la hora de extrapolar las pautas anteriores al campo de la interpretación. Así, esta segunda parte queda estructurada de la siguiente forma:

a) «Enfermedad», «trastorno» y «problema». La distinción en el uso que se da a estas palabras por parte de los profesionales del ámbito de la salud mental se mantiene en la lengua inglesa, siendo *disorder*, *disease* y *problem* los equivalentes empleados en esta lengua. *Grosso modo*, la pauta de actuación que se sugiere es mantener esta diferenciación y emplear el término «trastorno» para las afecciones propias de la salud mental, «enfermedad» para otras disfunciones médicas y «problema» para referirse a otro tipo de agravantes.

b) *Delirium*, «delirio» e «ideas delirantes». El choque entre el uso común del término «delirio» y el poco empleo que de él se hace por parte de los especialistas lleva a desaconsejar su utilización en traducciones e interpretaciones en cualquiera de los sentidos (inglés-español o viceversa), decisión que se sustenta en los siguientes argumentos:

1– Las versiones inglesas de los manuales analizados no incluyen la traducción de este término.

2– Limitar la variedad terminológica.

3– Eliminar del vocabulario utilizado un término con fuertes connotaciones negativas.

Así, los términos a emplear en relación a este apartado serían los siguientes:

delirium, «ideas delirantes»-*delusion*, «alucinaciones»-*hallucinations*.

c) Síntomas positivos y negativos. La enorme diferencia entre el significado coloquial de «positivo» y el que tiene cuando se habla de síntomas hace conveniente trazar alguna pauta aclaratoria que evite malentendidos. En este apartado, se presentan dos términos utilizados en salud mental muy próximos semánticamente a «positivo» y «negativo»: «productivo» (*productive symptoms*) y «deficitario» (*deficit symptoms*). Puesto que el término «productivo» todavía puede resultar confuso, las propuestas finales con respecto a este punto son, por un lado, utilizar el par «deficitario» y «no deficitario» y, por otro, emplear la opción «síntomas por sobreestimulación» para referirnos a lo que los profesionales llaman «síntomas positivos».⁴

⁴ Cabe subrayar que ninguno de los términos anteriores está reconocido oficialmente. La propuesta, sin embargo, se basa en el carácter divulgativo de los textos a los que podría aplicarse, en la necesidad de

d) Cronicidad y estigma. Las posturas encontradas con respecto al uso del término «crónico» aportan un valor añadido a posibles pautas que sugieran cómo lidiar con este término tanto en entornos monolingües como interlingüísticos. Si tenemos en cuenta el empleo oficial de «persistente» y la menor carga negativa de este adjetivo con respecto a «crónico», se defiende la utilización de la primera opción (y expresiones similares como «de larga duración» o «prolongado») en detrimento de la segunda, también en traducciones/interpretaciones hacia el inglés (*persistent, enduring*).

e) *Panic, anxiety* y sus complicaciones. Dada la proximidad semántica y el uso indistinto de algunos de estos términos en contextos similares, el principal aporte que se puede realizar al respecto se encuadra en una limitación terminológica que evite confusiones por parte del paciente. Si bien existe un amplio consenso en lo que respecta al par ansiedad-*anxiety*, la situación se torna más compleja cuando pasamos a abordar el término *panic* y su posible traducción como «pánico» o «ansiedad». La resolución de este problema se aborda desde dos frentes. En primer lugar, el significado general de la palabra «pánico», que acarrea connotaciones de mayor gravedad que el término «angustia». En segundo lugar, el argumento directamente relacionado con el anterior que aporta la CIE-10 al respecto: la palabra «pánico» resulta más apropiada para describir lo que sienten los pacientes durante un ataque de pánico o similar.

evitar la confusión del paciente y en la intención de trasladar el mensaje de una manera comprensible y unívoca, ya sea de forma oral o escrita.

En base a todo lo anterior, este apartado se cierra recomendando utilizar los pares ansiedad-*anxiety* y pánico-*panic*, así como restringir el empleo de «angustia» en nuestros ámbitos de aplicación.

f) Describiendo la gravedad del trastorno. Del uso en inglés de *severe* y *serious* para designar ciertos trastornos mentales se deriva una problemática que afecta a la traducción inglés-español. Las diferencias de significado entre los términos en inglés y equivalentes en español como «severo» y «serio», así como la propia nomenclatura encontrada en los manuales de estudio, aconsejan descartar los dos adjetivos anteriores en favor del término «grave». Este punto recoge otras pautas en el mismo sentido, como son los pares «agudo»-*acute*, «mayor»-*major*, «leve»-*mild* y «moderado»-*moderate*.

g) Metonimia peyorativa. Este punto se centra en el fenómeno consistente en nombrar al paciente a través de su trastorno. El uso de términos como «esquizofrénico» para referirse a una persona que padece este trastorno es altamente desaconsejable. Además de lo simplista e inapropiada que resulta definir a una persona por su enfermedad, esto fomenta la estigmatización del paciente, especialmente a ojos del público lego. A fin de evitar esta situación, se sugiere parafrasear el concepto, para lo cual se proponen distintas alternativas en ambas lenguas:

- 1– «paciente/persona con esquizofrenia» (*patients/people with schizophrenia*).
- 2– «paciente/persona que padece esquizofrenia» (*patients/people suffering from schizophrenia*).
- 3– «afectados por la esquizofrenia» (*people affected by schizophrenia*).

Finalmente, se presentan en el estudio ciertos matices y aspectos a tomar en consideración a la hora de aplicar algunas de las pautas anteriores al proceso de interpretación en contextos interlingüísticos/interculturales. Entre ellas, se cuentan las posibles dificultades a la hora de introducir una aclaración o la disyuntiva que puede presentarse entre parafrasear una expresión o emplear un término concreto.

Como ha pretendido demostrar este análisis crítico, este estudio presentaba algunos aspectos clave dentro de los múltiples puntos de interés y conflicto lingüístico que pueden surgir del choque entre la terminología propia del ámbito de la salud mental y un público lego que dé sus primeros pasos en este campo. Así, se ha creado un listado de aspectos a ampliar o sobre los que se pueden desarrollar investigaciones más profundas. Es precisamente en esta línea en la que se enmarca el siguiente de los artículos que vertebran esta tesis doctoral.

8.2. «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental», *Onomázein: Revista de lingüística, filología y traducción de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 27, 258-268 (2013).

Como dejan entrever los puntos tratados en el artículo anterior, el vocabulario, principalmente el empleado por parte de los servicios e instituciones sanitarias a la hora de dirigirse al paciente, constituye un elemento fundamental en la (buena) comunicación entre las partes. En este sentido, hemos podido comprobar cómo el uso de terminología técnica o específica en nuestro contexto de estudio, además de suponer un reto para traductores e intérpretes, puede dificultar la comprensión del mensaje por parte del paciente y su entorno, especialmente cuando entre las partes media una barrera

lingüística y/o cultural. Profundizando en esta línea de investigación, el siguiente artículo pasa a centrarse en un aspecto diferente de estos términos: el de su uso con carga eufemística. Como ya se anunciaba en el artículo anterior, la traducción de documentos divulgativos en el ámbito de la salud mental supone una búsqueda constante de armonía entre el uso de vocabulario específico y la adaptación lingüística a los conocimientos sanitarios de los destinatarios. El siguiente artículo, «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción e interpretación en el marco de la salud mental», es una aportación más a la búsqueda de este equilibrio, centrada en analizar el empleo con valor eufemístico de ciertos términos técnicos para intentar trazar una línea de actuación que ayude a los traductores y, por extensión, a los intérpretes a dirimir en qué ocasiones es recomendable un nivel mayor de precisión lingüística y en cuáles puede ser preferible una adaptación o reformulación del término en cuestión.

Como se exponía con anterioridad en el apartado 6.3, la relación entre el lenguaje y la salud mental ha sido y es, en muchos casos, compleja. Si en el aspecto físico el diagnóstico médico puede resultar tranquilizador, el caso de los trastornos mentales es diferente, dado que muchos afectados pueden interiorizar dicho diagnóstico como un golpe a su autoestima, pudiendo convertirse en una dificultad añadida a la hora de afrontar el trastorno. Esto lleva a algunos profesionales a «blanquear» el mensaje a través del empleo de eufemismos, o bien a tratar de suavizar el impacto mediante el empleo innecesario de términos excesivamente técnicos utilizados en detrimento de formas más sencillas y fáciles de comprender. Sobre este último grupo, al que se ha denominado «términos técnicos con carga eufemística», se estructura la parte central de este segundo artículo.

El primer paso que se recoge en el estudio es diferenciar estos términos técnicos con carga eufemística del eufemismo tradicional. Para ello, se realizó un análisis semántico de algunos términos de marcado carácter técnico a partir del cual se concluye que la principal diferencia entre ambos grupos es que, mientras los eufemismos tratan de distanciar al receptor de la realidad con un significante equívoco alejado del significado real, los términos técnicos con carga eufemística mantienen la relación entre significante y significado. En este caso, lo que se pretende es suavizar el mensaje a través de la complejidad de la palabra y el uso de un registro excesivamente técnico. La utilización de esta terminología puede estar justificada cuando no suponga un obstáculo para la comunicación entre las partes. Sin embargo, su empleo en un entorno generalmente asimétrico a nivel de conocimientos en el que además median barreras lingüístico-culturales entre las partes, puede ser cuestionable en algunos casos.

En esta línea, el siguiente paso en el artículo fue exponer algunas de las repercusiones que esta práctica puede suponer para la traducción y la interpretación en el ámbito de la salud mental. Las más obvias y fundamentales son la dificultad por parte del paciente extranjero para comprender el mensaje o los posibles malentendidos que se pueden generar. Dado el contexto en el que se centra este trabajo y partiendo de la premisa de que los traductores e intérpretes en los SSPP deben funcionar como un mecanismo de equilibrio en la comunicación entre las partes, podría resultar recomendable, en algunos casos, una simplificación en mayor o menor medida del término en cuestión que mejore la inteligibilidad del mensaje y facilite el intercambio de información entre emisor y receptor. Para ello, deberán tenerse en cuenta varios factores a la hora de traducir o interpretar.

Si nos centramos exclusivamente en el ámbito de la traducción, resulta esencial especificar la tipología textual sobre la que se trabaja. Tal y como recoge el propio

artículo y como se señalaba en el apartado 7, las investigaciones realizadas se orientan a textos de carácter divulgativo, de más fácil acceso para la mayor parte de la población y en los que la inteligibilidad del mensaje resulta fundamental para cumplir con su *skopos*. El propósito principal de este tipo de textos es, a grandes rasgos, el de transmitir información sobre un tema específico a una audiencia con un conocimiento limitado en la materia. Por tanto, el traductor deberá barajar, siempre de forma justificada, la posibilidad de adaptar parte del vocabulario para hacerlo comprensible por parte de los potenciales lectores. En este sentido y poniendo el foco sobre los términos técnicos con carga eufemística, se pueden distinguir distintos grados de complejidad. En muchas ocasiones, esta complicación terminológica resulta innecesaria de partida, puesto que se utilizan en detrimento de términos similares más sencillos o comunes. Es el caso del casi desconocido «enolismo» empleado como equivalente del más habitual «etilismo» (*ethylism*). En otros supuestos con alternativas menos evidentes, el traductor puede llevar a cabo por su cuenta un proceso de adaptación que, al mismo tiempo, conserve el significado del término original.

Esta simplificación del lenguaje podrá, en algunas ocasiones, graduarse dependiendo de las capacidades de la audiencia meta y de la necesidad (o no) de mantener ciertos matices técnicos. Para ejemplificar este proceso, el artículo analiza dos ejemplos concretos, *etiopathogeny* y *comorbidity* (y sus equivalentes en español, «etiopatogenia» y «comorbilidad») a partir de los que se genera una escala gradual enfocada a su simplificación. El artículo que aquí nos ocupa también recoge supuestos en los que esta simplificación no puede llevarse a cabo. En estos casos, se sugieren las siguientes pautas para suavizar la complejidad terminológica. Cuando los límites de espacio lo permitan, puede incluirse una explicación, ya sea entre paréntesis, a través de un conector explicativo o en una nota a pie de página. Otra posibilidad que se propone

es la de variar el orden oracional para situar la definición o aclaración antes que el término al que hacen referencia, estrategia que se ejemplifica en el artículo a partir de un caso real. Lo que se busca conseguir con esta modificación es que la atención del lector recaiga sobre el concepto y no sobre su significante, lo cual permite una toma de contacto más sencilla y puede favorecer la inteligibilidad del pasaje en cuestión.

En lo que respecta a las interacciones orales, el uso, afortunadamente cada vez más escaso, de terminología excesivamente específica, puede, igual que en comunicaciones escritas, hacer más difícil para el paciente comprender su sintomatología, factor que puede potenciarse cuando a la brecha de conocimientos se le añaden barreras lingüísticas y/o culturales. En estos casos, la labor del intérprete resulta extremadamente compleja. Para intentar solventar las dificultades derivadas del empleo de este tipo de terminología, se sugieren los siguientes pasos. En primer lugar, determinar el tipo de interpretación a seguir. Dentro del binomio *relaying others' talk* y *co-ordinating others' talk* propuesto por Wadensjö en 1998, la opción más adecuada en el contexto que nos ocupa sería, probablemente, la primera, puesto que otorga al intérprete la posibilidad (y responsabilidad) de reformular el mensaje para, sin variar el contenido, ajustarlo a las necesidades y capacidades del paciente inmigrante. El uso de este enfoque se justifica a través de varios argumentos expuestos con anterioridad como la fluidez de la comunicación o la inteligibilidad del discurso.

Además, expertas como Bot defienden la inclusión del intérprete como parte activa de la conversación y como canal hacia el entendimiento mutuo, tarea para la que, en muchas ocasiones, la traducción literal del mensaje resulta insuficiente o inadecuada. En este sentido, la misma autora establece una importante diferencia entre transgresión y violación de las fronteras de la traducción y la interpretación en este campo. Según Bot, son violaciones las prácticas que traspasan los límites éticos con un impacto

negativo sobre el paciente y su ulterior tratamiento, mientras que se consideran transgresiones las desviaciones de la norma en beneficio de los interlocutores y, especialmente, del afectado. Con esta distinción en mente y habiendo ya escogido el modelo de interpretación a seguir, deben tomarse en consideración al menos otros dos aspectos fundamentales: el nivel lingüístico y el nivel cultural (entendido como conocimientos en la materia en este caso) del paciente extranjero.

Con todos estos elementos en la mano, el proceso de interpretación aplicado a los términos técnicos con carga eufemística deberá buscar equivalentes que conserven cierta especificidad pero que, al mismo tiempo, sean comprensibles por parte de un paciente con el que median barreras lingüísticas y/o culturales. Esto evita, entre otros, problemas como la necesidad constante de aclaraciones (y la consecuente complicación de la comunicación) o la posible pérdida de confianza en el personal médico por parte del paciente. En aquellos casos en los que el intérprete no pueda simplificar el término en cuestión, es preferible solicitar al profesional médico que reformule el mensaje antes que arriesgarse a emplear una terminología inadecuada que pueda confundir al paciente en futuras interacciones.

8.3. Conclusiones clave extraídas de los artículos 1 y 2

De estos dos primeros trabajos, pueden extraerse diversas conclusiones, algunas propias de cada artículo y otras comunes a ambos textos. Entre estas últimas cabe destacar, por un lado, el valor de conocer la complejidad y particularidades del lenguaje en el ámbito de la salud mental y, por otro, la importancia de estrategias que permitan formular y transmitir el mensaje de una forma precisa pero a la vez comprensible por parte del paciente extranjero.

En relación con estas dos ideas compartidas y fundamentales, cada artículo presenta una serie de conclusiones particulares. El hecho de dividir el primer estudio en varios puntos que se abordan por individual hace posible que cada uno de ellos venga acompañado de una conclusión o pauta derivada de los fundamentos teóricos presentados. Así, para evitar una repetición innecesaria de lo expuesto anteriormente, he creído conveniente concentrar las conclusiones de ese artículo en varios puntos concatenados:

- 1– La esfera lingüística de la salud mental es particular, no solo por su terminología específica, sino también por potenciales consecuencias de su uso como el miedo a la estigmatización o la incomodidad del interlocutor; los puntos recogidos en el artículo son solo una muestra de esta complejidad.
- 2– El análisis y estudio de dichos puntos posibilita que todo lector con interés en este ámbito de la salud conozca algunas de las más básicas peculiaridades y problemas que encierran los usos de la lengua en la salud mental.
- 3– Este conocimiento les permite familiarizarse con su significado y razón de ser, ampliar sus conocimientos y, en consecuencia, convertirse en parte de una sociedad más comprensiva y concienciada con estos trastornos.
- 4– Las pautas establecidas, orientadas a traductores y, en menor medida, a intérpretes que dan sus primeros pasos en un campo tan específico como este, ofrecen distintas posibilidades y estrategias para facilitar la comunicación entre las partes cuando entre estas media una barrera lingüística y/o cultural.

Del segundo artículo, «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental», se pueden extraer las siguientes conclusiones principales:

1– El empleo de expresiones eufemísticas en el ámbito de la salud mental puede suponer un importante obstáculo entre el personal médico y el afectado (y su entorno). Dentro de este grupo de expresiones, nos podemos encontrar con el uso de eufemismos tradicionales y lo que en el artículo se denomina como «términos técnicos con carga eufemística».

2– El empleo de estos últimos puede dificultar al paciente la comprensión del trastorno que padece y, en ciertos casos, minar su confianza en el sistema de salud que le da cobertura. La situación puede tornarse más compleja cuando además media una barrera lingüística y/o cultural entre las partes.

3– Las estrategias propuestas en el artículo y resumidas anteriormente, buscan establecer un marco comunicativo acorde con las necesidades del destinatario, en el que se fomente la inteligibilidad del mensaje y se suturen las brechas que puedan existir a nivel lingüístico-cultural o de conocimientos. Un marco de estas características favorece que un público normalmente lego en la materia reciba información de manera eficaz y que el entendimiento entre las partes implicadas resulte positivo.

8.4. «Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting», *Babel, International Journal of Translation*, 60(4), 464-486 (2014).

Como veíamos anteriormente, este artículo pasa a poner el foco sobre el ámbito de la interpretación. Este trabajo surge como respuesta a la falta de estudios empíricos contrastando las opiniones de intérpretes y personal médico en contextos concretos, en este caso, las interacciones orales a tres bandas dentro del ámbito de la salud mental en nuestro país. En este sentido, el estudio busca alcanzar tres objetivos primarios

íntimamente ligados. Por un lado, se busca describir y analizar la importancia de distintos aspectos pragmáticos en la interacción y por otro, recoger y contrastar las opiniones de personal médico e intérpretes al respecto con el fin de buscar puntos de encuentro y desencuentro y tratar de obtener información que permita establecer ciertas pautas que puedan redundar en beneficio de la comunicación entre las partes.

La primera parte del artículo, eminentemente teórica, presenta los distintos elementos de la pragmática sobre los que se estructurarán ulteriores secciones del artículo. Dentro de los múltiples aspectos que componen esta disciplina, se escogen algunos de los fundamentales para tratar de crear un marco comunicativo ideal a tomar como referencia contra la que, posteriormente, contrastar la realidad de las interacciones a tres bandas en el ámbito de la salud mental. Para constituir este marco, se utilizan el Principio de Cooperación (*Cooperative Principle*) de Grice, la Teoría de la Relevancia (*Relevance Theory*) de Sperber y Wilson y la Teoría de la Cortesía (*Politeness Theory*) de Brown y Levinson. Antes de proseguir, conviene señalar que el artículo incluye varios ejemplos de la aplicación de estas líneas teóricas omitidos en este resumen.

La primera de las teorías utilizadas, el Principio de Cooperación, parte de una premisa fundamental: que hablantes e interlocutores colaboren a la hora de comunicarse y construyan un intercambio acorde a las circunstancias que lo condicionan. Este principio, se estructura sobre 4 máximas: cantidad, calidad relación y manera. Su perfecta combinación daría como resultado un intercambio de información relevante, apropiado, creíble y fácil de comprender. Sin embargo, este paradigma es complicado de alcanzar; es por ello que Grice contempla varias violaciones de estas máximas: violación encubierta, supresión abierta de las máximas, incumplimiento o violación abierta o conflicto entre máximas. La existencia de estas violaciones deja claro que, en

muchas ocasiones, existe una diferencia (mayor o menor) entre «lo que se dice» y «lo que se comunica».

Para abordar este punto, el artículo introduce la Teoría de la Relevancia de Sperber y Wilson, presentando en primer lugar lo que estos autores definieron como «ostensiones» e «inferencias». Las primeras hacen referencia a la producción por nuestra parte de un significado añadido al discurso, mientras que las segundas se centran en la interpretación de este significado. A estas ostensiones habría además que sumar el resto de factores que condicionan el significado del discurso. Este subconjunto es lo que Sperber y Wilson consideran el «contexto». La combinación de todos estos factores implica que en la mayor parte de las ocasiones, al sentido de un supuesto se le añade otro u otros que lo complementan (pudiendo, por ejemplo, reforzarlo o contradecirlo). En consecuencia, se puede argumentar que con el fin de obtener el significado total del mensaje, en estos casos deberemos analizar su forma semántica o «código» junto a las ostensiones añadidas por el hablante dentro de un contexto concreto.

Ante la eventualidad de que estas ostensiones sean, en algunos casos, incoherentes o simplemente irrelevantes, tanto Grice como Sperber y Wilson esgrimen el presupuesto de relevancia y el consiguiente argumento: a los participantes en una conversación se les supone, no solo la intención de comunicar, sino también de hacerlo de la forma más económica y relevante posible, lo que, en principio y en teoría, limita la emisión de ostensiones irrelevantes. En este sentido, el artículo considera que esta idea resulta útil y válida para construir un marco que, como ya se ha mencionado anteriormente, es únicamente un paradigma a partir del que contrastar la realidad.

Además de la intención de cooperar y ser relevante, existen por supuesto otros factores que condicionan las interacciones orales. Uno de ellos, sin duda de gran importancia, es la cortesía verbal. Para integrar este factor en el artículo, se ha optado

por seguir las líneas marcadas por Brown y Levinson, cuyas teorías comulgan con las de Grice al presuponer la racionalidad y eficacia a todo diálogo contemplando, no obstante, ciertas desviaciones a esta norma entre las que se cuentan las relacionadas con la cortesía. Es en este punto donde cobran importancia los conceptos de «imagen» y «estrategias de cortesía», explicados con más detalle en el artículo. Estas estrategias pueden, en ciertas ocasiones ejemplificadas en el propio artículo, entrar en conflicto con el Principio de Cooperación. En estas circunstancias, el hablante deberá escoger cuál de los dos debe primar por encima del otro. Sin embargo, a la hora de crear un marco ideal para la comunicación oral en el ámbito de la salud mental, la cortesía no debería ser un obstáculo para una comunicación eficiente. Por ello, desde un prisma pragmático, las máximas de cooperación deberían en principio prevalecer sobre las normas de cortesía.

A partir de lo expuesto hasta ahora se puede establecer que un marco comunicativo ideal debe basarse en la intención de los hablantes de ser cooperativos y relevantes en sus intervenciones. Dentro de estos márgenes, los interlocutores emitirán distintos mensajes cuya intención final debemos inferir de la interrelación entre los tres niveles de significado que contienen: expuesto, presupuesto y sobreentendido (definidos también en el artículo). Dentro de este marco, se aceptan, además, una serie de desviaciones relacionadas con la imagen social que intentan proyectar los hablantes, siempre que estas no rompan el propósito de transmitir una información creíble y relevante para la otra parte.

Sobre este paradigma actúan, sin embargo, algunos condicionantes propios de las interacciones entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental. Entre los más destacados, cabe subrayar algunos ya mencionados anteriormente en este proyecto, como son el miedo al estigma o la falta de conocimientos específicos por parte del paciente. Del mismo modo, se pueden añadir otros nuevos como la falta de

interés de parte del personal médico en la opinión del afectado o la escasa implicación en su tratamiento de estos últimos en algunos casos. Estos y otros factores entran en conflicto directo con las bases de nuestro marco comunicativo, pero existen ciertas pautas que pueden ayudar a evitarlos. Entre ellas, cabe destacar algunas como mostrar empatía, respeto y apoyo, favorecer la formulación de preguntas y aclarar cualquier duda en ambos sentidos, asegurarse de que el paciente entiende lo que se ha dicho o dar todas las explicaciones necesarias para aclarar, por ejemplo, conceptos confusos. En un «triálogo» interlingüístico, el intérprete puede juzgar un papel fundamental en este sentido y es por ello que el papel que debe desarrollar es una de las principales preguntas de las encuestas en las que se centra la segunda parte del artículo.

Este sondeo se elaboró a partir del marco teórico descrito anteriormente y está formado por dos encuestas (una dirigida a los intérpretes y otra a personal médico especializado) llevadas a cabo a principios de 2012⁵. Las preguntas de la primera se centraban en los siguientes aspectos: relevancia de la información transmitida, el tratamiento (formal o informal) entre las partes, el ritmo del discurso, el enfoque a adoptar por parte de los intérpretes y algunas de las estrategias que estos deberían emplear. En lo que respecta al personal médico, las preguntas realizadas abordaban los mismos temas, incluyendo otros como la velocidad en el intercambio de turnos o el registro habitual utilizado durante la interacción. Además, en toda cuestión se les preguntaba sobre cuál creían que debía ser el comportamiento del intérprete al respecto.

Entre las conclusiones a las que condujo la encuesta, expuestas con mucho más detalle en el artículo, cabe destacar las siguientes. En primer lugar, conviene subrayar que varios objetivos a cumplir en las interacciones personal médico-paciente en el ámbito de la salud mental como son lograr una relación de confianza mutua, establecer

⁵ Para más detalles se recomienda consultar el apartado 2 del artículo «*Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting*».

un intercambio de información preciso y relevante o alcanzar puntos de acuerdo entre las partes son fácilmente relacionables con el marco ideal dibujado en este artículo y, por tanto, demuestran la importancia de la pragmática en este tipo de interacciones. Si nos centramos en los resultados de la encuesta, podemos extraer varias conclusiones. Entre los factores que se ajustan a nuestro paradigma comunicativo se cuentan los porcentajes de información relevante que intercambian los interlocutores y, por lo general, el ritmo de las intervenciones, ajustado a las necesidades de las partes. En el lado contrario, la ambigüedad y desorden en el discurso del paciente o su deseo de preservar una imagen positiva de cara al personal médico con el que interactúa serían las principales brechas en el marco ideal establecido. Para otros factores como la duración de cada una de las intervenciones o la velocidad en el intercambio de turnos entre los interlocutores no se pudo obtener una opinión mayoritaria. Sin embargo, esto no implica que los datos obtenidos en estos puntos no sean útiles para establecer las ulteriores estrategias que se presentan en los siguientes párrafos.

A partir de la información recogida a través de la encuesta se han podido obtener varios datos de interés para los intérpretes y establecer un conjunto de pautas que pueden servir para mejorar la comunicación entre las partes. En primer lugar, la concurrencia de turnos de palabra breves y largos hace que los intérpretes deban estar preparados para lidiar con ambos casos. En la misma línea, saber que el discurso del personal médico tiende a ser más homogéneo que el de los pacientes, más impredecible, es una información valiosa para el intérprete, ya que le permite anticipar, hasta cierto punto, el momento en el que deberá o no intervenir. Por otro lado y pese a que los datos no son del todo concluyentes, puede aventurarse que las conversaciones en este contexto tienden a desarrollarse a una velocidad intermedia, lo que aporta dos piezas de información relevantes a la hora de interpretar: 1) el discurso tiende a fluir a un ritmo

en el que al intérprete le será fácil captar el contenido del mismo y, en consecuencia, 2) no tendrá que interrumpir constantemente al hablante para solicitar una aclaración.

Entrando en otros aspectos de la interacción, la encuesta y su posterior análisis establece que los intérpretes deberán interpretar cualquier información que reciban, la consideren o no necesaria, puesto que puede ser relevante para el personal médico. Con respecto al tratamiento, ya sea formal o informal, que emplean las partes a lo largo del diálogo, se recomienda que el intérprete siga las empleadas por los hablantes, al mismo tiempo que se le previene de que éstas pueden variar incluso dentro de la misma interacción.

En cuanto a la reformulación del mensaje, las estrategias a seguir dependen de la dirección del discurso: cuando se interpreta el mensaje del personal médico hacia el paciente, el intérprete puede adaptarlo o reformularlo para hacerlo comprensible para el destinatario. Por contra, cuando el hablante es el paciente, la fidelidad al discurso original es más importante y, pese a que el personal médico podría tolerar pequeños cambios destinados a mejorar la comunicación, el intérprete debe tratar de reducir a lo indispensable las modificaciones y respetar incluso la ambigüedad, el desorden en el discurso o las vacilaciones, en tanto en cuanto pueden contener información valiosa para el profesional sanitario.

Por último, conviene destacar el apoyo mayoritario al papel activo del intérprete y a la aportación de su experiencia a la interacción, lo cual refuerza una de las principales ideas que mi investigación defiende a lo largo de esta tesis doctoral: el hecho de considerar al traductor y al intérprete en el ámbito de la salud mental como facilitadores y partícipes de la comunicación entre personal médico y pacientes extranjeros, y no simples mecanismos automatizados que se limitan a sustituir palabras en una lengua original por equivalentes en una lengua meta. Los beneficios de aplicar

este enfoque a la interpretación en el ámbito de la salud mental, como se explica en profundidad en el artículo, son múltiples, destacando, entre otros, el intercambio de una información adecuada a las necesidades de cada una de las partes, la descodificación de conceptos, gestos y actitudes marcados culturalmente, o el incremento de las posibilidades de crear un entorno conversacional cooperativo y de confianza mutua. En este sentido, puede resultar recomendable que el intérprete anuncie su rol en la conversación antes de que esta comience, con lo que evitaría posibles malentendidos.

9. Pautas extraídas de los artículos: argumentos adicionales

Las conclusiones obtenidas se fundamentan en una serie de principios teóricos presentes en los propios artículos y, por tanto, ya explicados. Pero al margen de esos argumentos y de los presentados en las primeras secciones de este trabajo, estas pautas de actuación se sustentan y justifican desde otras líneas teóricas. Cuando definíamos la tipología textual a la que pertenecen los documentos hacia los que se dirige el estudio, se hacía mención a la función informativa de los mismos. Partiendo de esta premisa y de acuerdo con este propósito central, la cultura y el nivel de conocimientos del receptor son, sin duda, factores fundamentales a tener en cuenta para desarrollar un texto que cumpla su objetivo principal.

Como apunta Cassany (1995), la ausencia de un contexto (entendemos que intelectual y/o profesional) compartido entre el autor y el lector es uno de los principales escollos con los que se encuentra el receptor a la hora de comprender un texto complejo o centrado en una materia que nos es poco familiar. Además y según el mismo autor (ibíd.), la importancia de la inteligibilidad de una información debe ser directamente proporcional al grado en la que esta afecta a la vida del ciudadano, y no debemos olvidar que es de salud de lo que, a fin de cuentas, estamos hablando. Por ello y por la complejidad que representan en la labor del traductor los términos presentados a lo largo del proyecto, el enfoque «adaptativo» que se propone queda perfectamente justificado, en especial cuando la comunicación se dirige a la persona o personas menos formadas en la materia (el/los pacientes y su entorno en nuestro caso).

No debemos tampoco olvidar que varios factores fundamentales como que el paciente pueda conocer y comprender su trastorno, seguir adecuadamente un tratamiento o tomar decisiones juiciosas con respecto a su salud (Parker, Ratzan y Lurie, 2003) también dependen en gran medida de la información que reciban y, sobre todo, de

la que sean capaces de asimilar. Las pautas propuestas anteriormente son un intento más por suturar la brecha de conocimientos entre las partes, si bien otras medidas simultáneas como impulsar programas de concienciación sobre los peligros de la desinformación, una mayor presencia de la salud en el sistema educativo o la creación de campañas de prevención del desconocimiento en materia sanitaria son igualmente necesarias para paliar esas deficiencias (ibíd.). Sin embargo, mientras que todas esas medidas deben determinarse en esferas ajenas a la lingüística, los traductores e intérpretes sí que tenemos la posibilidad de construir un mensaje cada vez más adecuado a las características y necesidades de la audiencia de destino. Y es en esta línea en la que se enmarcan las propuestas recopiladas anteriormente.

Las adaptaciones que buscan potenciar la inteligibilidad del mensaje no son, por supuesto, un concepto nuevo. Dentro de esta corriente existen ejemplos sólidos⁶ con un largo recorrido, como el caso del *Plain Language Movement*, surgido y desarrollado en EEUU. Este movimiento, nacido en los años 70 con el propósito de emplear un lenguaje menos burocrático en los documentos de distintos departamentos del gobierno federal, desembocó en la *Plain Writing Act* de 2010, que obliga a las agencias gubernamentales a redactar los documentos de acceso público utilizando un estilo fácilmente comprensible (Locke, 2004). Estas prácticas afectan también al *Department of Health and Human Services* y, por ende, al campo de la salud, ámbito para el que el gobierno recomienda «una comunicación clara y en lenguaje llano en relación a la información y servicios sanitarios [que ayude] a crear y promover conocimientos médicos [entre la ciudadanía]» («*Popular Topics: Improving Health Literacy*», 2015, mi traducción). En línea con este movimiento, tanto miembros de la comunidad médica, (Doak, Doak y

⁶ Otros ejemplos destacables son la *Plain English Campaign* (www.plainenglish.co.uk) impulsada en el Reino Unido desde 1979 y enfocada a la simplificación del lenguaje en muy distintos ámbitos o, en el plano judicial, el grupo de trabajo iberoamericano Justicia y Lenguaje Claro (2015a; 2015b) cuyas iniciativas se orientan a facilitar la comprensión de documentos y acabar con el lenguaje excluyente en documentos jurídicos.

Root, 1996; Weiss, 2007) como investigadores del ámbito lingüístico (Fry, 1990; Chall y Dale, 1995) demuestran que el uso de un lenguaje sencillo y convencional redundaría en beneficio de la inteligibilidad de los documentos, influyendo positivamente en las posibilidades de que el receptor lo comprenda de forma adecuada. Aplicar estas ideas al proceso traductológico de documentos divulgativos de carácter instructivo permite al traductor simplificar segmentos o términos que puedan considerarse excesivamente complejos para facilitar la descodificación del mensaje por parte de un lector generalmente lego en la materia.

En sentido similar al del párrafo anterior, encontramos otros ejemplos que se mueven en la misma dirección de las pautas propuestas: es el caso del informe elaborado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* en 2012 o de los manuales de buenas prácticas clínicas como el desarrollado por Weiss (2007). Todos ellos señalan la redacción, publicación y difusión de materiales culturalmente adecuados como una de las principales medidas en pro de una mejor atención sanitaria a la población inmigrante. Si bien las medidas de estas iniciativas se aplicaban en principio dentro de una misma lengua, su idea seminal de facilitar el acceso del lector a una información claramente relevante concuerda perfectamente con el enfoque de este trabajo, y es fácilmente extrapolable al campo de la traducción, caso en el que el traductor sería el encargado de llevar a cabo la adecuación lingüístico-cultural del documento. La elaboración de este tipo de materiales supone, a fin de cuentas, suturar, al menos parcialmente, la brecha lingüística y de conocimientos que media entre emisor y receptor. Este hecho aporta, en el ámbito de la salud mental, beneficios tan importantes como un mejor reconocimiento de los trastornos mentales, una mejor comunicación con el personal médico, la pérdida del miedo a la medicación o un incremento en las

posibilidades de buscar la ayuda adecuada (Jorm *et al.*, 1997; Jorm, 2000; Kelly, Jorm y Wright, 2007 entre otros).

En lo que respecta a la interpretación, seguir las líneas teóricas y el enfoque defendidos a lo largo del proyecto reafirma la figura del intérprete como partícipe de la conversación. Su colaboración activa aporta una nueva perspectiva a los pacientes de origen extranjero y al personal médico, necesaria para desarrollar tanto niveles de entendimiento mutuos que van más allá de la simple traducción literal de los términos (Mudarikiri, 2003) como un clima de confianza entre las partes implicadas (véase apartado 8.4). Esto resulta de vital importancia en un contexto en el que una de las partes se acerca a un campo complejo con unos conocimientos probablemente limitados; en estas circunstancias, las manos que lo acompañen pueden ser la diferencia entre una postura abierta o una actitud negativa y de rechazo a la hora de afrontar el trastorno. Se ha demostrado que factores como la esperanza o el optimismo actúan como amortiguadores en contra del trastorno mental (Luciano, Páez-Blarrina y Valduvia, 2006) y resulta lógico deducir que el clima que puede ayudar a crear un lenguaje y una comunicación apropiados puede jugar un papel importante a la hora de reforzar estos sentimientos.

Dicho de otra manera, un paciente que comprende a lo que se enfrenta, se siente escuchado, conoce los principales rasgos de su trastorno y se siente partícipe de su tratamiento abandonará el centro de salud más seguro de lo que tiene que hacer y será probablemente mucho más propenso al optimismo y a adherirse al tratamiento establecido que aquél que no ha entendido nada y sale con más dudas de las que tenía al entrar (McCray, 2005). Cuando el paciente habla un idioma diferente y/o proviene de una cultura distinta a la del personal médico, el papel del intérprete como posibilitador de este resultado satisfactorio es fundamental. Del mismo modo, el profesional sanitario

involucrado en un «triálogo» interlingüístico podrá proporcionar una mejor atención médica si es consciente de las implicaciones conversacionales que en principio escapan a su conocimiento. En definitiva, los intérpretes, como puente entre dos lenguas y culturas diferentes pero también como nexo entre dos niveles de conocimiento distintos, son una pieza clave en el proceso de información y tratamiento y su rol es, en consecuencia, de vital importancia.

10. Continuidad: proyección de las líneas de investigación

Los temas tratados en los artículos y la forma en la que estos han sido desarrollados son algunas de las posibles líneas de investigación en las que se puede profundizar dentro de la traducción e interpretación en el ámbito de la salud mental. Los caminos más lógicos a seguir a partir de lo expuesto hasta ahora podrían pasar por profundizar en los conceptos que se han ido desarrollando a través, por ejemplo, de un trabajo de campo con una muestra aún mayor o la inclusión de nuevos aspectos conversacionales en la búsqueda de puntos de encuentro entre intérpretes y personal sanitario. Sin embargo, existen muchas otras direcciones hacia las que orientarse. Tanto la cantidad de elementos comunicativos que conforman las comunicaciones a tres bandas en este contexto (los términos marcados culturalmente, la legibilidad de documentos escritos o la actitud y reacción del intérprete ante distintas situaciones o imprevistos) como el estudio de su uso y/o aplicación en contextos globales o en otros de carácter más local dotan a este campo de múltiples posibilidades y líneas de investigación a desarrollar en otros trabajos. Si a esto sumamos los datos expuestos en la introducción referentes a la prevalencia de los trastornos mentales y la importancia de las corrientes migratorias hacia occidente, profundizar en esta área de estudio se convierte además en un trabajo de gran utilidad y enorme potencial práctico.

En esta sección del proyecto he querido desarrollar una de las líneas que se anunciaban en las hipótesis de partida: la importancia de elementos no verbales en la interpretación en el ámbito de la salud mental. Con esto, además de demostrar a través de un ejemplo real el potencial de desarrollo del campo de trabajo dentro del que se ha elaborado esta tesis doctoral, se pretende dotar al proyecto de un mayor equilibrio, equiparando en importancia la traducción y la interpretación, disciplina a la que, hasta este momento, se había dedicado un menor espacio.

Como se anunciaba en el párrafo anterior, una de las posibilidades y ramificaciones investigadoras que presentan las líneas de trabajo que se han seguido para desarrollar los artículos centrales de esta tesis doctoral son ciertos aspectos no verbales que intervienen en la conversación. Como ya se dejaba entrever en el tercer artículo, los elementos no verbales tienen un peso indudable en nuestras interacciones. De hecho, varios estudios establecen que alrededor de un 70% de nuestra comunicación es no verbal (Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers y El Harrak, 2009). Estas cifras han despertado mi interés por profundizar en el estudio del impacto de los elementos no verbales en el proceso de interpretación. Y es que los «triálogos» bilingües/biculturales suelen generar un escenario comunicativo más complejo en este sentido, ya que el significado de los elementos no verbales tiende a variar de una cultura a otra (Qureshi, 2009). Ante estas situaciones, el intérprete debe convertirse en el enlace encargado de descodificar y trasladar apropiadamente el significado de estos elementos (ibíd.)

La importancia de esta tarea se multiplica en un ámbito como el sanitario donde es la salud de la gente lo que está en juego y, por lo tanto, una comunicación efectiva entre personal médico y paciente es esencial para tomar las decisiones apropiadas (Simpson *et al.*, 1991; Stewart, 1995). Sin embargo, llevar a cabo la interpretación de elementos no verbales en una interacción a tres bandas no es una tarea sencilla, puesto que requiere habilidades específicas y un enfoque concreto de la interpretación en el ámbito sanitario. A este respecto, investigadores como Angelelli, Davidson, Clifford (Jacobson, 2009) o el grupo liderado por Miletic (2006), apoyan la importancia de incluir la competencia interaccional en el proceso de interpretación, subrayando la ineficacia de un modelo palabra-por-palabra cuando el objetivo es (o al menos debería ser) trasladar el contenido último y verdadero del mensaje.

Ante la indudable importancia de los elementos no verbales en la conversación, los manuales de buenas prácticas para intérpretes sanitarios ya incluyen algunas pautas y aproximaciones iniciales con respecto a cómo abordarlos. Sin embargo, debo mostrarme de acuerdo con Jacobson (2009) cuando afirma que estos aspectos deben estudiarse en mayor profundidad para desarrollar e implementar directrices cada vez más apropiadas y efectivas. Por ello, en línea con las hipótesis y objetivos de este proyecto, he querido completar esta tesis doctoral comparando varios manuales de interpretación para contrastar su tratamiento de los elementos no verbales en el ámbito sanitario y por extensión, en el campo de la salud mental. Los trabajos escogidos para esta tarea son los manuales *Medical Interpreting Standards of Practice* [International Medical Interpreters Association and Education Development Center (IMIA), 2007], *Working with interpreters: Guidelines* (Queensland Health, 2007) y *National Standard Guide for Community Interpreting Services* (Healthcare Interpretation Network, 2007) a los que, en adelante y a fin de evitar redundancias, nombraré como manual 1, manual 2 y manual 3 en orden de mención. Además de por su énfasis en el ámbito sanitario y su tratamiento de elementos no verbales, existe otra razón por la que escoger estos manuales y no otros, y es la de comparar las directrices establecidas en países como Australia, Canadá y EEUU que, como se ha establecido previamente en el apartado 5, son pioneros y puntales de la interpretación en los servicios públicos.

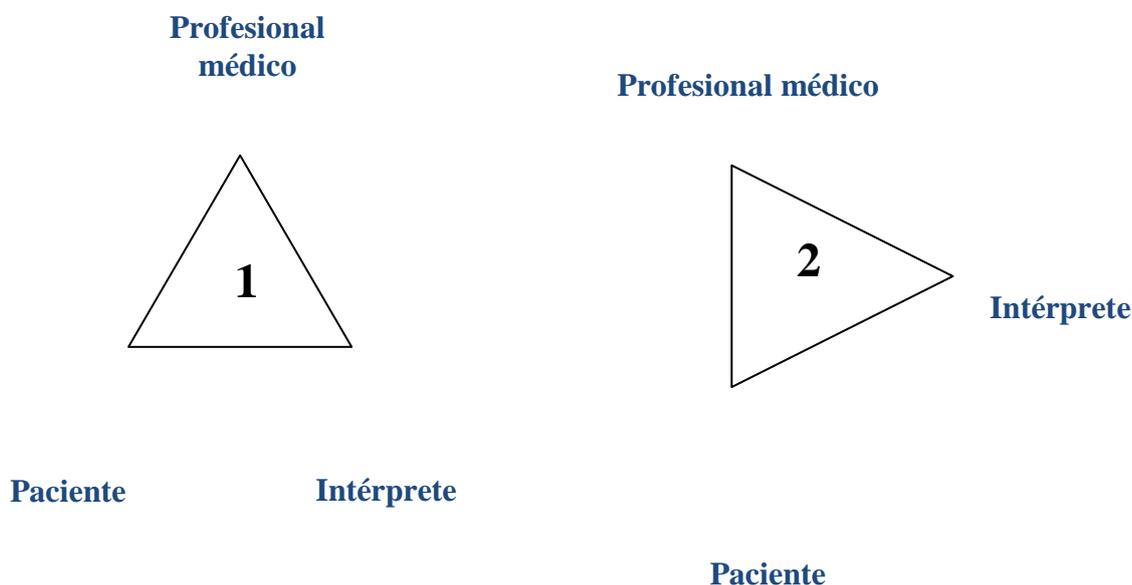
El análisis de estos estándares de actuación se ha dividido en dos partes: aspectos presentes en los manuales y aspectos ausentes en los mismos. Dentro de los primeros, como recoge Fernando Poyatos (1997; 2002a; 2002b) se incluyen la distribución en el espacio de los hablantes, el contacto visual y los rasgos particulares de la voz mientras que entre los segundos se cuentan las vacilaciones, los silencios, la quietud y los somatoadaptadores. A partir de esta comparativa y siguiendo la línea de

los artículos que componen el núcleo de esta tesis doctoral, se intentará desarrollar algunas sugerencias que puedan resultar de utilidad a los intérpretes a la hora de encarar su labor.

Los primeros aspectos a los que sí se acercan los manuales son la distribución espacial de las partes y el contacto visual. Estos dos elementos están intrínsecamente relacionados y la mayor parte de las pautas sugeridas en los documentos analizados coinciden. Todos apoyan la interacción directa entre el profesional médico y el paciente inmigrante, mientras que para los intérpretes recomiendan prestar atención al lenguaje corporal y los gestos de los interlocutores para así trasladar el significado de estos elementos de forma adecuada. Si tenemos todo esto en cuenta, los manuales 1 y 2 concluyen que la posición ideal de las partes es aquella en la que el intérprete puede ver al profesional médico y al paciente a la vez que estos pueden verle y escucharle a él.

Los patrones basados en estas directrices cuentan con un gran apoyo. Por ejemplo, autores como Viaggio (1997) explican que los intérpretes necesitan ver lo que están oyendo y a quien les está oyendo. Esta idea refrenda las recomendaciones incluidas en los manuales como prácticas apropiadas. Sin embargo, un problema surge al tratar de determinar una distribución espacial específica ya que, aunque apropiadas y efectivas en principio, las medidas sugeridas abren posibilidades bien distintas. Por ejemplo, el manual 2 recomienda dos posibles modelos que no resultan igualmente prácticos:

Distribución de los interlocutores (representación preparada por el autor)



El principal hándicap del primer modelo es que implica la pérdida potencial de ciertos matices, en tanto en cuanto el intérprete solo tiene una visión parcial del paciente. De este modo, si nos atenemos a los argumentos presentados en el párrafo anterior, la segunda opción resultaría más adecuada puesto que otorga al intérprete una visión completa de las otras dos partes implicadas en la comunicación y, en consecuencia, descodificar y transmitir adecuadamente el significado de sus gestos y lenguaje corporal. En resumen, no se trata solo de que el intérprete vea a las dos partes, sino de que lo haga de tal forma que sea capaz de percibir por completo los mensajes no verbales que producen los interlocutores. Por tanto, vista su importancia e impacto sobre distintos aspectos de la comunicación y el proceso de interpretación, la distribución de los interlocutores y el contacto visual entre ellos son factores para los que los manuales de buenas prácticas deberían desarrollar prácticas más específicas y elaboradas.

El segundo elemento no verbal que comparten los manuales son los rasgos personales de la voz a los que Poyatos (2002a) define como aquellas características de la voz que nos permiten diferenciar a un individuo de otro. Entre ellas, Poyatos (2002a) destaca aspectos como el timbre, la resonancia, la intensidad, el campo entonativo o el ritmo entre otras. Los manuales analizados admiten parcialmente su importancia pero lo hacen de forma muy general, puesto que no toman ciertos aspectos clave en consideración. Por ejemplo, el manual 2 recomienda a los intérpretes mantener el tono de voz del hablante y sus implicaciones mientras que el manual 1 aboga por conservar la emoción contenida en la voz a la hora de transmitir el mensaje. En ese sentido, el mismo manual destaca la importancia de reconocer aquellas locuciones que muestran angustia, incomodidad o falta de entendimiento.

El problema con estas pautas de actuación es su falta de concreción. El tono y las emociones contenidas en la voz parecen englobar demasiados aspectos, ya que no está claro si se utilizan erróneamente para hacer referencia a otros elementos como el campo entonativo, el timbre, la intensidad y el ritmo o si, por el contrario, intentan aglutinar todos estos elementos bajo un mismo nombre. Sea como fuere, no podemos olvidar que existen muchos otros aspectos más allá del tono con un gran impacto en el significado del discurso. A los que se acaban de citar, podríamos añadir otros como el tempo o la duración silábica cuya relevancia se puede demostrar a través de dos ejemplos (Poyatos 2002a). Por un lado, como indica el mismo autor, la duración silábica puede cumplir distintas funciones ya que alargar o acortar las sílabas de nuestro discurso puede afectar al significado de nuestro mensaje de distintas formas (por ejemplo, un «sí-í» alargado que exprese reticencia). Por otro, en lo que concierne al tempo (elemento relacionado con el ritmo del discurso), Miletic *et al.* (2006) señalan que este puede ser indicativo de la presencia de ciertos trastornos como los episodios

maníacos en los que el paciente tiende a hablar muy rápido y sin parar. En consecuencia, cuando los intérpretes deciden reproducir estos elementos, están tomando en consideración su potencial importancia para el discurso y, al mismo tiempo, limitando los problemas derivados del proceso de descodificación y la posible pérdida de matices en el mensaje que tan frecuentemente se asocia a los procesos de interpretación (Poyatos, 1997).

En conclusión, dada su influencia sobre aspectos que exceden el ámbito lingüístico para entrar en consideraciones clínicas, sería recomendable desarrollar directrices adicionales o más exhaustivas en lo referente a los rasgos personales de la voz; subrayar la relevancia de estos factores en los manuales de interpretación podría ser una vía para concienciar a los intérpretes de su importancia y, en consecuencia, dar lugar a interpretaciones más precisas a través de la transmisión de fragmentos de información que, de otro modo, podrían pasar desapercibidos.

Se pasa ahora a detallar algunos de los aspectos no incluidos en los manuales. Hay que tener en cuenta que la comunicación no verbal engloba tantos aspectos diferentes que resulta imposible centrarse en todos ellos en apenas unas páginas. Por esa razón y dada su función como recurso de consulta rápida, es en cierto modo comprensible que en las guías de interpretación médica y los manuales de buenas prácticas no se analicen más elementos no verbales como parte del proceso y entorno comunicativo. Por tanto, la siguiente descripción de (algunos) de estos aspectos ausentes de los manuales no debe interpretarse como una crítica, sino como una propuesta razonada para mejorar y facilitar la labor del intérprete a través de fundamentos teóricos sólidos y así tratar al menos de subrayar la importancia de considerarlos e incluirlos en el proceso de interpretación cuando se considere necesario.

Las vacilaciones son uno de esos elementos a los que debería dedicarse un análisis algo más profundo. Este aspecto de la comunicación abarca aquellos elementos que rompen el flujo de transmisión de información lexicalizada (Leon Rose, 1998) e incluye comienzos en falso, repeticiones, reinicios y pausas sonoras (*filled pauses*), entre otros (ibíd.). En esta sección, se analizarán estas últimas, en especial los casos en los que están compuestas por interjecciones o combinaciones fonéticas (*ah, hum, erm, uh*, etcetera), y se dejará para futuras investigaciones el estudio de las llamadas pausas sonoras lexicalizadas.

Las pausas sonoras y las vacilaciones en general pueden impactar en la comunicación desde múltiples ángulos (Brennan y Williams, 1995). En primer lugar, conviene señalar que la misma verbalización puede tener distintos significados (Poyatos, 2002b). Por ejemplo, una expresión como *hum*, además de duda, puede denotar aprobación o desaprobación, interés, curiosidad o admiración (ibíd.). Su importancia desde un punto de vista estrictamente clínico también es notable, pues las pausas sonoras pueden, por ejemplo, ser un indicativo de ansiedad (Leon Rose, 1998). Del mismo modo, pueden tener distintas implicaciones sobre elementos como el discurso al que preceden, la estructura discursiva, o la percepción del material lingüístico, entre otros (Benus, Enos, Hirschberg y Shriberg, 2006). En este sentido, una expresión como *all right* precedida de un largo *uh* no tiene el mismo significado que tendría si omitimos la pausa sonora (Brennan y Williams, 1995).

Las funciones de las vacilaciones van mucho más allá de lo expuesto hasta ahora, abarcando otros aspectos como mantener un turno de palabra o permitir a los hablantes ganar tiempo para escoger las palabras adecuadas para proseguir su discurso (Jokinen y Allwood, 2010). Tomando todo esto en consideración, no queda sino asumir que las vacilaciones juegan un papel fundamental a la hora de determinar las

intenciones comunicativas de los hablantes y el significado real de su discurso. Por lo tanto, los intérpretes que busquen una mejor y más precisa traducción del mensaje deberían tomarlos en consideración y no obviar su presencia y peso en la interacción.

Los siguientes dos puntos de estudio son el silencio y la quietud. En su aplicación a la dimensión discursiva, estos dos aspectos podrían definirse como la ausencia de sonido o movimiento que encierra distintos significados y/ o intenciones comunicativas (Poyatos, 2002a). Si como afirman autores como Rober (2002), la situación en contextos clínicos no es diferente en lo que a estos puntos se refiere, podemos trasladar la definición anterior al campo de estudio en el que estamos trabajando y partir de la base de que en interacciones dentro del ámbito de la salud y la salud mental, el silencio y la quietud pueden también acarrear distintos significados. Los párrafos siguientes están dedicados a realizar un recorrido por algunas de sus funciones más comunes, a fin de mostrar al lector una visión general del papel que ambos aspectos pueden desempeñar en interacciones mediadas.

Pese a lo que pueda parecer a primera vista, estos elementos no son siempre factores secundarios. De hecho, pueden encerrar, en ocasiones, el contenido principal del mensaje mientras que son otros aspectos comunicativos los que funcionan como apoyos al significado esencial (Poyatos, 2002a). A modo de ejemplo, pensemos por un segundo en una persona que se «queda petrificada» tras recibir malas noticias; en este supuesto, la inmovilidad contiene el significado fundamental del acto comunicativo, mientras que otros elementos discursivos serían accesorios. Este ejemplo tan gráfico no es, ni mucho menos, la única situación en la que el silencio y la quietud influyen en la interacción. A continuación se describen otros dos supuestos en los que ambos aspectos tienen un gran impacto:

– **Supuesto 1. Actuando como signos cero (*zero signs*):** Esta situación implica la ausencia de respuesta cuando se espera un sonido o movimiento por parte del interlocutor (Poyatos, 1997 y 2002a). No resulta complicado buscar un ejemplo que se ajusten a este patrón. Es el caso de un paciente que no responde a una pregunta, denotando vergüenza, incomodidad o duda dependiendo del contexto. Otro sería el caso de ciertas elipsis intercaladas en el discurso como por ejemplo «Eso podría resultar complicado considerando...ya sabe...». El silencio en este caso podría completarse con algún dato intercambiado anteriormente o a través de la información que puedan compartir el profesional médico y el paciente como consecuencia de una relación previa y sostenida en el tiempo. Sin embargo, también podría tratarse de una señal específica portadora de un significado añadido o de un marcador cultural que podría ser percibido por el intérprete y no por el otro interlocutor. De ahí la importancia de tomar los silencios como un factor relevante en la comunicación intercultural.

– **Supuesto 2. Determinar el significado de partes del discurso previas o posteriores:** Tanto el silencio como la quietud pueden provocar alteraciones en el significado de las palabras anteriores o siguientes (Poyatos, 2002a). En este sentido, la importancia de las variaciones puede oscilar, abarcando desde sutiles a relevantes diferencias connotativas (ibíd.). Por ejemplo, una pregunta tan común en una consulta médica como «¿Cómo se encuentra hoy?» puede ser una importante fuente de información inicial. Por tanto, una respuesta simple y habitual como «Bien» puede acarrear un significado diferente si viene precedida o no de un silencio que ponga en cuestión la credibilidad de la expresión y, en consecuencia, puede darnos una pista sobre las verdaderas sensaciones del paciente en ese momento. Del mismo modo, una pausa prolongada tras un

rotundo «¡Eso es mentira!» otorga una mayor intensidad a las palabras y causa un efecto más profundo en el oyente que cuando la persona se limita a seguir hablando (Poyatos, 2002a).

El siguiente y último punto de análisis que se abordará en este estudio son los somatoadaptadores. Estos elementos, definidos por Poyatos como «aquellos objetos y sustancias ligadas al cuerpo que pueden aportar algún tipo de información sociocultural» (2002b, p. 21; mi traducción) pueden dar a conocer ciertos detalles que permitan explicar algunos comportamientos o creencias de un paciente procedente de una cultura distinta. Ya en 1994, Tilley señalaba que la cultura material juega un papel comunicativo propio y determinante dentro de la práctica social que influye en aspectos como las relaciones sociales, el significado de ciertos mensajes y las acciones de los interlocutores. No es por tanto de extrañar que Poyatos (1997) señale las posibles implicaciones de objetos como la ropa o la joyería como uno de los factores que los intérpretes deben tener en cuenta a la hora de desarrollar su labor. Si seguimos este razonamiento y en palabras de Eicher (1999), la vestimenta puede ser incluso considerada un código propio dentro de la comunicación no verbal, ya que puede acarrear connotaciones que exceden la apariencia o lo meramente visual para adentrarse en el terreno de la identidad (étnica o de clase, entre otras) del individuo. Por tanto, el hecho de identificar y «comprender» estos elementos puede ser un mecanismo que facilite la labor del intérprete y le permita descodificar ciertos fragmentos de información de otra forma imperceptibles.

Como se mencionaba anteriormente, los somatoadaptadores pueden utilizarse como señales de las que obtener distintos tipos de información. La personalidad y actitudes de una persona son una compleja forma geométrica dividida en distintos

planos que incluyen el estatus social, el trasfondo familiar, las creencias, el estado de ánimo, entre otros. Según el trabajo de Poyatos (2002b), estos y muchos otros aspectos pueden exteriorizarse (al menos parcialmente) a través de los somatoadaptadores. Cada día, numerosos ejemplos prueban que las afirmaciones anteriores son ciertas. Al igual que una vestimenta particular puede indicar la pertenencia de una persona a una región o país africano determinado (Eicher & Sumberg, 1999), el velo árabe (Poyatos 2002b), un rosario o una *kippa* pueden reflejar la orientación religiosa del paciente. Del mismo modo, otros accesorios u ornamentos corporales pueden dar al intérprete pistas relevantes sobre el trasfondo familiar del interlocutor [la marca en la frente de las mujeres hindúes casadas (Poyatos, 2002b) o los distintos significados de los tatuajes que exhiben los maoríes] o el estado de ánimo del paciente (un crespón negro u otros objetos relacionados con el luto) y, en consecuencia, permitirle entender y explicar determinados comportamientos.

Al margen de los ejemplos anteriores, son muchos los somatoadaptadores que pueden aportar información sociocultural relevante. En consecuencia, conocer la importancia de estos elementos y ser capaces de descodificar su significado durante la interacción puede ayudar tanto a intérpretes como a profesionales a construir un retrato mucho más preciso de los pacientes en general pero, muy especialmente, de aquellos con un país de procedencia y cultura madre distintos.

En relación con este tema y al igual que se hizo anteriormente con los tres artículos escogidos para vertebrar este proyecto, los fundamentos teóricos presentados en relación a la importancia de los elementos no verbales en el proceso de interpretación permiten desarrollar una serie de pautas adicionales que vienen a complementar las incluidas en los manuales analizados. A continuación, se listan una serie de estrategias

orientadas a facilitar la aproximación del intérprete a los elementos tratados a lo largo de este apartado:

1– Siempre que sea posible, los intérpretes deben tratar de situarse o situar a las otras dos partes de tal modo que todos sean capaces de ver perfectamente al resto de interlocutores. A este respecto, una estructura triangular y equidistante con el intérprete en uno de los lados puede resultar la más adecuada, ya que favorece la comunicación directa entre el profesional médico y el paciente, refuerza la neutralidad del intérprete al no situarle al lado de ninguno de los interlocutores (Bischoff, Loutan y Beyaert, 2009) y le permite identificar información encerrada en elementos no verbales.

2– Los intérpretes deben prestar atención tanto al lenguaje corporal, las expresiones faciales o las emociones como a la postura de los hablantes, los rasgos personales de la voz como el tono (Bischoff, Loutan y Beyaert, 2009). Del mismo modo, deben tener en cuenta otros aspectos no verbales como el tempo del discurso o la duración silábica. Incluir estos elementos en el proceso de interpretación y/o explicar su significado cuando sea necesario puede ayudar a mejorar la comunicación en dos direcciones distintas: por un lado, proporciona una transmisión más precisa del significado último del mensaje que puede resultar útil para el diagnóstico y otras consideraciones clínicas; por otro, convierte la interpretación en un proceso más dinámico que evita una traducción monótona del discurso que pueda redundar negativamente en la percepción de la labor del intérprete por parte de sus interlocutores (Collados, 2002). En este sentido, una interpretación monótona puede hacer que las partes involucradas se sientan menospreciadas o que tengan la impresión de que sus mensajes no se

transmiten adecuadamente, lo que puede resultar en la pérdida de matices de significado relevantes (Jacobson, 2009).

3– Además de explicar sus muchas funciones en distintos contextos comunicativos, Poyatos (2002a) también explora las potenciales implicaciones del silencio y la quietud en un «triálogo». Así, el mismo autor sugiere posibles pautas a seguir por los intérpretes para, valga la redundancia, interpretarlos adecuadamente. En concreto, cuando estos elementos tienen un significado propio, los intérpretes pueden tener que explicarlos verbalmente, en especial cuando contienen un marcado significado cultural. Asimismo, los intérpretes deberán escoger entre mantener o llenar este vacío cuando funcionan como signos cero (*zero signs*) y ningún sonido o movimiento es percibido. Por último, es recomendable que los intérpretes respeten los silencios y la inmovilidad del hablante para no alterar el significado del mensaje cuando cumplen una función enfática como refuerzo del significado del discurso (Poyatos, 2002b), explicando (y esto es una contribución personal) su efecto sobre el discurso en caso de que lo consideren positivo o necesario para un adecuado intercambio de información.

4– Pautas similares a las anteriores pueden aplicarse a las vacilaciones. Sin embargo, es conveniente introducir una puntualización a este respecto. Dadas las ya explicadas implicaciones de las pausas sonoras, es importante que los intérpretes no introduzca sus propias muletillas (Ng citado en Kurz, 2001) para evitar posibles malentendidos derivados de mezclar su propia voz con la de otro hablante.

En resumen, en base a las pautas establecidas hasta ahora y dado su posible impacto sobre el contenido del discurso y las consiguientes implicaciones sobre el significado, los intérpretes deberían trasladar los mensajes de las partes combinando adecuadamente el plano verbal y no verbal de la comunicación (Poyatos, 2002b). En lo que respecta a los somatoadaptadores, la estrategia a seguir se mantendría en la línea de dotar al intérprete de un rol activo y participativo en la comunicación. Como se ha expuesto anteriormente, estos elementos pueden aportar informaciones relevantes sobre el estado de ánimo, la actitud, el pasado o el presente del paciente. En este punto, el papel del intérprete resulta fundamental, ya que pueden producirse cambios de significado de carácter transcultural a partir de estos elementos. Por ejemplo, la ropa de color púrpura está relacionada con la muerte y el luto en algunos países latinoamericanos; sin embargo, mientras que las prendas de color rojo tienen implicaciones similares en algunas regiones africanas, en otras están directamente asociadas con la blasfemia (Ricks citado en Newsom, 2007). Por lo tanto, cuando exista la posibilidad de una entrevista previa y/o posterior con el profesional médico (algo que se contempla y defiende en los 3 manuales analizados), los intérpretes pueden aprovechar para explicar, no solo comportamientos físicos o actitudes, sino también las implicaciones de ciertos elementos materiales que puedan ser o haber sido relevantes durante la interacción.

Llegados a este punto, considero pertinente señalar que la aplicación de muchas de estas pautas se vería potenciada por reuniones previas y posteriores con el profesional médico que corresponda. Como se mencionaba anteriormente, los tres manuales analizados defienden esta estrategia que, dentro del ámbito de estudio que aquí nos ocupa, puede utilizarse para discutir la información que acarrean o pueden acarrear distintos aspectos no verbales presentes en la interacción. Estas reuniones

pueden ayudar a construir un retrato mucho más preciso y completo del paciente inmigrante y redundar en una mejor evaluación médica y ulterior tratamiento. Esta estrategia de trabajo sigue las pautas marcadas por expertos como Messent (2003) o Tribe y Sanders (2003), quienes la defienden como una manera de evitar malentendidos innecesarios o conflictos inesperados. Esto, a su vez, es otro ejemplo más de como el trabajo cooperativo puede ser una herramienta eficaz para suturar brechas lingüísticas y culturales en la atención médica en general y en el campo de la salud mental en particular.

Asimismo, el hecho de que en algunos puntos del estudio presentado en el artículo 3 (véase apartado 8.4) no se haya podido alcanzar un punto de acuerdo entre la visión de los intérpretes y el personal médico refrenda la importancia de mantener estas reuniones, dado que pueden ser el mecanismo ideal para acordar la estrategia a seguir con factores tan importantes como la línea de actuación del intérprete en relación a los turnos de palabra. Por ejemplo, si el médico sabe que un paciente tiende a hablar mucho o a hacer pausas prolongadas en el discurso, podrá avisar al intérprete de antemano para que esté preparado ante estas eventualidades. Además, mantener este encuentro puede potenciar la aplicación de pautas expuestas en apartados anteriores, como la escala gradual recogida en el artículo «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental». A través de una reunión previa, el intérprete podría conocer con más detalle la sintomatología del paciente y otros rasgos de interés para establecer la escala terminológica gradual como puede ser el nivel cultural del paciente en cuestión. Si bien es cierto que no siempre es posible organizar este tipo de encuentros, las razones esgrimidas aquí y los beneficios que de ellos pueden derivarse parecen suficientes para subrayar la conveniencia de llevarlos a cabo.

Una de las dudas que pueden surgir a la hora de plantearse incorporar al discurso del intérprete alguno de los elementos no verbales aparecidos a lo largo de este proyecto es un posible efecto redundante. Sin embargo, creo que la explicación que se presenta a continuación conseguirá probar que la redundancia no puede esgrimirse como argumento a la hora de no incluir ciertos aspectos no verbales en el proceso de interpretación. Si bien es cierto que el profesional médico es perfectamente capaz de percibir una vacilación o un tempo más o menos rápido, no hay que olvidar que nos encontramos ante una comunicación mediada en la que las partes reciben y asimilan el mensaje a partir de un tercero y no del emisor original.

Una consecuencia lógica de esta situación es que el receptor esté más pendiente de la figura del intérprete que del hablante que emite el discurso en primera instancia, Es por ello que, a pesar de que pueda parecer repetitivo o innecesario en algunos casos, la inclusión de los elementos no verbales en la interpretación puede ser en ocasiones fundamental, en tanto en cuanto evita el riesgo de que los matices que aportan aspectos como los mencionados unas líneas atrás se pierdan. A modo de ejemplo, basta recurrir a uno de los ejemplos utilizados en el apartado dedicado a las vacilaciones. El hablante 1 dice *uh, all right* pero el intérprete solo traduce «de acuerdo». Es muy posible que el hablante 2 (personal médico) obvие, olvide o, simplemente, no haya prestado atención a la pausa sonora del hablante 1. Y si esta se pierde, tal y como mostraba el ejemplo al que se hace referencia, el significado ya no es el mismo. Esta es una razón más para profundizar en la importancia e inclusión de elementos no verbales en los procesos de interpretación, ya no solo en el ámbito de la salud mental, sino también de muchos otros. Y es que, dada la relación intrínseca entre comunicación verbal y no verbal, este segundo aspecto debe abordarse de forma exhaustiva para lograr un enfoque

comunicativo completo en el proceso de interpretación, sus distintas modalidades (Poyatos 2002b) y los distintos contextos sobre los que se aplica.

A lo largo de esta sección, he intentado subrayar la relevancia de los elementos no verbales en conversaciones triangulares e interculturales. Para ello, he tratado de conectar fundamentos teóricos con distintas guías que recogen pautas de actuación para intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario. Aunque estos manuales evidencian un creciente interés en la inclusión de estos aspectos, sería conveniente profundizar en algunos aspectos relegados tradicionalmente a un segundo plano para así caminar hacia un proceso de interpretación cada vez más completo.

Dicho esto, y como se comentaba al principio de este apartado 10, esta es solo una de las múltiples direcciones en las que se pueden desarrollar las investigaciones relacionadas con los múltiples elementos comunicativos que conforman las interacciones a tres bandas en el ámbito de la salud mental. Incluso la línea de investigación que ha centrado este apartado puede avanzar y profundizar en distintas direcciones, lo que daría lugar a estrategias y sugerencias adicionales que pueden ayudar a mejorar la práctica de la interpretación (tanto en el ámbito sanitario como en otros) al tiempo que se evitan los potenciales efectos negativos derivados de ignorar las señales no verbales. En palabras de Jacobson, si estos elementos no son considerados o entendidos, pueden producirse serios malentendidos en el «triálogo» (2009) con consecuencias potencialmente graves, especialmente entre personas pertenecientes a una minoría étnica (Schiffrin citado en Jacobson, 2009).

11. Conclusiones finales

La descripción de los distintos aspectos que conforman el marco contextual en el que se encuadra la presente tesis doctoral, los fundamentos teóricos recogidos tanto en los artículos como en secciones anteriores y posteriores, y las pautas y estrategias que se han establecido a partir de todo lo anterior están destinados a probar o refutar las hipótesis de partida y cumplir con los objetivos establecidos al principio de este trabajo. En este sentido, considero que el balance es satisfactorio, ya que se ha logrado verificar las cuatro hipótesis que se enunciaban al iniciar el proyecto, así como alcanzar los propósitos marcados como meta en el primer estadio de esta tesis doctoral. Como prueba de este resultado positivo, a continuación se recopilan las principales conclusiones extraídas de este trabajo y se conectan con las hipótesis descritas en el apartado 1:

11.1. Demostración de la hipótesis 1

Los constantes flujos migratorios y el asentamiento de naciones multiculturales en occidente convierten la traducción y la interpretación en los servicios públicos en un campo de trabajo e investigación de obligado desarrollo para dar respuesta a las necesidades de la sociedad pluriétnica que nos rodea. Estas razones, unidas a las particularidades de los trastornos mentales, su creciente prevalencia en nuestra sociedad, y su incidencia sobre la población inmigrante, apoyan el desarrollo de propuestas que mejoren la comunicación interlingüística e intercultural entre los afectados y los servicios médicos encargados de tratarlos.

Como se ha podido demostrar en la presente tesis doctoral, los movimientos migratorios, especialmente los producidos durante la última mitad del siglo XX y

principios del XXI, han transformado las sociedades occidentales, convirtiéndolas en entornos multiculturales y plurilingüísticos en los que convive gente de distintas razas y países. España no es una excepción y, a pesar de la emigración registrada en los últimos años, sigue siendo uno de los países europeos con mayor porcentaje de población inmigrante en la construcción de su demografía. Esta situación crea una serie de necesidades sociales a las que hay que dar solución. Dicha respuesta se canaliza, en muchas ocasiones, a través de los servicios públicos; por consiguiente, resulta fundamental dotarles de los medios necesarios para llevar a cabo su labor. A lo largo de este proyecto, se ha argumentado suficientemente cómo la realidad multicultural que nos rodea hace indispensable que entre estos medios se incluyan recursos lingüísticos adecuados y capaces de dar atención a la población inmigrante, y es en este punto donde las figuras del traductor y el intérprete en los servicios públicos se convierten en indispensables. Sin embargo, nuestro país está todavía muy rezagado con respecto a las principales potencias mundiales en este ámbito. Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia o Suecia son solo algunos ejemplos de países mucho más avanzados que nosotros en un sector en el que es imperativo avanzar. El porcentaje de inmigrantes residentes en nuestro país ya sería razón más que suficiente para incentivar el desarrollo de la TISP. Pero las necesidades se hacen más evidentes toda vez que nos adentramos en ámbitos más concretos. En el caso de esta tesis doctoral, el escogido ha sido el de la salud mental.

Si la TISP necesita un fuerte empuje es, entre muchas otras razones, para poder dar respuesta a la confluencia de dos fenómenos muy extendidos a nivel global y nacional: la ya descrita inmigración y la prevalencia de los trastornos mentales. La información recopilada dentro de este proyecto establece estos trastornos como uno de los principales problemas de salud a los que nos enfrentamos, con centenares de

millones de personas afectadas en todo el mundo y cifras que van en constante aumento. En España, se calcula que alrededor de una quinta parte de la población ha sufrido o sufrirá uno de estos trastornos a lo largo de su vida. A la gravedad del trastorno en sí, hay que añadir el rechazo social y la estigmatización que en muchas ocasiones padecen los afectados, una doble carga que convierte a la salud mental en una rama particular y especialmente delicada dentro del ámbito sanitario.

A las preocupantes cifras generales, hay que sumar agravantes derivados de los propios movimientos migratorios, puesto que ciertos factores en ocasiones asociados a la inmigración como el alejamiento del núcleo familiar, enfrentarse a un medio de acogida hostil o encontrarse en condiciones socioeconómicas adversas aumentan las posibilidades de sufrir un trastorno mental. Además, no hay que olvidar que muchos de estos inmigrantes llegan a un país con el que no comparten lengua ni/o cultura, lo que, ya de partida, genera dificultades a la hora de comunicarse con su nuevo entorno.

Según se argumenta a lo largo de esta tesis doctoral, la labor de traductores e intérpretes se hace indispensable en esta confluencia entre un problema sanitario de gran calado, una realidad multicultural, y una brecha comunicativa por diferencias idiomáticas o culturales. Gracias a ellos, es posible cubrir las necesidades lingüísticas y culturales de la población inmigrante, lo cual hace posible 1) que reciban información adecuada sobre los servicios a los que van a acceder, 2) que accedan con conocimientos y garantías a los servicios que necesitan, y, posteriormente, 3) desarrollar un diagnóstico y tratamiento adecuados, 4) evitar la sobrecarga asistencial del sistema y el abandono del tratamiento por parte del paciente inmigrante o 5) establecer y afianzar una relación positiva y de confianza entre médico y paciente, algo fundamental a la hora de abordar un tema tan delicado como los trastornos mentales. El desarrollo de propuestas que mejoren progresivamente la comunicación interlingüística e intercultural

entre los servicios sanitarios de nuestro país y el paciente extranjero es, por consiguiente, una línea de investigación en la que resulta necesario trabajar. La información, pautas y estrategias establecidas a lo largo de esta tesis doctoral (algunas de las cuales se citan en el siguiente apartado) caminan en esta dirección y buscan beneficiar a todas las partes implicadas.

La demostración de la primera de la hipótesis de partida permite asimismo cumplir con los objetivos uno y dos de este proyecto, puesto que pone de manifiesto el peso de los trastornos mentales y la inmigración en la sociedad actual (tanto a nivel global como en nuestro país) y presenta la traducción y la interpretación en los servicios públicos como un mecanismo fundamental para dar respuesta a las necesidades generales de la población inmigrante residente en nuestro país y, en particular, para posibilitar una atención adecuada en el ámbito de la salud mental.

11.2. Demostración de la hipótesis 2

Cuando en un entorno asimétrico a nivel de conocimientos y tan delicado a nivel lingüístico como la salud mental median además barreras como el idioma y la cultura, las estrategias traductológicas e interpretativas deberían orientarse a estrechar la brecha cultural y lograr una mejor comprensión del mensaje por parte de todos los destinatarios, en especial del paciente y/o su entorno.

En las páginas que ocupan esta tesis doctoral, se ha demostrado que el lenguaje es un elemento especialmente delicado en el ámbito de la salud mental, ya que juega distintos papeles en la comunicación entre servicios médicos y pacientes. Por un lado, encontramos su lógica función como transmisor de información. En el caso de los documentos e interacciones explicados a lo largo de este proyecto, el empleo de un lenguaje excesivamente técnico o de difícil comprensión por parte de un público, en

principio, lego en la materia supondría una barrera en un intercambio adecuado de información. Por otro lado, hay que tener en cuenta el importante papel que juega el lenguaje en aspectos como el rechazo/aceptación de la afección, la autoestigmatización y la estigmatización exterior a la que todavía son sometidos por una parte de la sociedad. Este último es un fenómeno transversal muy extendido que afecta sobremanera a las personas que padecen un trastorno mental.

Las líneas teóricas y argumentos presentados dentro de este proyecto, defienden que para prevenir estos dos potenciales problemas, lo ideal es trasladar la información de forma cuidadosa y efectiva, empleando un lenguaje sencillo, adecuado a las capacidades del receptor y fácilmente comprensible. Cuando nos situamos en un marco interlingüístico, debemos tratar de mantener estas pautas, y es aquí donde traductores e intérpretes juegan un papel primordial, puesto que son el mecanismo posibilitador de un intercambio de información apropiado. Acotando las vías de comunicación a documentos divulgativos de carácter instructivo e interacciones orales directas entre personal médico y pacientes que no comparten su lengua/cultura materna, un enfoque «adaptativo» del mensaje que tome en consideración los rasgos de la audiencia/interlocutor meta se presenta como el más adecuado para cumplir con todos los condicionantes anteriores y dar una respuesta eficaz a las necesidades de la población inmigrante de nuestro país. En consecuencia, la simplificación o adaptación de ciertas partes del mensaje a los conocimientos y capacidades de la audiencia de destino pueden ser herramientas útiles a la hora de 1) establecer una comunicación más eficaz entre las partes y 2) facilitar la asimilación del contenido por parte del receptor.

Con la demostración de la segunda de las hipótesis de partida se cumplen el objetivo 1.1 y, parcialmente, el objetivo 3, puesto que queda patente la complejidad del entorno comunicativo que supone la confluencia de la salud mental con otras lenguas

y/o culturas y se demuestra como la adaptación y/o simplificación del mensaje por parte de traductores e intérpretes puede beneficiar a todas las partes integrantes del «triálogo».

11.3. Demostración de la hipótesis 3

Factores como la terminología específica, y ciertos elementos de la pragmática y la comunicación no verbal juegan un importante papel en la comunicación entre servicios sanitarios y pacientes, y deben tomarse en consideración tanto con propósitos divulgativos como a la hora de establecer estrategias interpretativas y traductológicas.

A lo largo de esta tesis doctoral, se han ido estableciendo distintas estrategias orientadas a ayudar a traductores e intérpretes a solventar problemas concretos derivados del uso de terminología específica, elementos pragmáticos y comunicación no verbal. Así, el primero de los artículos incluidos en esta tesis doctoral (al margen de una función como material de divulgación de ciertos aspectos lingüísticos propios de la rama de la salud mental) propone la limitación de la variedad terminológica, evitar el uso de términos ambiguos o tratar de reducir la potencial carga estigmatizadora de algunos términos en los procesos de traducción e interpretación como mecanismos para una mejor asimilación del mensaje por parte del paciente inmigrante.

El segundo de los trabajos, centrado en el uso de términos técnicos con carga eufemística, establece distintas pautas para abordar la problemática asociada a estos términos. La más importante de ellas aplicable tanto al campo de la traducción como al de la interpretación es desarrollar, cuando sea posible, una escala de complejidad con equivalentes del término en cuestión, pudiendo emplear la opción más adecuada según las demandas del proceso comunicativo. Cuando esto no sea posible, existen

alternativas como añadir una explicación del término o cambiar el orden oracional situando la definición antes que el término para que el énfasis recaiga sobre el concepto y no sobre el significante (esta última es fundamentalmente aplicable al ámbito de la traducción). Con estrategias como estas se consigue, entre otros beneficios, incrementar la inteligibilidad del mensaje, facilitar su comprensión por parte del paciente que no comparte nuestra lengua o evitar la necesidad constante de aclaraciones en comunicaciones interlingüísticas de carácter oral.

A través del tercer artículo, centrado íntegramente en el proceso de interpretación en el ámbito de la salud mental, se muestran distintas estrategias que los intérpretes pueden aplicar en el desempeño de su labor en el ámbito de la salud mental: 1) estar preparados para interpretar turnos de palabra largos y breves; 2) saber que el discurso del personal médico es más homogéneo que el de los pacientes (que tiende a ser más impredecible) permite al intérprete estar alerta y limitar intervenciones a destiempo; 3) saber que deben interpretar cualquier información que reciban, la consideren o no necesaria; 4) mantener el tratamiento formal o informal utilizado por las partes durante la interacción; 5) en lo concerniente a la reformulación del mensaje, a) adaptarlo si fuera necesario cuando el personal médico se dirige al paciente y b) mantenerse lo más fiel posible al original, incluso manteniendo elementos como el desorden, la ambigüedad o las vacilaciones, cuando es el paciente el que habla; y finalmente, 6) tomar un papel activo en la interacción, aportando su experiencia y conocimiento a la mejora de la comunicación para derribar barreras culturales y lingüísticas, facilitar la creación de un clima de confianza entre las partes y, en definitiva, posibilitar un intercambio de información apropiado y eficaz.

Por último, el desarrollo de una de las posibles líneas de investigación derivadas de los tres artículos que componen el núcleo de este proyecto permite establecer las

siguientes pautas orientadas a solventar los problemas que pueden surgir en «triálogos» interlingüísticos y/o interculturales en el ámbito de la salud mental a partir de elementos no verbales: 1) cuando sea posible, los intérpretes deben tratar de situarse o situar a las partes de modo que todos puedan ver sin problemas al resto de interlocutores. Una estructura triangular y equidistante con el intérprete en uno de los lados puede resultar la más adecuada en este sentido; 2) tomar en consideración elementos como la postura del hablante e incluir aspectos como los rasgos personales de la voz o el tempo del discurso en el proceso de interpretación puede favorecer la comunicación, ya que implica una transmisión más precisa del significado último del mensaje (algo que puede resultar valioso para el diagnóstico) y evita la monotonía en el discurso del intérprete; 3) con respecto a los silencios, los intérpretes deberán seguir distintas pautas dependiendo de su naturaleza, oscilando entre respetarlos (valor enfático), explicar su significado (valor cultural) o escoger entre mantener o llenar el vacío que crean (signos cero); 4) seguir una línea similar a la de los silencios con las vacilaciones, cuidándose de no introducir sus propias muletillas, y 5) informar al profesional médico de los posibles significados e implicaciones de los somatoadaptadores.

En línea con lo anterior, los intérpretes deben aunar el plano verbal y no verbal para poder transmitir el mensaje de la forma más completa y adecuada posible. Una última estrategia que también se recoge en el apartado 10 y que podría ayudar a suavizar la problemática derivada de los elementos no verbales (y de tantos otros) es la de mantener una reunión previa y posterior entre intérprete y personal médico para descodificar el significado de estos elementos además de, por ejemplo, informar sobre condicionantes culturales relevantes o definir una estrategia comunicativa común.

De este modo termina de cumplirse el tercero de los objetivos, ya que se genera una serie de pautas específicas orientadas a abordar los problemas derivados de la

terminología específica, la pragmática y la comunicación no verbal orientada a limar las diferencias lingüístico-culturales que pueden surgir en comunicaciones a tres bandas en el ámbito de la salud mental.

11.4. Beneficios adicionales

La suma de todos los puntos expuestos hasta ahora en este apartado de conclusiones finales constata la confirmación de las hipótesis de partida y el cumplimiento de los objetivos iniciales. Como buscaba, no desde el principio de este proyecto, sino desde el inicio de mis investigaciones en los campos de la traducción y la interpretación en el ámbito de la salud mental, se ha conseguido generar una serie de datos, pautas y estrategias que ayudan a mejorar la comunicación y optimizar la transmisión y comprensión del mensaje entre los servicios médicos y las personas que sufren trastornos mentales, afecciones con una prevalencia cada vez mayor en la sociedad actual. Muchas de las líneas de actuación pueden ser también aplicables a otros contextos comunicativos, especialmente dentro del ámbito médico, lo que dota al proyecto en general y a sus conclusiones en particular de un interesante carácter transversal que puede desarrollarse en futuras investigaciones. Asimismo, la aplicación práctica por parte de traductores e intérpretes de las pautas establecidas puede reportar un gran número de beneficios al receptor, algunos de los cuales ya se han descrito a lo largo del proyecto y en este apartado de conclusiones finales (en cumplimiento con el cuarto de los objetivos de partida). A los ya citados, podrían añadirse beneficios adicionales entre los que cabe destacar los siguientes:

- Cuando el nivel de conocimiento de la audiencia meta se toma en consideración, se reducen tanto las malas experiencias de las minorías con los

servicios sanitarios como las desigualdades en el acceso a la salud (Sentell y Halpin, 2006).

– Suministrar documentos que el receptor sea capaz de comprender es fundamental para reducir la brecha de conocimientos entre el personal médico y los pacientes (Baker, 2006), ya que permite a estos últimos conocer y asimilar conceptos básicos asociados a su trastorno.

– Un intercambio eficaz de información entre el sistema sanitario y los pacientes deriva en un mayor conocimiento de estos últimos en relación a los problemas de salud que pueden padecer, los métodos para prevenirlos y detectarlos y los servicios y medios a su disposición para solucionarlos (Nutbeam, 2000).

– Comprender puntos tan importantes como instrucciones o prácticas recomendadas redundan positivamente en el tratamiento y bienestar final del paciente (Parker, Ratzan y Lurie, 2003).

– Entender la información que se suministra es una herramienta eficaz para que el paciente y su entorno descubran la realidad de la salud mental, lo que ayuda a reducir los estigmas y prejuicios que desde hace tiempo arrastran muchos de los trastornos pertenecientes a este campo (Jorm, 2000).

– En línea con el punto anterior, ese esfuerzo divulgativo en esta rama de la salud puede realmente marcar una diferencia, ya que un entorno mejor informado y con un mayor conocimiento de estos trastornos favorece la aceptación social y promueve el apoyo al paciente por parte tanto de las personas más cercanas como del resto de la comunidad (Jorm, 2000).

Además, con el tiempo, construir una comunidad con mayor conocimiento en materia de salud tiene repercusiones positivas, no solo a nivel individual, sino también

colectivo, puesto que la buena información fomenta una sociedad más sana y más involucrada en iniciativas sanitarias que, a la larga, resultará también más rentable para las arcas gubernamentales (Nutbeam, 2000; Howard, Gazmararian y Parker, 2005). En este sentido y aceptando sus lógicas limitaciones, las estrategias que se han propuesto a lo largo de este trabajo pretenden ser una humilde herramienta más de «justicia social» que lime, dentro de sus posibilidades, las asimetrías de poder que tienden a establecerse entre las instituciones y los colectivos inmigrantes por razones culturales, lingüísticas o raciales (Martin y Nakayama, 2007).

12. Últimas reflexiones

Diciembre de 2015. Quino Petit publica en *El País Semanal* un reportaje titulado «Las mil y una caras de la locura». En sus páginas, pueden leerse afirmaciones como «recibí el diagnóstico y me dieron por desequilibrado» (p. 36), «un trato más humano por parte de los doctores ayudaría mucho a los que vivimos estas experiencias. Es bueno que cuenten con nuestro punto de vista» (p. 36), o datos como que durante el Día de la Salud Mental, en una reunión de la Confederación Salud Mental España en el Ateneo de Madrid, se reclamó la prevención y eliminación del estigma asociado a este tipo de trastornos (p. 36). A modo de cierre y a través de este breve fragmento, pretendo destacar en síntesis varios aspectos importantes relacionados con el trabajo llevado a cabo hasta ahora y plasmado en las páginas de esta tesis doctoral.

En primer lugar, su pertinencia, puesto que no solo el artículo de Petit (2015), sino también muchas otras voces⁷, evidencian la persistencia a día de hoy de algunos de los problemas destacados a lo largo del proyecto como son la existencia de un estigma todavía muy extendido, o la necesidad de una mejor comunicación entre el personal médico y el paciente. En segundo lugar, su valor como material de referencia pues, entre otros objetivos, este proyecto está orientado a paliar, en la medida de sus posibilidades, los dos problemas mencionados unas líneas atrás. Por otro lado, su vigencia: si bien mis investigaciones en este campo comenzaron hace ya unos años, el artículo publicado en el *El País Semanal* muestra como existen todavía muchos aspectos a mejorar y un gran margen para desarrollar estrategias (en el caso que nos compete, mono e interlingüísticas) que permitan una comunicación eficaz y adecuada entre todas las partes implicadas. Por último y en consonancia con lo expuesto en el

⁷ Para más información sobre el estigma y su persistencia en la sociedad actual pueden consultarse (entre muchos otros recursos) la página de la Confederación Salud Mental España (www.consaludmental.org) o el portal del proyecto «1 de cada 4» (www.1decada4.es), impulsado en 2007 por la Junta de Andalucía y con enlaces a múltiples iniciativas y datos de interés de ámbito nacional e internacional.

apartado 10, la proyección de esta área de investigación: una de las evidencias que arroja este proyecto es lo extenso que resulta el campo de la traducción e interpretación en salud mental, con numerosos puntos a analizar y desarrollar y un amplio margen de especialización y mejora en muchos de ellos. En este sentido, cabría mencionar el análisis de nuevos elementos pragmáticos o la traslación adecuada de términos marcados culturalmente, entre otros.

Antes de dar por terminado este proyecto, quisiera hacer tres llamamientos que considero importantes a tenor de todo lo dicho hasta ahora: uno, a los investigadores del campo de la traducción y la interpretación para que continúen desarrollando la bibliografía referente a la TISP e interesándose por temas cada vez más específicos como el que se ha tratado a lo largo de esta tesis doctoral; otro, a traductores, intérpretes y personal médico especializados en el ámbito de la salud mental para colaborar y desarrollar/aplicar estrategias cada vez más eficaces que redunden en beneficio de la comunicación interlingüística e intercultural y del paciente inmigrante; y un último a las instituciones y a la sociedad en general para que reconozcan la importancia de los trastornos mentales, respeten y traten con normalidad a los afectados (nacionales y extranjeros) y, cada uno en lo que le corresponda, haga lo posible para que su situación e integración en la sociedad mejore y se sitúe en niveles propios de un país como el nuestro. Es necesario.

Referencias

- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163- 171.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2012). *National Healthcare Disparities Report 2011*. U.S Department of Health and Human Services. Consultado el 12 de noviembre de 2015 en <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr11/nhdr11.pdf>
- Aixelá, J.F. (2010). Una revisión de la bibliografía sobre traducción e interpretación médica recogida en BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción). *Panace@*, 11 (32), 151-160.
- Alemán Bracho, C. (2011). Inmigración y servicios sociales. *Papers*, 96(3), 825-852.
- Alemán Bracho, C. y Soriano Miras, R.M. (2012). *Servicios sociales e inmigración en tiempos de crisis económica*. Consultado el 8 de julio de 2014 en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/291264>
- Alonso, X., Pajares, M. y Reolons, L. (2015). *Inmigración y crisis en España*. Fundación Migra Studium. Consultado el 20 de diciembre de 2015 en: http://www.migrastudium.org/doc/LR_MP_XA_CAST%2007042015-1429539344.pdf
- Alvarado, R. (2008). Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(1), 37-41.
- Andrulis, D.P. y Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse population. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 122-133.
- Araña Suárez, S.M., Martínez López, F.J., Ibáñez Fernández, I., Laborda, E., Lacalle, J., Pedreira, J.L.,...y Villoria Sánchez, A. (2008). *Diagnósticos y prescripciones en*

salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal. Consultado el 11 de julio de 2015 en

<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>

– Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental*, 6(26), 49-59.

– Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.

– Baumgarten, S. (2012). Ideology and translation. Eb Y. Gambier y L. Van Doorslaer (Eds.), *Handbook of Translation Studies: Volume 3* (pp. 59-65). Amsterdam; Filadelfia: John Benjamins Publishing.

– Baylav, A. (2003). Issues of language provision in health care services. En R. Tribe, y H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in Mental Health* (pp. 69-77). East Sussex: Routledge.

– Benus, S. Enos, F., Hirschberg, J. y Shriberg, E. (2006). Pauses in deceptive speech. *Speech Prosody*, 18, 2-5.

– Bischoff, A., Loutan, L., Beyaert, S. (2009): *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural: comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Hôpitaux Universitaires de Genève: Universal Doctor Project.

– Brennan, S. E. & Williams M. (1995). The feeling of another's knowledge: Prosody and filled pauses as cues to listeners about the metacognitive states of speakers. *Journal of Memory and Language*, 34, 383-398.

– Campos López, J.G. (2005). Mediación intercultural y Traducción/Interpretación en los Servicios Públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Jornades de Foment de la Investigació*, 1-10. Consultado el 3 de marzo de 2015 en:

<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/trad/12.pdf>

– Carrascosa B., Del Rosario, M.E., García Sastre, M., Álvarez Gallar E.M., Enríquez, V. y Rodríguez Sánchez, J. (2010). Costumbres, idioma y sentimientos: barreras para el cuidado del inmigrante. *XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental*. Consultado el 2 de julio de 2015 en

<http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=5eb46f5d-d732-4ba2-a96c-4e438e63a2d9&Cod=82f8e337-edc2-49f7-bc17-bfa1b3169b38&Idioma=es-ES>

– Cassany D. (1995). *La cocina de la escritura*. Barcelona: Anagrama.

– Carvajal Gómez, M.I. (2006). Evolución de las cifras de extranjeros en con tarjeta o autorización de residencia en vigor (1992-2004). En E. Aja y J. Arango (Eds.), *Veinte años de inmigración en España: perspectivas jurídica y sociológica (1985-2004)* (pp. 85-113). Barcelona: Fundació CIDOB.

– Chall, J. S. y Dale E. (1995). *Readability revisited, the new Dale-Chall readability formula*. Cambridge, MA: Brookline Books.

– CIBERSAM (2011). *Plan Estratégico 2011-2013*. Consultado el 1 de julio de 2015 en http://cibersam.es/images/PDF/Plan_Estrategico_CIBERSAM_2011_13_DEF2.pdf

– CIBERSAM (2014). *Plan Estratégico 2014-2016*. Consultado el 1 de julio de 2015 en http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf

– Collado, M.R. y Ollé, C. (2006). Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Consultado el 7 de septiembre de 2015 en:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>

- Collados, A. (2002). Quality assessment in simultaneous interpreting: The importance of nonverbal communication. En F. Pöchhacker y M. Shlesinger (Eds.), *The Interpreting Studies reader* (pp. 326 – 336). London: Routledge.
- Comisión Europea (2015, 9 de septiembre). Refugee crisis: European Commission takes decisive action. *European Commission: Press Release Database*. Consultado el 8 de diciembre de 2015 en http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm
- Cushing, A. (2003). Interpreters in medical consultations. En R. Tribe y H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in Mental Health* (pp. 30-54). East Sussex: Routledge.
- Dehesa, V. (s.f.) Cambios del DSM-V respecto al DSM-IV-TR. *Centro de Terapia de Conducta*. Consultado el 3 de enero de 2016 en <http://www.cetecova.com/index.php/revista-correo-conductual-coco/38-coco-16/330-cambios-del-dsm-v-respecto-al-dsm-iv-tr>
- Doak, C. C., Doak, L.G. y Root, J.H. (1996). *Teaching patients with low-literacy skills, 2nd edition*. Filadelfia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Doncel, L. (2015, 11 de noviembre). Alemania devolverá a los sirios al país europeo por donde hayan entrado. *El País*. Consultado el 7 de diciembre de 2015 en http://internacional.elpais.com/internacional/2015/11/11/actualidad/1447242535_109900.html
- EFE (2015, 9 de septiembre). España acogerá a 14.931 refugiados de un total de 120.000. *El Mundo*. Consultado el 7 de diciembre en <http://www.elmundo.es/internacional/2015/09/09/55f009a122601d985a8b4586.html>
- Eicher, J. B. (1999). Dress as expression of ethnic identity. En J..B. Eicher (Ed.), *Dress and ethnicity: Change across space and time*, (pp. 1-6). Oxford; Nueva York: Berg.

- Europa Press (2012, 27 de junio). La OCDE constata emigración neta por primera vez en España en 2011 de más de 50000 personas por la crisis. *Europa Press Social*. Consultado el 14 de abril de 2013 en:
<http://www.europapress.es/epsocial/politica-social/noticia-ocde-constata-emigracion-neta-primera-vez-espana-2011-mas-50000-personas-crisis-20120627172034.html>
- Eurostat (2015). Estadísticas de migración y población migrante. Consultado el 2 de febrero de 2016 en
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es
- Fry, E. (1990). A readability formula for short passages. *Journal of Reading*, 33(8), 594 -597.
- García Díaz, F. (2006). Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*. 30(9), 452-459.
- Gili, M. García Campayo J. y Roca, M. (2007). Crisis económica y salud mental: informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(1).
- Hicheri, L. (2008). Traducción e interpretación en instituciones públicas. *Cooperación y Diálogo*, 213-218. Consultado el 20 de julio de 2015 en:
http://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/027_hicheri.pdf
- Gutiérrez Rodilla, B.M. (1998). *La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.
- Healthcare Interpretation Network (2007). *National standard guide for community interpreting services*. Toronto: Language Industry Association. Consultado el 16 de octubre de 2014 en:

- <http://accessalliance.ca/wp-content/uploads/2015/03/NationalStandardGuideForCommunityInterpretingServices.pdf>
- Howard, D.H., Gazmararian, J. y Parker R.M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371-377.
 - International Medical Interpreters Association and Education Development Center, Inc.- (2007). *Medical Interpreting standards of practice*. Consultado el 16 de octubre de 2014 en:
<http://www.imiaweb.org/>
 - Instituto Nacional de Estadística (2014). Consultado el 11 de julio de 2014 en:
<http://www.ine.es/>
 - International Organization for Migration –IOM– (2004). Migration and History. En *Essentials of migration management. Volume 1: Migration management foundations*. Consultado el 11 de julio de 2015 en
http://www.rcmvs.org/documentos/IOM_EMM/index.html
 - Jacobson, H. E. (2009). Moving beyond words in assessing mediated interaction: Measuring interactional competence in healthcare settings. En Claudia V. Angelelli y Holly E. Jacobson (Eds.) *Testing and assessment in Translation and Interpreting Studies* (pp. 49-70). Amsterdam; Filadelfia: John Benjamins.
 - Jakobson, R. (1959/2012). On linguistic aspects of translation. En L. Venuti (Ed.) *The Translation Studies reader*, (pp.126-132). Oxon; Nueva York: Routledge.
 - Jokinen, K. y Allwood, J. (2010). Hesitation in intercultural communication: Some observations on interpreting shoulder shrugging. *Culture and Computing: Lecture Notes in Computer Science*, 6259, 55-70.

- Jorm, A.F. (2000). Mental Health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. y Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Justicia y Lenguaje Claro (2015a). XVIII Cumbre Judicial Iberoamericana: Segunda Ronda de Talleres. Consultado el 10 de noviembre de 2015 en http://www.cumbrejudicial.org/c/document_library/get_file?p_l_id=1521992&folderId=1396636&name=DLFE-7016.pdf
- Justicia y Lenguaje Claro (2015b). XVIII Cumbre Judicial Iberoamericana: Tercera Ronda de Talleres. Consultado el 10 de noviembre de 2015 en http://www.cumbrejudicial.org/c/document_library/get_file?p_l_id=1384021&folderId=1500536&name=DLFE-7126.pdf
- Kelly, C.M., Jorm, A.F. y Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-30.
- Kessler, R. C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J.,...y Wang, P.S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(01), 23-33.

- Kurz, I. (2001): Conference Interpreting: Quality in the ears of the user. *Meta: Translators' Journal*, 46 (2), 394-409.
- León Castro, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, volumen VI, número 1 (33-42).
- Leon Rose, R. (1998). *The communicative value of filled pauses in spontaneous speech*. Trabajo Fin de Máster: Universidad de Birmingham.
- Locke, J. (2004). A history of plain language in the United States Government. Consultado el 08 de noviembre de 2015 en <http://www.plainlanguage.gov/whatisPL/history/locke.cfm>
- López, M. (2007). Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *Inf Psychiatr*, 10(83), 793-799.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en la salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28(1), 48-83.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia, S. (2006). *Una reflexión sobre la psicología positiva y la terapia de aceptación y compromiso*. *Clínica y Salud*, 17 (3) (339-356).
- Malvárez, S. 2007: El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermería*, 16(3), 520-530.
- Martin, J.N y Nakayama, T.K (2007). *Intercultural communication in context*. NY: McGraw-Hill.
- Massey, D. S. (2003). Patterns and processes of international migration in the 21st century. En *Conference on African Migration in Comparative Perspective*, 4(7).

- Mayor Serrano, M^a B. (2003). *Tipología textual pragmática y didáctica de la traducción en el ámbito biomédico*. Granada: Universidad de Granada.
- Mayor Serrano, M^a B. (2006) Periodistas y traductores médicos: ¿dos mundos diferentes? *Panace@*, 7(23), 131-136.
- Mayor Serrano, M^a B. (2007). La importancia de la tipología textual pragmática para la formación de traductores médicos. *Panace@*. Vol. IX, nº 26, 124-137.
- McCray, A,T, (2005). Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2). 152-163.
- Mena, A.L., Bono, A., López, A. y Díaz, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (108), 597-611.
- Messent, P. (2003). From postmen to makers of meaning: a model for collaborative work between clinicians and interpreters. En R. Tribe y H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in Mental Health* (pp. 135-151). East Sussex: Routledge.
- Miletic, T. P. Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y. y Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working with interpreters in mental health settings*. Victoria: Victorian Transcultural Psychiatry Unit.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Consultado el 9 de septiembre de 2015 en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Consultado el 9 de septiembre de 2015 en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

- Moliner, M. (2012). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Moussaoui, D. y Casas, M. (2007). *Salud mental en el paciente magrebí*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Mudarikiri, M.M. (2003). Working with the interpreters in adult mental health. En R. Tribe y H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in Mental Health* (pp. 182-198). East Sussex: Routledge.
- Munday, J. (2001). *Introducing Translation Studies: Theories and applications*. Londres; Nueva York: Routledge.
- Munuera Gómez, P. y Munuera Hernández, M. A. (2007) Mediación intercultural en el ámbito-socio-sanitario. *Trabajo Social Hoy, Monográfico*, 119-141.
- Newmark, P. (1991). *About translation*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Newsom, D. (2007). *Bridging the gaps in global communication*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Ng, K. H., Agius, M., & Zaman, R. (2013). The global economic crisis: Effects on mental health and what can be done. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(6), 211-214.
- Núñez, R. T., Lorenzo, I. V., Arjona, D. R., Alcazo, T. L., & Navarrete, M. L. V. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2001). *Por la salud mental en el mundo: sí a la atención, no a la exclusión*. Consultado el 28 de enero de 2013 en http://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf

- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Consultado el 10 de julio de 2014 en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- Organización Mundial de la Salud – OMS– (2013a). *Investing in mental health: Evidence for action*. Consultado el 07 de octubre de 2014 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2013b). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Consultado el 20 de julio de 2015 en http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2015). *Mental disorders: Fact sheet N° 396*. Consultado el 20 de diciembre de 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- Ortí, R., Sánchez, E. y Sales, D. (2008). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural. En B. Gallardo, C. Hernández, y V. Moreno (Eds.), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Valencia*, 114-139.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E. , Masferrer, C., Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto EMILIA. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 300 (115), 109-123.
- Parés-Badell, O. Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8). Consultado el 1 de julio de 2015 en <http://public-files.prbb.org/publicacions/36ea58e0-159f-0132-59de-525400e56e78.pdf>

- Parker, R.M., Ratzan S.C. y Lurie N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality healthcare. *Health Affairs*, 22, 147-153.
- Pena Díaz, C., Echauri Galván, B. y Olivares Leyva, M. (2014). Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos. *Tonos Digital*, 26 (0).
- Petit, Q. (2015, 20 de diciembre). Las mil y una caras de la locura. *El País Semanal*, 34-46.
- Pileño Martínez, E., Morillo Rodríguez, F.J., Salvadores Fuertes, P. y Nogales Espert, A. (2003) El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*, 13, 29-35.
- Plaza, J.A. (2015, 26 de octubre). Salud mental: la falta de fondos lastra lo demás. *Diario Médico*. Consultado el 27 de octubre de 2015 en <http://www.diariomedico.com/2015/10/26/area-profesional/sanidad/salud-mental-la-falta-de-fondos-lastra-lo-demas>
- Popular topics: Improving health literacy (2015). Consultado el 09 de noviembre de 2015 en http://www.plainlanguage.gov/populartopics/health_literacy/index.cfm
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Poyatos, F. (1997). The reality of multichannel verbal-nonverbal communication in simultaneous and consecutive interpretation. En F. Poyatos (Ed.) *Nonverbal communication and translation* (pp. 249-282). Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.
- Poyatos, F. (2002a): *Nonverbal communication across disciplines, volume 2: Paralanguage, kinesics, silence, personal and environmental interaction*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.

- Poyatos, F. (2002b) *Nonverbal communication across disciplines, volume 1: Culture, sensory interaction, speech, conversation*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.
- Queensland Health (2007). *Working with interpreters: guidelines*. Queensland Health Electronic Publishing Service. Consultado el 15 de octubre de 2013 en <http://www.health.qld.gov.au/>
- Qureshi, A. (2009). Comunicación intercultural y relación terapéutica. En Fundación «La Caixa» (Ed.). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona: Fundación «La Caixa».
- Qureshi, A. Revollo, H.W., Collazos, F., Visiers, C. y El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 35, 56-66.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua Española*, 23ª edición. Madrid: Espasa.
- Redacción BBC Mundo (2015, 10 de septiembre). Los países que verdaderamente cargan con el peso de la migración siria. *BBC Mundo*. Consultado el 7 de diciembre de 2015 en http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150909_internacional_vecinos_siria_numeros_conflicto_interno_amv
- Rober, P. (2002). Some hypotheses about hesitations and their nonverbal expression in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 24, 187-204.
- Roberts, J.C, Fletcher, R.H. y Fletcher S.W. (1994). Effects of peer review and editing on the readability of articles published in Annals of Internal Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272 (2), 119-121.

- Sales, D. (2005). Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*, 9(1), 1-15.
- Sales, D. (2008). Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos: ¿Europa intercultural? *Pliegos de Yuste, Revista de Cultura y Pensamiento Europeos*. Consultado el 21 de marzo de 2014 en:
<http://www.pliegosdeyuste.eu/n78pliegos/n78pag77.htm>
- Sales, D. y Valero-Garcés, C. (2006). Bibliografía sobre traducción e interpretación en los servicios públicos y mediación intercultural. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, (1), 249-286.
- Sánchez, A. (2016, 20 enero). España pierde población por la caída del número de extranjeros. *El País*. Consultado el 24 de enero de 2016 en
http://politica.elpais.com/politica/2016/01/19/actualidad/1453217565_449345.html
- Sentell, T. L. y Halpin, H. A. (2006). Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 862-866.
- Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, M.F., Solano Ruiz, M.C, García Hernández, E. y Gabaldón, M. (2001). De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los Cuidados*, 9, 27-33.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. y Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ: British Medical Journal*, 303(6814), 1385 - 1388.
- Steel Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of epidemiology*, 43(2), 476-493.

- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423 - 1433.
- Tilley, C. (1994). Interpreting material culture. En S.M. Pearce (Ed.), *Interpreting objects and collections*, (67-75). Londres: Routledge.
- Toury, G. (1995). *Descriptive Translation Studies - and beyond*. Amsterdam; Filadelfia: John Benjamins.
- Urbanos, R., Aldaz, J., Álvarez-Dardet, C., Ballester Díez, F., Beltrán Aguirre, J.L., Fiuza, D., ...y Villalbí, J.R. (2010). Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 89-94.
- Valero-Garcés, C. (2014a). *Communicating across cultures: A coursebook on Interpreting and Translating in public services and institutions*. Lanham, Maryland: University Press of America.
- Valero-Garcés, C. (Ed.) (2014b). *Fitispos International Journal, volumen 1*. Universidad de Alcalá.
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J.A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 49-53.
- Vázquez, M. L., Vargas, I. y Aller, M. B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142-146.
- Viaggio, S. (1997). Kinesics and the simultaneous interpreter: The advantages of listening with one's eyes and speaking with one's body. En F. Poyatos, (Ed.) *Nonverbal communication and translation* (pp. 283-294). Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.

- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London, Nueva York: Longman.
- Weiss B.D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians, 2nd edition*. Chicago: American Medical Association.

ANEXO: Artículos completos + Informes individuales de las directoras



Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental¹

Fostering Understanding: Some Considerations to Improve Communication Between Patients and Healthcare Providers in Mental Health Settings

Bruno Echaury Galván

Universidad de Alcalá de Henares
España

ONOMÁZEIN 31 (junio de 2015): 265-281
DOI: 10.7764/onomazein.31.20



Bruno Echaury Galván: Departamento de Filología Moderna, Universidad de Alcalá de Henares, España.
| Correo electrónico: bruyo18@hotmail.com

Fecha de recepción: julio de 2013
Fecha de aceptación: marzo de 2015

Resumen

El presente artículo busca subrayar algunos problemas fundamentales que el empleo de cierta terminología especializada puede crear en la transmisión-asimilación de información en el ámbito de la salud mental. Para ello, hemos dividido el proyecto en dos partes. La primera pretende sentar unas bases teóricas a partir de las cuales inferir la problemática que a nivel lingüístico pueden generar nuestros términos de estudio. En la sección posterior, estas dificultades se extrapolarán al campo de la traducción, a fin de proponer alternativas que puedan ayudar a solventarlas en un contexto interlingüístico. Nuestros

objetivos últimos son, por un lado, concienciar a los lectores de las repercusiones (positivas y negativas) que el lenguaje puede tener sobre las personas que padecen un trastorno mental y, por otro, sentar las bases para traducciones más apropiadas que puedan derivar en una comunicación más fluida y adecuada entre pacientes y servicios médicos, tanto en entornos monolingües como en comunicaciones donde el inglés y el español sean las lenguas involucradas. Como punto final, se sugerirán futuras líneas de investigación y aplicación de estas directrices a disciplinas afines como la interpretación.

Palabras clave: terminología; salud mental; comunicación intercultural; traducción.

Abstract

This project seeks to highlight certain basic problems that the use of specific terminology may create in the provision and understanding of information in the Mental Health ambit. The paper has been divided into two parts. The first one presents different theoretical basis from which some linguistic difficulties may arise. The subsequent section extrapolates these issues to an interlinguistic scenario in order to formulate proposals that may be useful to solve them through translation processes. The final goals of this project are i) to raise awareness among readers of the positive and negative impact that language may have

on those persons suffering mental disorders and ii) to provide the basis for more accurate translations that may result in a more fluent and effective communication among patients and healthcare services, either in monolingual or interlinguistic communicative environments where English and Spanish are the languages involved.

In addition, we will suggest extending some of these guidelines to closely-related disciplines such as interpreting.

Keywords: terminology; mental health; intercultural communication; translation.

1 El autor quiere agradecer su apoyo al proyecto InterMed de la Universidad de Alcalá de Henares, financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Gobierno de España.

o. Introducción

Los problemas relacionados con la salud mental son, por lo general, cada vez más comunes en la sociedad actual. En 2001, se calculaba que más de 400 millones de personas en el mundo sufrían algún tipo de trastorno mental y la tendencia alista ante lo que resta de siglo (Malvárez, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2001) los consolida como uno de los principales problemas sanitarios a nivel global. Este aumento de la prevalencia debería venir acompañado de un crecimiento equivalente de la conciencia social con respecto a las implicaciones de estas afecciones, algo que parece no ser así (Arrillaga Arizaga y otros, 2004) y redundando en una comunicación menos efectiva entre médicos y afectados. A este respecto, el lenguaje es un elemento clave para la difusión e intercambio de información entre ambas partes, que presenta problemas y particularidades tanto a nivel intralingüístico como en la comunicación entre diferentes idiomas. En ese sentido, el presente artículo pretende subrayar parte de la problemática surgida del contraste entre el español y el inglés.

La traducción médica como conjunto cuenta con numerosos y detallados estudios (Fernández y Alarcón, 1998; Asrin, 2000; Montalt y González Davis, 2007...) en los que se aborda un amplio abanico de problemas, algunos de carácter general y otros más específicos, como la yuxtaposición de la terminología médica con la menos técnica, las discrepancias y predilecciones a la hora de nombrar distintas enfermedades, las variaciones en la ortografía de algunos nombres propios (Marsh, 1999), el impacto sobre la traducción de la variada etimología (árabe, grecorromana, anglosajona...) del vocabulario médico específico (McMorrow, 1998). Sin embargo, algunas ramas de la medicina como la salud mental aún no cuentan con un volumen tan relevante de literatura a sus espaldas que permita abordar parte de la problemática que genera la traducción en este contexto. En un interesantísimo prólogo a la versión española del

capítulo V de la décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (Organización Mundial de la Salud, 1999; CIE-10 en adelante), se recogen muchos de los desafíos que la traducción de terminología específica entre estas lenguas presenta en el ámbito de la salud mental. Nuestro trabajo busca hacerse eco de la problemática lingüística que esta introducción subraya y, para tratar de lograrlo, lo hemos dividido en dos secciones perfectamente diferenciadas. En la primera, se pretende i) contrastar y ampliar alguno de los puntos señalados en el prólogo del capítulo V de la CIE-10, ii) añadiendo problemas lingüísticos derivados del contraste entre las versiones española e inglesa (American Medical Association, 2012) de este manual y las de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychological Association, 2000; López-Ibor y Valdés Miyar, 2002; DSM-IV en adelante), iii) así como otros aspectos recogidos de otras fuentes que creemos pueden ser de interés. Recalcados los problemas, la segunda parte del artículo se propone adaptar esta terminología a las necesidades de los lectores menos expertos en la materia en un contexto interlingüístico, para lo que se propondrán algunas pautas que puedan resultar útiles al traductor a la hora de acercar conceptos importantes al paciente a través de un vocabulario más fácil de asimilar. Por ello, el criterio principal a la hora de escoger nuestros puntos de análisis ha sido la búsqueda de términos relativamente comunes que presentan ciertas particularidades en su aplicación en esta disciplina sanitaria, ya que lo que se pretende es orientar a los traductores hacia usos adecuados y, en general, presentar a todos los interesados algunos giros que el lenguaje se permite al entrar en el terreno de la salud mental. Esta labor de difusión nos parece relevante, habida cuenta de que un mayor conocimiento por parte del gran público de los distintos aspectos relacionados con los trastornos mentales es fundamental para crear un entorno social más concienciado, comprensivo y dispuesto a ayudar a quien pade-

ce estas afecciones (Jorm, 2000). Del mismo modo, utilizar un vocabulario apropiado cobra especial relevancia en un campo tantas veces incómodo para los pacientes y en el que el temor a las etiquetas negativas permanece (Corrigan, 2004) y se perpetúa, en parte, a través del lenguaje (Gary, 2005). Dicho todo esto, damos paso al cuerpo de nuestro estudio.

1. Algunos problemas terminológicos

1.1. Enfermos sin enfermedades

"Enfermedad" es un término poco utilizado en la descripción de afecciones mentales, para las que se prefiere el empleo de la palabra "trastorno" (Real Academia Nacional de Medicina, 2012). En este sentido, el DSM-IV (2002: xxix) define los trastornos mentales del siguiente modo: "[...] síndromes, patrones comportamentales o psicológicos de significación clínica que aparecen asociados a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. [...] Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica".

Tanto este manual como la CIE-10 hablan en todo momento de "trastornos mentales", reservando el término "enfermedad" para las disfunciones médicas asociadas. Esto no implica ni que existan diferencias fundamentales entre ambos conceptos ni que los trastornos "físicos" y "mentales" no estén directamente relacionados y sean difíciles de disociar en muchos casos. Sin embargo, ambos manuales justifican el empleo de dos términos a través de diversos motivos, a saber: i) la necesidad de establecer una nomenclatura que diferencie el trastorno principal de los asociados o causales, ii) favorecer la minuciosidad en la evaluación y iii) facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud mental.

Otro término recogido en ambos manuales y que conviene analizar es "problema". Es impor-

tante destacar que, en este contexto, se hace un uso muy amplio de la palabra, empleada tanto para hacer referencias generales a afecciones de la salud como para designar aquellos factores "psicosociales y ambientales que pueden afectar al diagnóstico, tratamiento y pronóstico" (López-Ibor y Valdés Miyar, 2002: 31) de los trastornos mentales. Entre estos aspectos se cuentan acontecimientos negativos, dificultades familiares o interpersonales, deficiencias sociales o de recursos y, en definitiva, cualquier problema relacionado con el contexto vital de la persona en cuestión. Todos son elementos a tener en cuenta durante la evaluación del paciente, pero estos "problemas" no podrían considerarse ni síntomas ni enfermedades relacionadas con el trastorno y es importante tener este matiz en cuenta.

Para cerrar este apartado, conviene señalar que, a lo largo del texto, hemos decidido utilizar "afección" como genérico para denominar cualquier problema de salud, obviando posibles matices diferenciadores con otros términos de su mismo campo semántico que sí analizaremos en otras palabras.

1.2. Delirium, delirio y delirante

La terminología relacionada con la palabra "delirio" es un área problemática en el campo de la salud mental. Estudios como el llevado a cabo por expertos médicos de distintos países (Morandi y otros, 2008) destacan la diversidad terminológica y la falta de consenso alrededor de muchos términos asociados a lo que comúnmente denominamos "delirio", derivados muchas veces de fenómenos como el mal empleo de la sinonimia o las traducciones de una lengua a otra. Por consiguiente, creemos importante intentar clarificar conceptos, aunque sea a un nivel técnico elemental como el de este artículo.

En el vocabulario médico empleado en español, existe una notable diferencia entre los tres términos que dan título al apartado. Contra-

riamente a lo que ocurre en el habla coloquial, "delirio" es el menos utilizado (y utilizable) de los tres. Algunas de las razones son que esta palabra ni permite diferenciar entre delirio confusional y delirio esquizofrénico (Organización Mundial de la Salud, 1999) ni resuelve la confusión que supone su coexistencia con el término "delusión" (Cassals Rispau, 2006). En consecuencia, la CIE-10 descarta casi por completo su uso (solo lo emplea en contadas ocasiones) mientras que el DSM-IV sí lo recoge con mayor frecuencia pero siempre fuera de la nomenclatura estandarizada.

Los dos términos restantes son los que ambos manuales utilizan para definir trastornos y síntomas específicos. Así, el *delirium* es un trastorno de la conciencia, la atención, la memoria y otras cogniciones sin una etiología específica, ya que puede ser provocado por distintos factores. Por contra, "delirante" es un término que suele emplearse en la construcción "idea delirante", que hace referencia a aquellas falsas creencias que no pueden rebatirse a través de argumentos lógicos (Castro García y otros, 2004) o, lo que es lo mismo, define a medias lo que en el lenguaje coloquial asociamos a delirio(s) como sustantivo común. La otra mitad del concepto lo conformarían las alucinaciones, definibles como "percepciones sensoriales subjetivas que ocurren sin estimulación del órgano sensorial relevante" (Noé Sebastián y otros, 2001: 677).

1.3. Síntomas positivos

Esta paradoja despertará inmediatamente las sospechas de los lectores y, desde luego, con razón. Si decimos que una persona sufre alucinaciones, se muestra hostil o padece un trastorno formal del pensamiento, ¿consideraríamos que se encuentra perfectamente? Seguro que no. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental y concretamente en el tratamiento de trastornos psicóticos, los tres síntomas mencionados anteriormente se consideran "síntomas positivos" (Moriani Elvira y otros, 2004). En este contexto, debemos disociar el término "positivo" de la idea

de "bueno": los síntomas positivos son aquellos que reflejan procesos mentales anómalos a través de la exageración de una función o comportamiento del paciente, mientras que los negativos abarcarían tanto los déficits funcionales y comportamentales como la disminución de determinadas funciones psíquicas; entre estos últimos, se cuentan la inexpressividad, la pérdida de interés y emoción, la anhedonia, el alejamiento de las relaciones sociales... (Cortés Ruiz, 2009). Otra diferencia sustancial entre ambos radica en que, mientras los primeros pueden tratarse farmacológicamente, los segundos presentan una menor respuesta a la medicación y, por tanto, es más factible que perduren en fases residuales del trastorno (Mueser, 2007 [2002]: 611).

1.4. Enfermos crónicos

El uso de la palabra "crónico" es un campo delicado abierto a la confusión terminológica. Ante las connotaciones negativas que arrastra el uso de este término y de otros asociados como "cronicidad", en los últimos años se han buscado alternativas que permitan eliminar o, cuando menos, restringir el empleo de esta palabra. Así, se estableció, por ejemplo, la denominación Trastorno Mental Severo (TMS) para hacer referencia a los trastornos mentales graves de larga duración que conllevan distinto grado de discapacidad y disfunción social (Rodríguez González, 2003). Estos dos últimos aspectos componen en gran medida la carga estigmatizante del término "crónico", puesto que, como señalan Turón, Sánchez Faust y Grau (2011), todavía se tiende a asociar a los enfermos de este tipo con la inutilidad o la incapacidad a la hora de desempeñar ciertas tareas. Según el mismo artículo y a fin de evitar estos matices peyorativos, se prefiere el empleo de la palabra "persistente", adjetivo que ha ido ganando presencia en las escalas internacionales en los últimos años y cuyo uso se recoge tanto en nomenclaturas concretas como a nivel general. Sin embargo, no existe todavía un consenso en lo concerniente a este tema y

ambos adjetivos coexisten actualmente en el vocabulario español empleado en el campo de la salud mental. Así, mientras la CIE-10 aboga por el empleo de "persistente", el DSM-IV prefiere el empleo del término "crónico" para referirse al mismo concepto.

1.5. Pánico, ansiedad y angustia

El uso de estos términos presenta algunos puntos de conflicto que conviene analizar. En primer lugar, es importante resaltar que, en el lenguaje empleado en salud mental, pasan a ser sinónimos muy próximos a pesar de las diferencias que existen entre ellos en el habla coloquial. De este modo, la terminología técnica actual acepta, por ejemplo, el empleo de términos como "crisis de pánico" o "crisis de angustia" como síntomas dentro de los cuadros clínicos denominados "trastornos de ansiedad" (Ivanovic-Zuvic, 2002). Del mismo modo, la CIE-10 considera "angustia" y "ansiedad" como sinónimos equivalentes al inglés *anxiety*. Sin embargo, el empleo de estos tres términos no es indistinto, y presenta varias diferencias y semejanzas en ambos manuales que creemos conveniente subrayar:

- 1) Tanto el DSM-IV como la CIE-10 traducen *anxiety disorders* como "trastornos de ansiedad".
- 2) La traducción del término *panic* presenta diferencias significativas. Así, la CIE-10 traduce *panic disorder* como "trastorno de pánico", mientras que el DSM-IV utiliza "trastorno de angustia".
- 3) El punto anterior deriva en otra diferencia sustancial entre ambos manuales. Mientras la CIE-10 descarta el empleo de "angustia" en la nomenclatura estandarizada, el DSM-IV hace lo propio con la palabra "pánico". Estos términos no utilizados en los nombres oficiales sí se emplean, sin embargo, a la hora de describir síntomas o situaciones concretas. A continuación, presentamos dos ejemplos:

- "Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación..." (Organización Mundial de la Salud, 1999; descripción de un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos).
- "El miedo o la ansiedad pueden transformarse en intensos, con pánico ante la locura o la muerte" (López-Ibor y Valdés Miyar, 2002: 257).

1.6. Grave, agudo y mayor

Es importante señalar que estos tres términos no son intercambiables, sino que cada uno de ellos tiene unas connotaciones y aplicación bastante concretas. Examinémoslos uno por uno:

- Grave: se emplea en la gradación de la gravedad de la afección. A este respecto, tanto la CIE-10 como el DSM-IV tienden a clasificar los distintos trastornos mentales como leves, moderados o graves.
- Agudo: aplicado a una enfermedad o situación afín que comienza de manera brusca, cursa con manifestaciones clínicas intensas y evoluciona de forma relativamente rápida y breve (Real Academia Nacional de Medicina, 2012).
- Mayor: reservado a afecciones específicas; principalmente aplicado a la depresión.

Por supuesto, existen otros matices en su aplicación, pero, como punto de partida, creemos que esta es una clasificación adecuada para señalar las diferencias entre ellos. De este modo, un trastorno de estrés post-traumático sería agudo cuando los síntomas tuvieran una duración inferior a tres meses o crónico si fuese superior (Montt y Hermosilla, 2001); un trastorno obsesivo compulsivo podría considerarse grave, moderado o leve a partir de una evaluación psicológica que calibre la gravedad del trastorno, midiendo la presencia y el grado en el que se dan

distintos síntomas (Ballesteros Montero y Ulloa Flores, 2011), y un trastorno depresivo se calificaría como mayor si se considerara entre grave y moderado, siendo los casos leves su contrapunto (Gómez-Restrepo y otros, 2004). Estos ejemplos demuestran que los tres adjetivos analizados no funcionan como sinónimos y prueban lo cuidadoso que hay que ser a la hora de emplearlos.

2. Implicaciones para la traducción inglés-español

Hasta ahora, hemos descrito algunos problemas tanto intra- como interlingüísticos relacionados con la terminología asociada a los trastornos mentales, lo que nos ha servido también para señalar algunas de las particularidades que presenta la relación entre lenguaje y salud mental, un campo en el que tratar de tender puentes culturales y lingüísticos entre emisores y receptores supone enfrentarse a dificultades que van más allá de la complejidad terminológica y la asimetría a nivel de conocimientos entre las partes. Desgraciadamente, el peso que las etiquetas negativas tenían hace años sobre los pacientes y su entorno (Link y otros, 1987) sigue todavía presente (Corrigan, 2004), lo que genera un problema adicional en los afectados, que deben enfrentarse, además de a los síntomas propios del trastorno, a las repercusiones consecuencia del estigma, a menudo más constantes y permanentes que los primeros (López y otros, 2008). El lenguaje no ha sido, por supuesto, impermeable a estos prejuicios, que han cargado ciertas palabras y conceptos de matices negativos y lo han convertido en uno de los factores fundamentales en la construcción de estereotipos y etiquetas. Así, la lengua ha sido, en general y hasta ahora, utilizada muchas veces como "arma", pero puede también convertirse en remedio si en lugar de agravar o perpetuar esta situación lo que se pretende es aliviarla. Siendo esta última nuestra intención, los siguientes párrafos buscan, dentro de las limitaciones a las que se ve sujeto el traductor, favorecer y mejorar la transmisión de información

entre el ámbito médico y los afectados (directa o indirectamente) por algún trastorno mental. Por ello, las propuestas de nuestro trabajo se dirigen fundamentalmente a la traducción de documentos divulgativos, contexto dentro del cual intentaremos hallar puntos de encuentro entre las teorías que defienden emplear un lenguaje técnicamente apropiado, a fin de que el paciente se familiarice con conceptos clínicos específicos (Albin, 1998; Newmark, 1979), y las que hablan de adaptar el mensaje al vocabulario del lector para que comprenda fácilmente los conceptos que se le presentan (Herget y Alegre, 2009; Weiss, 2007). Esto implica buscar un delicado equilibrio entre pragmatismo y especificidad con el objeto de desarrollar un código formalmente adecuado que permita, al mismo tiempo, una transmisión precisa de información; para tratar de encontrarlo, analizaremos las opciones que la terminología estandarizada ofrece, buscaremos la alternativa más idónea en función de la audiencia de destino y/o aplicaremos estrategias traslativas como la generalización (Klaudy, 2003 en Kubáčková, 2009: 35), la normalización o la explicitación (Halverson, 2010: 351) —dentro de la cual incluimos el empleo de paráfrasis y explicaciones (Baker, 2011: 33-43)— sobre los puntos descritos en la sección anterior, estableciendo la idoneidad clínica de nuestras propuestas como principal frontera para estas prácticas. En esta línea, también buscaremos limitar la variedad terminológica a partir de la idea de Albin (1998) de que es conveniente crear un vocabulario concreto para cada texto, empleando palabras que el lector asocie a un único significado a fin de facilitar la asimilación del mensaje. Todo este proceso podría enmarcarse dentro de las competencias de los traductores que actúan como mediadores lingüístico-culturales en el ámbito sanitario (más detalles sobre esta figura en Castiglioni, 1997), a cuya complicada labor este proyecto pretende ayudar esbozando algunas pautas que permitan, dentro del campo de la salud mental, i) comunicar la misma idea ii) en un lenguaje preci-

so pero también comprensible para el paciente, que además iii) reduzca en lo posible el empleo de ciertos términos "marcados" negativamente que pueden generar incomodidad en el lector. Antes de seguir, conviene, sin embargo, señalar que las propuestas recogidas a continuación son ejemplos de decisiones informadas (Casals Rispau, 2006) que creemos válidas y correctas, pero que admitirían el empleo de alternativas en función de factores como el contexto o el *skopo* de la comunicación, siempre que estas estuvieran adecuadamente justificadas.

2.1. Enfermedad, trastorno y problema

Resumiendo lo visto en el apartado 1.1, la mayor parte de disfunciones listadas tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 se definen como "trastornos"; el término "enfermedad" se reserva para hacer referencia al resto de disfunciones médicas y a la palabra "problema" se le dan múltiples usos y significados, entre ellos el de definir las condiciones psicosociales o ambientales (laborales, económicos, de vivienda...) que pueden afectar al estado de salud del paciente. Esta diferenciación también se produce en inglés (siendo *disorder*, *disease* y *problem* los equivalentes empleados) y de ella podemos sacar distintas conclusiones de cara a la traducción. El error en el uso del término apropiado es relativamente fácil de solventar. Sin embargo, sí que es necesario tener en cuenta las líneas teóricas anteriores para escoger la opción apropiada. No obstante, si se desconoce o se ha olvidado la denominación correcta, podemos establecer una pauta general que favorezca la diferenciación entre los tres términos, limitando así la variedad terminológica y facilitando que el paciente se familiarice con el vocabulario utilizado, ya que los términos a recordar quedan semánticamente mejor acotados. Nuestra propuesta en este sentido coincide casi por completo con las decisiones adoptadas en los manuales y consistiría en utilizar el término

"trastorno" cuando se hable de una afección relacionada con la salud mental y "enfermedad" para el resto de disfunciones médicas, dejando el empleo de "problema" para describir otro tipo de agravantes. De este modo, para un cuadro en el que el paciente sufra, por ejemplo, demencia por enfermedad de Parkinson acompañada por problemas sociales, "trastorno" sería el hiperónimo adecuado para "demencia" (*dementia*), "enfermedad" el que usaríamos para la enfermedad de Parkinson (*Parkinson disease*) y "problemas" el término apropiado para hacer referencia a esas circunstancias del entorno que influyen de manera negativa en el paciente (*social problems*).

2.2. Delirium, delirio e ideas delirantes

En el apartado 1.2 de este artículo describíamos cómo el principal problema en relación a estos términos surge del choque que se produce entre el uso común y clínico de la palabra "delirio". Como señalábamos, entre las personas ajenas al campo de la medicina, esta palabra es la más reconocible y utilizada de las tres, mientras que, desde un punto de vista clínico, parece la menos correcta y recomendable si tomamos en consideración el limitado uso que los manuales oficiales hacen de ella. El debate que se plantea a partir de esta situación es si seguir las directrices de estos últimos y descartarla o, por el contrario, defender su empleo al tratarse de un término fácilmente identificable por el gran público. Nuestra opinión en este caso coincide con la de los manuales diagnósticos y a continuación explicamos por qué.

La primera razón para descartar el empleo de la palabra "delirio" es, al igual que hicimos con "angustia", limitar la variedad terminológica: la inclusión de "delirio" en una traducción implica en la mayor parte de los casos añadir un término innecesario, puesto que contrastando las versiones inglesas y españolas de la CIE-10 y el DSM-IV comprobamos que las palabras empleadas son

delirium en ambas lenguas para nombrar al trastorno propiamente dicho² y *delusion* por "ideas delirantes". En otras palabras, utilizar "delirio" supone, desde un punto de vista puramente clínico, añadir a la comunicación un término sin un equivalente claro en otros idiomas que quedaría, por consiguiente, en un limbo semántico que resulta innecesario crear. Pero dejando a un lado los aspectos más técnicos, esta pauta también puede justificarse con argumentos más familiares para todos los que no somos expertos en salud mental. Un rápido análisis de la concepción general de "delirio" permite observar los matices peyorativos que el uso y el tiempo han dado a esta palabra. El diccionario de la RAE (2001), por ejemplo, la define como "acción de delirar", un verbo que, a su vez, arrastra connotaciones negativas desde sus orígenes, ya que se trata de un término derivado del latín *delirare*, que literalmente significa "salirse del surco" pero que se empleaba metafóricamente con el sentido de hacer locuras, extravagancias o estar fuera de los cabales (Corominas y Pascual, 1980). Este significado se ha conservado e incluso potenciado hasta llegar a nuestros días, donde la mayor parte de la gente sigue identificando este término con "decir, creer o pensar cosas disparatadas o incoherentes; concebir ilusiones insensatas" (María Moliner, 2012). Si restringimos o eliminamos el uso de la palabra "delirio" evitamos que estas arraizadas concepciones acudan a la mente del paciente durante la lectura, le ayudamos a familiarizarse con una nomenclatura más exacta y para nada compleja y, además, subsanamos otra inexactitud clínica presente en la última definición que citábamos, puesto que aceptarla implica considerar las ideas delirantes ("decir, creer o pensar cosas disparatadas o incoherentes") y las alucinaciones ("concebir ilusiones insensatas") como una misma cosa cuando no es así. Seguir la pauta que hemos marcado permite diferenciar

también estos dos conceptos, empleando "alucinaciones" como traducción del término clínico *hallucinations*, y no "delirios", para englobar dos síntomas que es aconsejable diferenciar.

En resumen, en base a los argumentos presentados podemos sugerir que i) descartar el uso del término "delirio" en la traducción está generalmente justificado puesto que ii) el empleo de *delirium* para nombrar al trastorno y de iii) "ideas delirantes" y "alucinaciones" para la sintomatología iv) cubre con propiedad la nomenclatura anglosajona a través de términos comprensibles para el paciente y con una menor carga negativa.

2.3. Síntomas positivos y negativos

Si acudimos a los diccionarios de uso común, comprobamos cómo la definición de positivo ("cierto o real; práctico o provechoso" en el diccionario de María Moliner; "cierto efectivo, verdadero y que no ofrece duda; útil o práctico" en el de la RAE) a la que normalmente recurrimos difiere considerablemente del empleo que se hace de la palabra en este contexto. Por ello, en la traducción de documentos de carácter divulgativo, conviene indicar al lector a qué nos referimos con este término, por lo que, si no está explicado o no encontramos ninguna aclaración en el original, sería recomendable explicitar su verdadero significado a fin de evitar potenciales confusiones. Pero también es posible evitar la paráfrasis a través del uso de un término concreto.

Teniendo en cuenta que los términos en inglés también son *positive* y *negative symptoms*, su denominación oficial en este idioma tampoco ofrece ninguna pista o pauta que pueda dar lugar a una traducción menos confusa. Tratando de resolver el problema, encontramos que los términos "productivo" (*productive symptoms*) y "deficitario" (*deficit symptoms*) son considerados sinónimos muy próximos de "positivo" y

2 Al margen de los manuales clínicos, otros expertos (Morandi y otros, 2008) recomiendan el empleo de *delirium* como término de uso global (no solo en inglés y en español) para referirse a esta afección.

"negativo", respectivamente (Campbell, 1989). Estas podrían ser, en principio, dos alternativas válidas, sobre todo teniendo en cuenta que "deficitario" recoge mejor, en nuestra opinión, el sentido de disminución de las funciones normales de los síntomas negativos. Sin embargo, cabe argumentar que el adjetivo "productivo" podría considerarse confuso, dadas sus connotaciones positivas en el habla habitual. En consecuencia, proponemos dos posibles soluciones para aquellos casos en los que evitar la paráfrasis a través de un término concreto derive en una comunicación más fluida:

- Síntomas no deficitarios: Considerando "deficitario" un término fácil de relacionar con "pérdida", añadir este adverbio de negación puede ayudar al paciente a diferenciar y comprender ambos conceptos a través de la contraposición.
- Síntomas por sobreestimulación: Esta opción busca facilitar la asociación de ideas apelando a las exageraciones en el funcionamiento normal que provocan los síntomas positivos.

Huelga decir que estos términos no están oficialmente reconocidos. Su empleo tiene un propósito aclaratorio, buscando acercar el concepto médico al paciente a través de una terminología menos ambigua que limite los malentendidos. Dicho esto, mantenemos que la mejor de las opciones suele ser explicar el término al paciente de la forma más clara posible, lo que facilita su familiarización con el concepto y refuerza la confianza del paciente, cara a futuras consultas médicas (Simpson y otros, 1991).

2.4. Cronicidad y estigma

La situación descrita en la sección 1.4 dibuja un panorama ambiguo que ha provocado, entre otras cosas, que existan trastornos con más de un nombre oficial reconocido. De este modo, mientras que en el DSM-IV leemos "trastorno delirante crónico", la misma afección en la CIE-10 recibe el

nombre de "trastorno por ideas delirantes persistentes", lo que valida el empleo de "persistente" como sinónimo. Esta situación nos lleva al debate sobre cuál de los dos resulta más adecuado utilizar en un proceso de traducción. Para tratar de dar una respuesta razonada a esta pregunta vamos a considerar varios factores. En primer lugar, conviene señalar que en inglés lo que aquí denominamos "crónico" recibe el tratamiento de *chronic*, como en el caso de los "trastornos de tics motores crónicos", cuyo equivalente en la versión americana del DSM-IV es *chronic motor tic disorder*. De este modo, la consulta de cualquier diccionario (médico o de uso habitual) probablemente nos conduciría a utilizar "crónico" en una traducción hacia el español. Sin embargo, la tendencia a evitar el uso de esta palabra en el ámbito de la salud mental es cada vez más generalizada en nuestro país, lo que hace que considerar otras opciones menos obvias sea algo necesario. Este sería el caso, por ejemplo, del *chronic post-traumatic stress disorder* (extraído de Bisson y otros, 2007), cuya traducción más literal (y reconocida) sería "trastorno por estrés postraumático (de tipo) crónico" pero que, siguiendo las directrices marcadas por la CIE-10, podríamos perfectamente traducir como "trastorno por estrés postraumático persistente" a fin de evitar emplear el término que hemos "marcado" como negativo.

Para aquellos casos en los que el adjetivo "crónico" se emplee con un carácter más general fuera de la propia denominación del trastorno, además del tantas veces repetido "persistente", podemos manejar otras opciones derivadas de aplicar un proceso traslativo de generalización al término. En ese sentido, ejemplos como "de larga duración" o "prolongado" serían aceptables y también suavizarían los matices negativos asociados a la cronicidad.

2.5. Panic, anxiety y sus complicaciones

Si en la sección 1.5 analizábamos la proximidad semántica entre "pánico", "ansiedad" y "angustia" dentro del ámbito clínico y veíamos las

diferentes opciones que presenta la traducción de los términos *anxiety* y *panic*, en este apartado vamos a tratar de limitar las opciones, de cara a la comunicación con el paciente a través de un equilibrio entre el lenguaje técnico y el empleo de estos términos en el habla cotidiana.

Pese a que la CIE-10 considera casi sinónimos los términos "ansiedad" y "angustia", anteriormente hemos mostrado cómo ambos manuales coinciden en traducir *anxiety disorders* como "trastornos de ansiedad". Por tanto, parece que, desde un punto de vista clínico, existe un consenso más o menos extendido con respecto a la traducción de la forma inglesa. Para acabar de esclarecer posibles dudas a la hora de escoger entre las dos opciones principales que presenta el español, hemos decidido examinar la idoneidad de utilizar "ansiedad" en el habla cotidiana a través de la consulta de dos diccionarios de uso común como son el de la RAE (2001) y el Diccionario de Uso del Español (Moliner, 2012), comprobando que, en ambos casos, se recoge como sinónimo de "angustia" y como término asociado al campo de la medicina. Parece, pues, que esta palabra encuentra ese equilibrio entre terminología técnica y lenguaje cotidiano que tan difícil resulta conseguir y, por tanto, se presenta como una mejor opción a la hora de traducir *anxiety*.

Mayor problema surge, sin embargo, a la hora de encontrar acuerdo para la traslación de *panic*, puesto que del contraste entre el DSM-IV y la CIE-10 no logra extraerse una pauta clara. Para tratar de esclarecer esta cuestión, acudimos, como en el punto anterior, a la búsqueda de un equilibrio entre especificidad y un vocabulario más próximo al público en general. Una de las principales disimilitudes de matiz entre ambos términos podemos verla al contrastar estas dos definiciones, elaboradas a partir de la consulta de los dos diccionarios mencionados en el párrafo anterior:

- Pánico: Miedo extremo o terror provocado por el peligro de un amenaza inminente y que a menudo es colectivo y contagioso.

- Angustia: Intranquilidad con padecimiento intenso, por ejemplo, por la presencia de un gran peligro o la amenaza de una desgracia.

Ambas definiciones, aunque similares, presentan algunas diferencias significativas. El empleo de palabras como "terror", "miedo" o "extremo" ("grandísimo" es el adjetivo empleado por María Moliner) parece dar a "pánico" una carga semántica que implica mayor gravedad. Este rasgo coincide con el hecho de que tanto la CIE-10 como el DSM-IV parecen de acuerdo en señalar el pánico como un estado de crisis superior a, por ejemplo, la ansiedad, por lo que su uso en detrimento de angustia ayudaría a destacar ese matiz diferenciador. Otro argumento a favor del uso de "pánico" es el efecto que provoca en los pacientes puesto que, según la CIE-10, estos sienten que este término describe mejor sus sensaciones. En consecuencia, podemos considerar que el empleo de este término como traducción del inglés *panic* resulta semánticamente más adecuado, tanto a la hora de describir una afección concreta como para hablar de síntomas característicos como un "ataque de pánico". Para justificar esta elección se puede también recurrir al argumento de la limitación terminológica, según el cual condensar dos conceptos similares (angustia y pánico) en un solo término (pánico) resultaría una práctica adecuada.

En resumen, las pautas que sugerimos en relación a este punto son:

- 1) "Ansiedad" por *anxiety*.
- 2) "Pánico" por *panic*.
- 3) Descartar o, cuando menos, restringir el uso de "angustia".

2.6. Describiendo la gravedad del trastorno

En este punto, hay que ser cuidadoso con el falso amigo que supone *severe*, adjetivo empleado con mucha frecuencia en el ámbito médico anglosajón a la hora de determinar la gravedad

de los trastornos mentales³ y que será conveniente someter a un proceso de normalización contextualizado a la hora de traducir. Otra palabra relacionada con la que hay que tener cuidado es *serious*, frecuentemente empleada como sinónimo del término anterior. Tanto en el inglés escrito como hablado, podemos encontrarnos con construcciones como *severe mental disorder* o *serious mental disorder* refiriéndose exactamente a lo mismo. Por poner un ejemplo, dos artículos como el de Fazal y Danesh (2002), por un lado, y el de Teplin (1990), por otro, tratan un tema muy similar como es el impacto de los trastornos mentales graves en la población reclusa o detenida, pero cada uno utiliza un adjetivo diferente para calificar estas afecciones. La traducción de estos términos ha generado una duplicidad similar en el español, puesto que es casi tan común encontrar la denominación "trastorno mental severo" (López y otros, 2005) como "trastorno mental grave" (López y Laviana, 2007). Bajo nuestro punto de vista, esta última opción resulta mucho más adecuada y a continuación explicamos por qué.

A la hora de traducir estos términos es importante mantener la cabeza fría y no dejarse llevar por primeros impulsos que deriven en "traducciones-reflejo" como "severo" y "serio", ya que no son las más idóneas. La primera resultaría inadecuada por no adaptarse semánticamente al contexto, ya que entre las acepciones de esta palabra (Real Academia de la Lengua Española, 2001) no se recoge el significado de gravedad y no debería emplearse en el ámbito sanitario (Navarro, 2004). La segunda podría considerarse algo más apropiada en este sentido, puesto que dicho adjetivo puede utilizarse para describir algo "grave, importante o de consideración" como una enfermedad. Sin embargo, en español contamos con el término "grave", quev como explicábamos en la sección 1.6, tanto el

DSM-IV como la CIE-10 tienden a utilizar a la hora de calificar la gravedad de los trastornos, lo que en principio haría innecesario recurrir a otras alternativas más cuestionables.

En cuanto al resto de términos vistos en el apartado 1.6, las traducciones más adecuadas podrían ser las siguientes:

1) Agudo ↔ *acute*. Ejemplos:

"...dos subtipos: el trastorno por estrés post-traumático agudo, en que los síntomas se inician durante los seis meses posteriores al trauma..." (Carvajal, 2002: 1).

"Persons developing acute post-traumatic stress disorder differ markedly in their processing of early steps..." (Rahe, 1993: 1).

2) Mayor ↔ *major*. Ejemplos:

"Guía práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto" (Grupo de Trabajo sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

"Major depression fact sheet" (National Alliance on Mental Illness, 2009).

Este último término presenta un matiz semántico interesante puesto que, como ya mencionábamos anteriormente, abarca los trastornos depresivos graves y moderados. Por tanto, en ciertas ocasiones no sería incorrecto utilizar el adjetivo "grave" siempre que estemos seguros de que este es el grado en el que la afección se manifiesta en el paciente. En este sentido, toda depresión grave es mayor, pero no toda depresión mayor puede considerarse grave.

Para finalizar este apartado, conviene señalar que los otros dos grados recogidos en la escala de gravedad de los trastornos, esto es, "leve" y "moderado", suelen traducirse (basándonos en la versión inglesa de la CIE-10 y el DSM-IV) como *mild* y *moderate*, respectivamente.

3 Además de utilizarse para describir la gravedad de los trastornos, *severe* también puede aparecer con otros significados en la comunicación en salud mental (por ejemplo, para gradar la intensidad de los síntomas). En estos casos, el abanico de posibilidades a la hora de traducirlo se abriría en función del contexto (Navarro, 2004).

2.7. Metonimia peyorativa

En este último punto, sin equivalente en la sección 1 del artículo, hemos decidido describir un fenómeno lingüístico que, en nuestra opinión, juega un papel importante en la estigmatización y el etiquetado del paciente con un trastorno mental. Al igual que en otros ámbitos de la medicina no nos referimos a una persona como "sídosa" o "cancerosa", no parece adecuado definir a un paciente por su enfermedad en ningún otro contexto, incluido el de la salud mental (López-Ibor y Valdés Miyar, 2002: xxix). Así, resulta mucho más adecuado hablar de un paciente que "padece esquizofrenia" que de un "esquizofrénico" o de alguien que "sufre demencia" que de "un demente". El uso de estos nombres se ha ido cargando poco a poco de matices peyorativos, ya que el significado que han adquirido se basa en la conservación de los principales aspectos negativos de la afección. En consecuencia, tendemos a relacionar palabras como "esquizofrénico" o "psicótico" con los casos extremos con los que normalmente entramos en contacto a través del cine o la televisión. Esta visión prototípica y alejada de la realidad tiene su reflejo incluso en diccionarios como el de María Moliner (2012), donde en la definición de "demente" puede leerse "loco: se aplica a la persona que tiene la mente trastornada". Es difícil pensar que un traductor profesional se vea tentado de acortar frases como *people with bipolar disorder go through unusual mood changes* (National Institute of Mental Health, 2009) para escribir que "los bipolares experimentan cambios inusuales en su estado de ánimo". Igualmente, resulta poco probable que profesionales de la sanidad utilicen la metonimia en este aspecto. Sin embargo, el uso de nombres como "esquizofrénico" (*schizophrenic* en inglés) está hoy en día bastante extendido, por lo que es factible que se filtren en la comunicación (especialmente en la oral) en algún momento. Por ello, si cualquiera

de las partes involucradas emplease este fenómeno de cambio semántico, conviene esforzarse en corregirlo, sustituyendo este tipo de denominaciones por estructuras alternativas en las que se parafrasee el concepto como "paciente/persona con esquizofrenia" (*patients/people with schizophrenia*), "paciente/persona que padece esquizofrenia" (*patients/people suffering from schizophrenia*), "afectados por la esquizofrenia" (*people affected by schizophrenia*), etcétera.

2.8. Orientaciones hacia la interpretación

Como disciplina "hermanada" con la traducción, la interpretación es otro de los campos donde la comunicación intercultural tiene una especial importancia. Por ello, consideramos que sería posible extrapolar varias de las pautas expuestas hasta ahora a esta rama de la comunicación interlingüística.

Sin embargo, las directrices a seguir en esta disciplina varían inevitablemente, puesto que está expuesta a condicionantes distintos, como las restricciones de tiempo o la celeridad en la toma de decisiones inherente a la profesión. Estos rasgos generan una problemática particular que, por ejemplo, provoca que sea más fácil dudar entre el uso de una u otra denominación a la hora de trasladar un término de uno a otro idioma (como botón de muestra, basta imaginar una situación en la que la parte angloparlante utilice términos como *disease*, *disorder* o *illness* indistintamente y la consiguiente dificultad para el intérprete de trasladar el concepto con precisión).

Otro problema que puede surgir a la hora de interpretar es la dificultad de introducir explicaciones y aclaraciones terminológicas de cierta extensión. Incluso cuando fuera posible, la velocidad de la comunicación oral hace más difícil fijar y asimilar conceptos. Es por ello que,

4 Mi traducción.

siguiendo con los ejemplos que hemos visto anteriormente, resultaría más positivo para la comunicación utilizar un término concreto en lugar de una paráfrasis, más sencilla de introducir en un texto escrito.

Estas y, por supuesto, otras cuestiones, abren, a mi modo de ver, una importante vía de investigación que, a través de estudios empíricos e indagaciones más exhaustivas, podrían llevar a interesantes conclusiones que seguro mejorarían las interacciones interculturales entre médico y paciente en el ámbito de la salud mental.

3. Conclusiones

El avance y aumento de la prevalencia de los trastornos mentales hace que cada vez sea más necesario familiarizarse con el vocabulario asociado a la salud mental. Sin embargo, este no es un campo sencillo, puesto que a la problemática inherente a toda terminología técnica o específica se unen rasgos distintivos delicados, como el peligro/miedo al estigma o la incomodidad con la que generalmente el paciente afronta cualquier comunicación relacionada con los trastornos de este tipo. Estas y otras razones convierten la salud mental en un entorno comunicativo particular con múltiples aristas y factores a tener en cuenta, más cuando existe una barrera lingüística, cultural y de conocimientos entre las partes implicadas. En ese sentido, lejos de querer aleccionar a los más expertos, la pretensión de este proyecto ha sido acercar a todo lector, pero en particular a los traductores que se adentran por primera vez en la materia, a algunos conceptos fundamentales y problemáticos, explicando, por un lado, su significado y razón de ser para, posteriormente, aplicar esta base de conocimiento a la comunicación entre distintas lenguas, en este caso, el español y el inglés. Teniendo en cuenta que las consideraciones recogidas en este artículo son solo parte de un todo mucho más complejo, nuestra intención es dar continuidad a esta línea de investigación incluyendo nuevos

puntos de análisis y ampliando el estudio a disciplinas afines para seguir explorando los distintos ángulos del lenguaje en el campo de la salud mental, ajustar su uso a las necesidades de la comunicación entre los pacientes y el colectivo médico, y crear más y mejores propuestas que puedan ayudar a traductores y otros profesionales en la difícil labor de desarrollar estrategias que posibiliten una comunicación interlingüística más adecuada en este contexto.

4. Agradecimientos

A Sonia Martínez Castellano (enfermera especializada en salud mental) y Triana Sanz Font (psicóloga) por su asesoramiento y colaboración.

5. Bibliografía citada

ALBIN, Veronica, 1998: "Translating and formatting medical texts for patients with low literacy skills", *Translation and Medicine* (ed. Henry Fischbach). Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins, 117-129.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2012: *ICD-10-CM 2013: The Complete Official Draft Code Set*, Chicago: Autor.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2000: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.: DSM-IV-TR*, Washington, DC: Autor.

ARRILLAGA ARIZAGA, Maite, y otros, 2004: "Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental", *Revista Atención Primaria* 33(9), 491-495.

ASRIN, Luis, 2000: *Inglés médico: manual de traducción*, Córdoba: El Galeno.

BAKER, Mona, 2011: *In other words: A coursebook on translation, 2nd edition*. Londres, Nueva York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- BALLESTEROS MONTERO, Ana T, y ROSA E. ULLOA FLORES, 2011: "Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave", *Salud Mental* 34(2), 121-128.
- BISSON, Jonathan I, y otros, 2007: "Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis", *British Journal of Psychiatry* 190, 97-104.
- CAMPBELL, Robert J., 1989: *Psychiatric dictionary, sixth edition*. Nueva York, Oxford: Oxford University Press.
- CARVAJAL, César, 2002: "Trastorno por estrés post-traumático: aspectos clínicos", *Revista chilena de neuropsiquiatría* 40(2), 20-34.
- CASALS RISPÀU, Sergi, 2006: "Reflexiones sobre la variación terminológica del español científico ilustradas con el caso del término inglés 'delusion'", *Panace@* 7(24), 222-227.
- CASTIGLIONI, Marta, 1997: *La mediazione linguistico-culturale: Principi, strategie, esperienze*, Milán: FrancoAngeli.
- CASTRO GARCÍA, Alfonso, y otros, 2004: "Complicaciones psiquiátricas de la enfermedad de Parkinson: clínica y tratamiento", *Revista de Neurología* 39(7), 646-650.
- COROMINAS, Joan, y JOSÉ A. PASCUAL, 1980: *Diccionario crítico etimológico Castellano e Hispano*, Madrid: Gredos.
- CORRIGAN, Patrick, 2004: "How stigma interferes with mental health care", *American Psychologist* 59(7), 614-625.
- CORTÉS RUIZ, María J., 2009: *Endofenotipos dispositionales en los pacientes psicóticos y sus familiares de primer grado*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili.
- FAZEL, Seena, y JOHN DANESH, 2002: "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys", *Lancet* 359, 545-550.
- FERNÁNDEZ, Félix, y ESPERANZA ALARCÓN NAVIO, 1998: "La terminología especializada y el léxico común en el marco de la traducción de textos médicos de divulgación" en Leandro F. FERNÁNDEZ y E. ORTEGA ARJONILLA (coords.): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*, Granada: Editorial Comares, 169-186.
- GARY, Faye A., 2005: "Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities", *Issues in Mental Health Nursing* 25(10), 979-999.
- GÓMEZ-RESTREPO, Carlos, y otros, 2004: "Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana", *Revista Panamericana de Salud Pública* 16(6), 378-386.
- GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO, 2008: *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*, Madrid: Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- HALVERSON, Sandra, 2010: "Cognitive translation studies", *Translation and Cognition* (eds. Gregory M. SHREVE y Erik ANGELONE). Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins, 349-369.
- IVANOVIC-ZUVIC, Fernando, 2002: "Diagnóstico diferencial de las crisis de angustia", *Revista chilena de epilepsia* 3, 18-28.
- JORM, Anthony F., 2000: "Mental Health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders", *British Journal of Psychiatry* 177, 396-401.
- KUBAČKOVÁ, Jana, 2009: "Keeping Czech in check: A corpus-based study of generalization in transla-

- tion", *SKASE Journal of Translation and Interpretation* 4(1), 33-52.
- LINK, Bruce G., y otros, 1987: "The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter", *American Journal of Sociology* 92(6), 1461-1500.
- LOPEZ, Marcelino, y Margarita LAVIANA, 2007: "Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 27(1), 187-223.
- LOPEZ, Marcelino, y otros, 2008: "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28(101), 43-83.
- LOPEZ, Marcelino, y otros, 2005: "Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio", *Rehabilitación psicosocial* 2(1), 2-15.
- LOPEZ-IBOR, Juan J., y Manuel VALDES MIÑAR, 2002: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª ed.: *DSM-IV-TR*, Barcelona: Masson.
- MALVAREZ, Silvina, 2007: "El reto de cuidar en un mundo globalizado", *Texto & Contexto Enfermería* 16(3), 520-530.
- McMORROW, Leon, 1998: "Breaking the Greco-Roman mold in medical writing: the many languages of the 20th century medicine" en Henry FISCHBAG: *Translation and Medicine*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 13-29.
- MOLINER, María, 2012: *Diccionario de uso del español*, Madrid: Gredos.
- MONTALT, Vincent y GONZALEZ DAVIS, María, 2007: *Medical translation step by step: learning by drafting*, Manchester, UK Kinderhook, New York: St. Jerome Publishing.
- MONTT, María E., y Wladimir HERMOSILLA, 2001: "Trastorno de estrés post-traumático en niños", *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 39(2), 110-120.
- MORANDI, Antonio, y otros, 2008: "Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients", *Intensive Care Med* 34(10), 1907-1915.
- MORIANA ELVIRA, Juan A., y otros, 2004: "Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario", *Psicothema: Revista Anual de Psicología* 16(3), 436-441.
- MUESER, Kim T., 2007 [2002]: "Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia" en *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol.1, 2ª ed. (dir. Vicente E. CABALLO), Torrejón de Ardoz: España, 611-633.
- NAVARRO, Fernando A., 2004: "Severe: el debate de nunca acabar", *Apuntes* 12(1), 16-18.
- NEWMARK, Peter, 1979: "A layman's view of medical translation", *British Medical Journal* 2, 1405-1407.
- NOE SEBASTIÁN, Enrique, y otros, 2001: "Trastornos neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson", *Revista de Neurología* 32(7), 676-681.
- RAHE, Richard H., 1993: "Acute versus chronic post-traumatic stress disorder", *Integrative physiological and behavioral science* 28(1), 46-56.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001: *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª edición, Madrid: Espasa.
- REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 2012: *Diccionario de Términos Médicos*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

RODRIGUEZ GONZÁLEZ, Abelardo, 2003: "Organización de cuidados comunitarios el papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica" en *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo: II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental* (coords. Miguel A. VERDUGO ALONSO y otros), Salamanca: INICO, 67-95.

SIMPSON, Michael, y otros, 1991: "Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement", *British Medical Journal* 303(6814), 1385-1387.

TEPLIN, Linda A., 1990: "The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program", *American Journal of Public Health* 80(6), 663-669.

TURÓN, Vicente, y otros, 2011: "Atención a la cronicidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria", trabajo presentado en *Interpsiquis 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias*.

WEISS, Barry D., 2007: *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians, 2nd edition*, Chicago: American Medical Association.

5.1. Referencias electrónicas

HERGET, Katrin, y Teresa ALEGRE, 2009: "Translation of medical terms", *Translation Journal* 3(13) [<http://www.bokorlang.com/journal/49medical1.htm>, fecha de consulta: 25 de enero, 2013].

MARSH, Malcolm, 1999: "Algunas consideraciones sobre la traducción médica" en Antonio GIL DE CARRASCO y Leo HICKEY: *Aproximaciones a la traducción* [<http://cvc.cervantes.es/lengua/aproximaciones/>, fecha de consulta: 03 de septiembre, 2012].

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS, 2009: *Major depression fact sheet* [<http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Depression&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=88956>, fecha de consulta: 22 de enero de 2013].

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2009: *Bipolar Disorder (easy to read)* [<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder-easy-to-read/nimhbipolarbrochure.pdf>, fecha de consulta: 21 de enero de 2013].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1994: *The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* [<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, fecha de consulta: 10 de enero de 2013].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1999: *Edición Española del Capítulo V sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades* [<http://feafes.org/publicaciones/Trastornosmentales-comportamientoCIE10.pdf>, fecha de consulta: 9 de enero de 2013].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001: *Por la salud mental en el mundo: sí a la atención, no a la exclusión* [http://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf, fecha de consulta: 28 de enero de 2013].

- (2015). Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental, *Onomázein* 31.

La revista académica *Onomázein* acoge artículos inéditos en el ámbito de la teoría de la traducción y terminología, por lo que resulta especialmente pertinente la publicación de un artículo sobre el uso de terminología específica en la traducción de documentos del género sanitario. Cabe destacar que es una revista internacional con un factor de impacto de 0.123 (<http://www.journals4free.com/link.jsp?l=11531393>) muy bien valorada en el ámbito de la traducción e interpretación.

La publicación titulada «Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental» ofrece las conclusiones globales de todo el proceso investigador del proyecto de tesis del autor: crear las pautas de comunicación entre el personal sanitario y los usuarios, presentando y explicando los giros lingüísticos propios del ámbito de la salud mental.

El artículo se centra en analizar algunos de los aspectos terminológicos más conflictivos en lo referente a la terminología básica de salud mental y su representación en el par de lenguas inglés-español, comparando las versiones inglesa y española de dos de los principales manuales sanitarios relacionados con la salud mental.

Resulta muy interesante que el autor investigue en una primera instancia desde un prisma monolingüe para pasar más adelante a un contexto bilingüe, presentando matices y aspectos a tener en cuenta a la hora de aplicar las pautas establecidas al proceso de interpretación, tales como las posibles dificultades a la hora de introducir una aclaración, o la disyuntiva que puede presentarse entre parafrasear una expresión o emplear un término concreto.



El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación² en el marco de la salud mental²

*The euphemistic value of technical terms: relevance
and implications in translation and interpreting
processes in mental health*

Bruno Echaury Galván

Universidad de Alcalá de Henares
España

27

Junio
2013

ONOMÁZEIN 27 (junio de 2013): 258-268



Bruno Echaury Galván: Departamento de Filología Moderna, Universidad de Alcalá de Henares.
Correo electrónico: bruyo18@hotmail.com / Calle Vilches N°11, Alcalá de Henares (Madrid), 28806, España

Fecha de recepción: mayo de 2012
Fecha de aceptación: marzo de 2013

Resumen

El presente artículo es un estudio del valor eufemístico que los términos técnicos adquieren en contextos como la salud mental. Una breve exposición de algunas de las razones de su uso servirá como punto de partida de un análisis del impacto en las relaciones entre el personal médico y los pacientes y de sus implicaciones en

el proceso de traducción e interpretación a través de distintos conceptos discursivos y traductológicos. En base a este marco teórico, trataré de señalar algunos de los problemas que genera en las disciplinas anteriormente mencionadas con el objetivo de determinar posibles soluciones al respecto.

Palabras clave: eufemismos; términos técnicos con carga eufemística; análisis del discurso; traducción; interpretación; salud mental.

Abstract

This article is a study of the euphemistic connotations that technical terminology acquires in certain contexts such as Mental Health. A brief description of some reasons for its use will serve as a base for an analysis about its impact in relations between medical staff and patients, as well as the implications of these euphemistic con-

tations in translation and interpreting processes. This analysis is based on theoretical aspects both from discourse analysis and translation studies. According to this framework, I will try to point out some of the problems the usage of these terms creates in the aforementioned disciplines in order to suggest possible solutions.

Keywords: euphemisms; technical terms with euphemistic value; discourse analysis; translation; interpreting; mental health.

-
- 1 Este artículo se centra en el par de lenguas inglés-español. Sin embargo, es posible que muchos de los métodos y conceptos sean extrapolables al trabajo con otros idiomas.
 - 2 Este estudio se estructura sobre las bases establecidas en mi ponencia "El eufemismo a consulta: un obstáculo en la comunicación médico-paciente", cuya versión impresa se encuentra pendiente de publicación en las actas del XXX Congreso Internacional de Lingüística Aplicada AESLA 2012.

1. Introducción

La ambigüedad en el lenguaje es un fenómeno en expansión desde que en nuestra sociedad se instaló el concepto de "políticamente correcto". Dentro de este marco, el área de la salud mental es un terreno especialmente propicio para el uso de eufemismos, perífrasis, términos técnicos... Los motivos son varios. No voy a hacer aquí un relato detallado de la percepción que durante los distintos periodos de la historia se ha tenido de las enfermedades mentales y de quienes las padecían. Sí quiero señalar, sin embargo, que artículos como "Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social" (León Castro, 2005) constatan claramente el rechazo que la sociedad ha demostrado en casi todo momento hacia estos enfermos, relacionándolos con ritos espirituales, monstruos de leyenda o, sencillamente, aislándolos del resto de la población y/o marginándolos a distintos niveles. Estas actitudes, perpetuadas durante tanto tiempo, han derivado en una profunda estigmatización del enfermo mental, ligado todavía a multitud de clichés peyorativos. Claro reflejo de esto es el hecho de que, incluso hoy en día, los trastornos serios y más cercanos a lo que la gente llama erróneamente "locura" (por ejemplo, la esquizofrenia) sigan siendo la referencia general respecto a la cual se perciben este grupo de enfermedades. Es cierto que, dependiendo de la gravedad del problema, el miedo, el rechazo, el distanciamiento y la precaución se gradúan, pero la imagen que en nuestra mente se genera como punto de partida al relacionarnos con estas patologías suele derivar de las patologías más graves, asociando inconscientemente al enfermo mental con un estereotipo negativo, relativamente peligroso y de conductas antisociales. Las consecuencias que genera esta percepción son muchas y continúan afectando a numerosos y distintos niveles y aspectos de la vida del paciente (López y otros, 2008). Puede que a muchos estas afirmaciones les parezcan un vestigio del pasado,

pero, por desgracia, resulta innegable que parte de las ideas retrógradas y las asociaciones peyorativas permanecen aún latentes en grandes grupos y comunidades, tanto extranjeras como nacionales, e incluso se perpetúan en algunos profesionales del sector que, si bien tienen un mayor conocimiento de todo lo referente a esta clase de patologías, comparten esa percepción prototípica y negativa de este tipo de pacientes (López y otros, 2008). Las connotaciones negativas que se derivan de esta situación acompañan a muchos de los conceptos utilizados en este campo y se reflejan en una sensibilidad especial del afectado hacia este tipo de enfermedades, que provocan un temor y nerviosismo adicional en la persona ante el diagnóstico. Y es que, si cuando tratamos con dolencias físicas una valoración médica puede tranquilizarnos, en este ámbito se recibe en muchas ocasiones como un atentado contra la autoestima y seguridad del paciente, pudiendo suponer un problema psicológico en sí mismo (Marqués Reyes, 2006). Esto lleva a algunos profesionales a intentar suavizar el mensaje a través de distintas estrategias lingüísticas como el uso de estructuras eufemísticas y ambiguas que, en la mayoría de los casos, generan problemas comunicativos derivados de la dificultad del oyente para comprender la información.

2. Eufemismos y salud mental

Vivimos rodeados de eufemismos pero ¿qué son exactamente? Si consultamos el diccionario de la Real Academia, estos términos se definen como "manifestaciones suaves o decorosas de ideas cuya recta y franca expresión sería dura y malsonante". Dicho de otro modo, son expresiones que buscan suavizar el impacto negativo de una idea o concepto en lectores u oyentes. Este tipo de palabras son, como ya hemos apuntado, un elemento recurrente en el campo de la medicina, y suelen ser bastante fáciles de reconocer. Uno muy utilizado es la palabra "usuario" en de-

trimento de "enfermo" o "paciente" para referirse a las personas que acuden, reciben un tratamiento o permanecen ingresadas en un centro de salud. Con este eufemismo se busca posiblemente suavizar las connotaciones negativas que la palabra "enfermedad" y todo su campo semántico aportan a cualquier concepto. Sin embargo, la idoneidad de su uso es francamente discutible en este contexto. El empleo, a veces innecesario, de términos excesivamente técnicos presenta unos matices diferentes. Estas expresiones, a las que aquí denominaremos "términos técnicos con carga eufemística", podrían definirse como aquellas palabras de carácter técnico que no pueden considerarse eufemismos, ya que no han sufrido ninguna transformación para adecuar su significado, sino que son definiciones válidas del término en cuestión. Su valor eufemístico lo aporta el hecho de ser utilizadas en detrimento de formas más sencillas y fáciles de comprender a fin de reducir las connotaciones negativas y suavizar el impacto en el paciente. Estas expresiones pueden aparecer en interacciones orales y escritas entre el personal médico y los pacientes y son el eje central de este estudio. A continuación, pasamos a analizarlas a través de distintos aspectos de la competencia comunicativa para darnos cuenta de los peculiares rasgos discursivos que presentan.

Tomando como referencia algunas máximas del principio de cooperación de Grice (Escandell Vidal, 1996), que, a grandes rasgos, busca establecer lo que podría considerarse una "comunicación satisfactoria" entre las partes, determinaremos su cantidad, relevancia y manera. Para ello, usaremos algunos términos utilizados en mayor o menor medida en interacciones orales o escritas entre personal médico y pacientes en el campo de la salud mental como por ejemplo "etiopatogenia"³, "enolismo", "comorbilidad",

"diplopía"⁴ (visión doble, que en algunos casos puede asociarse a trastornos mentales), "trastorno dismórfico corporal" (también llamado "dismorfofobia") y "delirio erotomaníaco". Un primer vistazo, ya revela que se trata de expresiones de carácter específico y técnico, enmarcadas dentro de un registro especializado y culto. Si nos centramos en la relevancia de estos términos, es importante examinar la relación que se establece entre significante y significado (Saussure, 1985). Para ello, estudiaremos su definición a través de los distintos elementos que las componen. Un breve análisis etimológico de la palabra "etiopatogenia", formada a partir de los términos griegos *ethos* ("origen") -*pathos* ("padecimiento") y -*généia* ("desarrollo"), da como resultado una correspondencia clara con su significado en el ámbito de la salud: el origen del desarrollo de la patología. Pero la lingüística histórica no es la única vía para llegar a esta conclusión. Podemos obtener resultados similares simplemente analizando también las definiciones de sus partes. El "delirio erotomaníaco", por ejemplo, se produce cuando el paciente vive obsesionado ("delirio" y "-maníaco") con la idea de que es amado por alguien (*eroto*-, referente al amor sensual). Por su parte, un "trastorno dismórfico corporal", que, dada su grafía, podría parecernos muy grave, es simplemente una preocupación excesiva ("trastorno") del paciente por un defecto ("dismórfico") físico ("corporal") real o imaginario. Dicho esto, podemos determinar que la relación entre el significante y su denotación es sólida y directa, ya que encajan y se corresponden adecuadamente y que, tratándose de terminología tan específica, es complicado que los signos lingüísticos adquieran connotaciones que desvíen de forma relevante su significado⁵.

Con estos datos en la mano, podemos afirmar que estas expresiones son válidas y concre-

3 Ejemplo extraído de Castilla Plaza y López Sanz (2007).

4 Ejemplo extraído de "Trastornos somatomorfos", en Pichot y otros (1995: 457-483).

5 El término "enolismo" se define literalmente como "adicción al vino", pero tiende a utilizarse para hacer referencia a la dependencia de bebidas alcohólicas en general.

tas. La falla en la capacidad de trasladar información no se produce, por lo tanto, por la inexactitud o irrelevancia de los términos, sino por el contexto en el que se utilizan y las personas a las que van dirigidos. Es aquí donde además encontramos la principal divergencia entre estas expresiones y lo que comúnmente entendemos por eufemismo. Mientras que estos últimos buscan alejar realidad y lenguaje a través de un significante ambiguo que no se corresponde con el significado denotativo, los términos técnicos con carga eufemística respetan este factor pero logran el enmascaramiento potenciando la complejidad de la palabra mediante el uso de un registro culto y de marcado carácter específico. El empleo de estas expresiones podría por lo tanto justificarse en un entorno comunicativo formado exclusivamente por profesionales de la salud mental, pero no en una interacción (ya sea verbal o escrita) asimétrica a nivel de conocimientos y, además, interlingüística e intercultural. La utilización de estas expresiones implica y establece asimismo una serie de condicionantes relacionados con lo que podríamos llamar "proxémica verbal", es decir, la distancia que el lenguaje crea entre los interlocutores. Con esto se busca mantener un estatus relativo de desigualdad y distancia social, ya que el médico trata, en cierto modo, de conservar una posición de control y un marco de profesionalidad y respeto en su relación con el paciente a través del lenguaje. Por ello, el uso de ciertos tecnicismos puede estar justificado siempre que no suponga un obstáculo para el transcurrir de la conversación y su uso se supedita a la capacidad del receptor para comprenderlos. Pero dado que esto no siempre es así, conservar o en su defecto crear este equilibrio debe ser uno de los principales objetivos de traductores e intérpretes.

3. Repercusiones en la traducción y la interpretación

Muchas son las voces que hoy en día definen el trabajo del traductor y el intérprete en los Ser-

vicios Públicos como un intento de equilibrar las relaciones entre un emisor y un receptor en situaciones asimétricas (Sales, 2008). La tendencia a adecuar el mensaje en función de su receptor no es exclusiva de los profesionales de la traducción y la interpretación, sino que también la apoya parte de la comunidad médica. Así, el Dr. García Díaz (2006) escribe que, en la transmisión de información a un paciente o a las personas cercanas a él, es recomendable evitar el uso de "terminología técnica, eufemismos o jerga médica, muchas veces malinterpretada por parte del enfermo" ya que, como indica a continuación tomando las palabras del psicólogo y pedagogo Laurence Johnston Peter, "la persona que utiliza muchas palabras pomposas no está procurando informar, está procurando impresionar". No es esta, desde luego la única razón para su uso. El particular marco comunicativo que presenta la salud mental aporta otras razones para el empleo de estos términos por parte del personal médico. Sin duda existen otros motivos como el apuntado por una enfermera del Hospital de Fuenlabrada que ha colaborado activamente en este estudio y explicaba su empleo ocasional como un mecanismo de autoprotección. Y es que, pese a no aconsejar su utilización, reconocen su función como método de defensa, ya que estos términos distancian también al profesional del verdadero significado de la enfermedad y, por consiguiente, del impacto negativo que a nivel psicológico puede generar tanto en él como en el paciente. Sin embargo, si como traductores e intérpretes lo que pretendemos es facilitar el intercambio y la asimilación de información y evitar en la medida de lo posible los problemas derivados de la comunicación entre las partes, al tratar con estos términos resulta recomendable una modificación en mayor o menor grado del significante para impulsar y ayudar a establecer una comunicación que concluya en un entendimiento positivo para las partes implicadas (Sales, 2008). Esta tarea exige tener en cuenta una serie de factores en ambas disciplinas.

3.1. Traducción

Con la dificultad que supone generalizar en una profesión como esta, podemos sin embargo establecer que, a la hora de abordar la traducción de este tipo de expresiones, existen algunas bases en las que poder apoyarse. El primer paso sería acotar nuestro campo de estudio, determinando el tipo de texto sobre el que vamos a trabajar. Teniendo en cuenta el marco al que hacemos referencia, en el que un profesional, con un mayor conocimiento de la materia, proporciona información a uno o varios receptores, podemos establecer como objeto de estudio los textos descriptivos de carácter divulgativo, ya que, a mi modo de ver, son los de más fácil acceso para la mayor parte de la sociedad y los que de forma más clara buscan establecer una relación de equilibrio entre el personal médico y los pacientes a través de la comunicación escrita. El siguiente paso sería aplicar la teoría del *skopos* formulada por Reiss y Vermeer (Moya Jiménez, 2003), que supedita la traducción al objetivo y receptor. Dado que pretende explicar conceptos relativamente específicos a personas con unos conocimientos limitados del sector, el traductor deberá por lo general adaptar el vocabulario para hacerlo comprensible, sin olvidarse, eso sí, de mantener el equilibrio mencionado anteriormente. Siguiendo con esta línea y poniendo el foco sobre los términos que nos ocupan, conviene apuntar que el nivel eufemístico de ciertas palabras puede tener distintos grados. Como hemos señalado anteriormente, su uso supone, en muchos casos, otra vuelta de tuerca en este sentido, ya que aumentan la carga eufemística y la complejidad de expresiones que ya de por sí podríamos considerar complicadas. Existen denominaciones excesivamente técnicas que, a día de hoy, ya tienen un equivalente más sencillo aceptado y reconocido globalmente. Es el caso del "trastorno de dolor somatomorfo", también conocido simplemente como "trastorno por dolor". Algo similar ocurre con la palabra "enolismo",

a la que podríamos considerar casi un eufemismo del término "etilismo". Esta expresión es ya lo bastante técnica como para ser utilizada sin necesidad de complicar todavía más su asimilación, y también suaviza las connotaciones negativas que el término "alcohólico" puede acarrear. Es por consiguiente deber del traductor revertir este proceso en virtud de un marco comunicativo equilibrado, buscando una expresión que, sin perder su contenido específico ni caer en coloquialismos, sea comprensible por un público mayoritario. Teniendo en cuenta el sistema de equivalencias de Koller (Ponce Márquez, 2008) y la teoría del *skopos* citada anteriormente, lo más recomendable sería optar por una traducción denotativa que mediante un proceso de adecuación conserve intactos la realidad y contenidos del término a la vez que los hace asequibles al público receptor. Veamos cómo.

Al aplicar este proceso a este tipo de expresiones, comprobamos cómo se pueden establecer una serie de grados de complejidad en función del receptor y la necesidad de mantener cierto nivel técnico a la hora de establecer equivalencias. Si tomamos como ejemplo alguna de las palabras citadas anteriormente, vemos como podemos adaptarlas fácilmente a este esquema y convertirlas en unidades más sencillas a la vez que se mantiene su significado y una mayor o menor carga técnica en función del *skopos*. Así, la palabra "comorbilidad" podría pasar tras un primer filtro a "diagnóstico dual" y, de ser necesario un segundo, a "doble diagnóstico". Esta simplificación hace que el traspaso al idioma meta sea también más sencillo y facilita la posibilidad de una traducción denotativa accesible para el público meta. Tomando el inglés como lengua de llegada y siguiendo con el caso anterior, posibles términos a utilizar serían "dual diagnosis" o "double diagnosis", mucho más fáciles de asimilar por el paciente que una traducción directa del término original como "comorbidity". Otro ejemplo. Si aplicamos el mismo esquema al tér-

mino "etiopatogenia", ya explicado anteriormente, podríamos simplificarlo en el idioma original, determinarlo como "origen de la patología" u "origen de la enfermedad", y traducirlo al inglés como "disease's origin" o "condition's origin", dejando a un lado su equivalente literal ("etiopathogeny"). Con estas adaptaciones es posible que se pierdan ciertos matices técnicos mínimos, pero el contenido del mensaje es esencialmente el mismo y las diferencias de significado entre unas formas y otras no son relevantes para un público que desconoce la jerga médica y los tecnicismos derivados de ese ámbito de trabajo. La flexibilidad de esta "escala gradual" permite utilizarla en textos y circunstancias muy diversas, lo que valida su empleo tanto en el campo de la traducción como en el de la interpretación. Su utilización establece además otra diferencia fundamental entre eufemismos y términos técnicos, ya que mientras que los primeros no son considerados (al menos no en sus primeros estadios de uso) sinónimos de las palabras a las que sustituyen, las formas obtenidas a través del proceso de adecuación que hemos mostrado sí pueden funcionar como expresiones equivalentes dentro de nuestro marco de estudio.

Si hemos optado por elegir este enfoque para nuestra traducción conviene también señalar que habrá situaciones más difíciles de solventar. En los casos en los que no exista o no encontremos un equivalente adecuado y siempre que los límites de espacio nos lo permitan, puede ser recomendable acompañar el término de una breve explicación que lo clarifique, ya sea a continuación (entre paréntesis o, si nos encontramos en una frase, preferiblemente utilizando un conector explicativo o que dé paso a una aclaración) o en una nota a pie de página, o parafrasearlo en aquellos casos en los que sea posible. Otra estrategia que podemos utilizar se basa en la colocación de los elementos oracionales y su

impacto en el significado. Romero Gualda (2008) nos muestra cómo el orden oracional se establece como uno de los principales procedimientos sintácticos y un factor relevante a la hora de asimilar información. Si bien es cierto que la estructura oracional puede no tener el mismo peso en todas las lenguas, sí que es un elemento importante en nuestros dos idiomas de trabajo; por lo tanto, si aplicamos este marco teórico a los términos que estamos analizando, podemos optar por anteponer la definición o aclaración al concepto para que, de este modo, la atención del lector recaiga sobre la idea y no sobre su significante, lo que facilita la inteligibilidad del texto al mismo tiempo que evita una primera toma de contacto con la información a través de una palabra de difícil comprensión o de un registro superior o diferente al que maneja habitualmente el receptor. Si volvemos al ejemplo del trastorno dismórfico corporal recuperado del texto de Montse Arboix (2007), una posible aplicación práctica de este método al proceso de traducción consistiría en optar por una versión meta en la que se utilice la voz pasiva en lugar de su equivalente estructural directo:

"En el trastorno dismórfico corporal, la preocupación del paciente se basa en algún defecto imaginario en su apariencia".

1) Ejemplo en voz pasiva: "Patients' constant preoccupation with an imagined physical defect is called body dysmorphic disorder".

2) Ejemplo sin variación en la estructura: "Body dysmorphic disorder implies a constant preoccupation of the patient with a physical defect".

Siguiendo esta línea, nos mantenemos fieles al *skopos* de nuestra labor y al modelo de traducción denotativa en el fondo y pragmática en la forma que de antemano hemos escogido seguir. Por supuesto, resulta obvio pero es asimismo importante señalar que en algunos casos será necesario realizar una traducción literal del tér-

6 Podría incluso mantenerse un registro culto utilizando una expresión ligeramente más sencilla como "etiología de la enfermedad", aunque, bajo mi punto de vista, la idoneidad de este término seguiría siendo igualmente cuestionable.

mino. Si por ejemplo un documento trata sobre la "tricotilomanía" y lleva ese nombre por título, lo más adecuado será, probablemente, buscar el equivalente textual del mismo. A continuación, podemos optar por seguir una vía de actuación similar al razonamiento anterior, introduciendo, cuando sea posible, aquellos cambios que podamos creer necesarios ya en líneas posteriores.

3.2. Interpretación

Para introducirnos en esta segunda disciplina conviene comenzar apuntando que, en palabras de trabajadores del sector, se ha producido un acercamiento lingüístico progresivo entre médico y paciente en los últimos años. Los profesionales se adaptan más y mejor al nivel cultural y discursivo del enfermo, lo cual deriva en una normalización del lenguaje y una desaparición paulatina del uso de términos excesivamente técnicos. Sin embargo, algunos usos de las antiguas costumbres permanecen, y es en estos casos cuando la labor del intérprete se complica. Del mismo modo, este tipo de expresiones tan específicas pueden alejar al paciente de la comprensión de su sintomatología (Chamizo Domínguez, 2005). En este escenario, se crearía un desequilibrio en la comunicación que habría que solventar y que se complicaría aún más cuando entre ambos mediase una barrera idiomática. Por ello, en un marco intercultural en el que el intérprete tenga que decidir qué expresiones utilizar en sustitución de estos términos, su labor estará condicionada por dos aspectos fundamentales. El primero de ellos es el modelo de interpretación a seguir. En este sentido, existen distintas denominaciones y teorías, pero las principales pueden agruparse en las dos tendencias señaladas por Wadensjö (1998): "relaying others' talk" o "co-ordinating others' talk". El primer caso implicaría una interpretación directa y exacta de los términos y se esperaría que el paciente pidiera aclaraciones cuando fuera necesario. Este siste-

ma no resulta muy recomendable en este ámbito, ya que tiende a ralentizar el flujo comunicativo, algo poco práctico en situaciones delicadas donde la comodidad del paciente es primordial. Con estas aclaraciones se corre además el riesgo de acabar describiendo el problema de forma demasiado clara y directa, lo que puede causar un impacto psicológico negativo en el paciente. En el segundo modelo, el papel del intérprete cobraría una mayor importancia, ya que no se limitaría a transmitir el mensaje de forma prácticamente literal, sino que tendría libertad para reformularlo con el objetivo de, sin variar el contenido, hacerlo más comprensible para el paciente. Este sistema resulta en general más adecuado y se adapta mucho mejor a los requerimientos del sector, ya que facilita la comunicación entre las partes y resta incomodidad al paciente al hacerle sentir que comprende lo que se le dice, evitando añadir un factor más de estrés a una situación que ya de por sí puede ejercer una presión psicológica considerable. El marco teórico en el que estamos trabajando se ajusta más a los parámetros de este segundo modelo que a los del primero, y su validez se sustenta en opiniones como la de Bot (2003), quien define la interpretación en este sector como una relación a tres bandas y deslegitima la rigidez y la neutralidad total como medios para transmitir un mensaje en el campo de la salud mental. Las conversaciones en este contexto no pueden entenderse nunca como diálogos entre dos personas con un hándicap técnico de por medio, sino que debe asumirse la participación del intérprete como un elemento necesario que obra en favor del entendimiento mutuo, cuyo trabajo en pos de este objetivo debe ir muchas veces más allá del simple traspaso de palabras de un idioma a otro. Pero quizás lo más interesante del artículo de Bot es la diferencia que establece entre transgresión y violación de las fronteras del traductor y/o intérprete, ya que establece unas líneas teóricas per-

7 Comportamiento compulsivo consistente en arrancar cabello y vello de distintas zonas del cuerpo.

fectas sobre las que apoyar nuestra teoría. Mientras que las violaciones son aquellas prácticas más allá de los límites establecidos que pueden tener repercusiones negativas en el paciente y su tratamiento, las transgresiones son salidas de la norma dentro de la ética y en beneficio del enfermo. Es cierto que, en muchas ocasiones, la línea que separa ambos grupos es difusa, pero mientras seamos capaces de emplearlas adecuadamente, con precaución y dentro de un marco coherente, transgresiones como las descritas en este artículo pueden resultar beneficiosas para todas las partes involucradas.

Una vez escogido el modelo de interpretación a seguir, el segundo factor clave es, de nuevo, la búsqueda del equilibrio. Si en la traducción el destinatario es anónimo y universal, en este campo nos encontramos frente a frente con todas las partes del proceso comunicativo. Por lo tanto, la labor del intérprete tiene que basarse en una transmisión clara del mensaje que no vaya en detrimento de la precisión, haciéndose esencial considerar dos de los aspectos citados anteriormente:

- Nivel lingüístico: El dominio del paciente de la lengua es el factor determinante para la traslación del mensaje. El nivel cultural se sitúa en un plano secundario, ya que los conocimientos generales del enfermo no importan si no domina las palabras asociadas a cada concepto.
- Nivel cultural: Dependiendo de cómo sea este, la elección del vocabulario a utilizar se moverá en unos márgenes más o menos amplios.

Este marco teórico aplicado a la interpretación de los términos que nos ocupan deriva en que, como en el caso de la traducción, se haga recomendable utilizar equivalentes relativamente neutros, que conserven un valor técnico determinado pero que a la vez sean comprensibles con relativa facilidad, ya que una mala elección

de las expresiones utilizadas para transmitir el mensaje puede provocar la necesidad de aclaraciones constantes por parte del médico. Esta forma de actuar puede a la vez cubrir otros problemas derivados del uso continuo de un lenguaje grandilocuente como puede ser la pérdida de confianza en la veracidad del discurso del hablante (Arteta, 2012). Hay sin embargo que tener cuidado en este aspecto, puesto que una opción más sencilla no siempre es justificable. A este respecto, podemos aprovechar el hecho de que la interpretación suponga una interacción directa entre las partes. De este modo, si el paciente no comprende las indicaciones del médico, creemos que va a ser necesario simplificar excesivamente el término en cuestión o nos encontramos en una disyuntiva similar, es preferible pedir al profesional que modifique o adapte el registro que arriesgarnos a utilizar términos incorrectos, ya que, como hemos mencionado anteriormente, algunas palabras no tienen un equivalente válido más simple.

4. Conclusiones

El uso de expresiones eufemísticas supone un importante obstáculo en la comunicación entre el personal médico y los pacientes dentro de la medicina en general y de la salud mental en particular. Hemos podido ver además como este tipo de lenguaje adquiere diversas formas en estas áreas, abarcando desde el eufemismo tradicional a la utilización de términos técnicos con carga eufemística. Con respecto a estos últimos, si bien es cierto que aún pueden existir algunas voces que defienden su uso escudándose en la precisión del lenguaje, resulta a su vez innegable que alejan al paciente de la comprensión de cuestiones importantes referentes a su patología y, por consiguiente, del personal médico en general. Cuando a estas trabas comunicativas se une la necesidad de trasladar el mensaje a otra lengua, la situación se torna incluso más complicada. En estos casos, traductores e intérpretes pueden funcionar como el mecanismo encarga-

do de adecuar el mensaje para favorecer el traspaso de información entre las partes involucradas. Pese a lo difícil que resulta generalizar, pueden establecerse algunas pautas más o menos genéricas que los profesionales de ambas disciplinas pueden seguir a la hora de trabajar con este tipo de expresiones. El punto de partida debe ser supeditar su labor al receptor del mensaje, utilizando estrategias como las expuestas en este artículo para así crear un marco comunicativo adecuado en el que el destinatario asimile fácilmente una información que a su vez conserve los matices y connotaciones originales. El hecho de lograr un equilibrio entre la especificidad del término y el nivel cultural del receptor se ajusta al propósito de informar a un público meta con un menor conocimiento en la materia y favorece el entendimiento positivo de las partes involucradas, ya sea en el campo de la traducción o la interpretación.

5. Bibliografía citada

ARTETA, A., 2012: "Dilo en archisillabos", diario *El País*, 22-04-2012 (28).

BOT, H., 2003: "The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-person Psychology" en L. BRUNETTE, G. BASTIN, I. HEMLIN y C. HEATHER: *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, 27-35.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2008, 22ª edición, Madrid: Espasa-Calpe.

ESCANDELL VIDAL, M. V., 1996: *Introducción a la Pragmática*, Barcelona: Ariel.

GARCÍA ARRANZ, A., 1986: *Manual de gramática inglesa comparada*, Madrid: EDI.

MOYA JIMÉNEZ, V., 2003: "Teorías Contemporáneas Traductológicas" en *Teoría, didáctica y práctica de la traducción*, A Coruña: Netbiblio, 17-42.

SANDOVAL DE LA MAZA, S., 1992: *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid: A. L. Mateos.

SAUSSURE, F., 1985: *Saussure y los fundamentos de la lingüística*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

SEGURA MUNGIA, S., 2004: *Diccionario etimológico de medicina*, Bilbao: Universidad de Deusto.

WADENSJÖ, C., 1998: *Interpreting as Interaction*, London, New York: Longman.

5.1. Referencias electrónicas

ARBOIX, M., 2007: "¿Enfermos sin causa?" [disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2007/03/12/160668.php>].

CASTILLA PLAZA, A. M. y J. LÓPEZ SANZ, 2007: "La fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la Comunidad de Madrid" [disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3dLA+FIBROMIALGIA+ES+UNA+ENFERMEDAD+REAL.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1181219248663&ssbinary=true>].

CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P. J., 2005: "Some Theses on Euphemisms and Dysphemisms", *Seria Filologica Studia Anglica Resoviensia* [disponible en http://www.univ.rzeszow.pl/wfil/ifa/using3/sar_v3_01.pdf].

CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P. J., 2004: "La función social y cognitiva del eufemismo y del disfemismo", *Panacea*, volumen V, número 15 [disponible en http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-ChamizoDominguez.pdf].

GARCÍA DÍAZ, F., 2006: "Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud", *Medicina Intensiva*, volumen 30, número 9, Barcelona [disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000900006&script=sci_arttext].

LEÓN CASTRO, H. M., 2005: "Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, volumen VI, número 1, 33-42 [disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>].

LÓPEZ, M., M. LAVIANA, L. FERNÁNDEZ, A. LÓPEZ, A. M. RODRÍGUEZ y A. APARICIO, 2008: "La lucha contra el estigma y la discriminación en la salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, volumen 28, número 1, 667-671 [disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100004&script=sci_arttext].

NEMIAH, J. C., 1995: *Glosario de Psiquiatría: Adaptación Española de la 7ª Edición de la American Psychiatric Press, Inc* [disponible en <http://books.google.es>].

PONCE MARQUEZ, N., 2008: "Diferentes Aproximaciones al Concepto de Equivalencia en Traducción y Su Aplicación en la Práctica Profesional" *Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos*, número 15 [disponible en <http://www.tonosdigital.es/ojs/index.php/tonos/article/viewFile/210/170>].

MARQUÉS REYES, D. J., 2006: "Se cazan más moscas con miel que con vinagre: eufemismos como construcción social" *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, volumen 9, nº 3 [disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num3/art1vol9no3.pdf>].

PICHOT, P., J. J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO y M. VALDES MIYAR, 1995: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: MASSON [disponible en <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/PORTADA.PDF>].

ROMERO GUALDA, M^a. V., 1985: "Orden de los elementos oracionales en español", *RILCE* vol. I, 91-111, Universidad de Navarra [disponible en <http://hdl.handle.net/10171/3165>].

SALES, D., 2008: "Mediación Intercultural E Interpretación en los Servicios Públicos: ¿Europa Intercultural?", *Pliegos de Yuste, Revista de Cultura y Pensamiento Europeos* [disponible en <http://www.pliegosdeyuste.eu/n78pliegos/n78pag77.htm>].

Agradecimiento especial para Sonia Martínez y Enrique Morejudo del Hospital de Fuenlabrada por su colaboración.

- (2013). El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental, *Onomázein*, 27: 258-268.

El artículo titulado «El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción e interpretación en el marco de la salud mental» estudia el valor eufemístico de términos utilizados en documentos del ámbito de la salud mental para dirimir en qué ocasiones es recomendable un nivel mayor de precisión lingüística y en cuáles puede ser preferible una adaptación o reformulación del término en cuestión. El enfoque del estudio es pragmático, lo que lo hace especialmente interesante, ya que no solo es de gran utilidad para el área de la traducción e interpretación, sino para este ámbito de estudio. El artículo ha sido publicado en la revista *Onomázein* cuyo impacto e importancia ya se han mencionado anteriormente.

Es lícito destacar la naturaleza novedosa de la publicación dado que apenas existen estudios en el ámbito de la traducción sanitaria, especialmente sobre salud mental. Si partimos de la base de que la relación entre el lenguaje y la salud mental es muy compleja, y da lugar un uso de eufemismos muy elevado para paliar la carga negativa de algunos conceptos y términos que el autor denomina «términos técnicos con carga eufemística», el artículo da buena cuenta de la situación del ámbito que estudia. Para ello, proporciona nuevos datos acerca de la relación entre el personal médico y los usuarios y las implicaciones en el proceso de traducción e interpretación. Su aportación a la bibliografía es ciertamente útil tanto para futuras investigaciones en terminología y traducción, así como para la comunicación médico-usuario.

El autor, además, realiza un análisis semántico de términos de marcado carácter técnico para llegar a la conclusión de que los eufemismos tratan de distanciar al receptor

de la realidad «con un significante equívoco alejado del significado real» y los términos técnicos con carga eufemística mantienen la relación entre significante y significado para suavizar el mensaje a través de la complejidad de la palabra y el uso de un registro excesivamente técnico. La aportación crítica del autor resulta especialmente interesante, ya que habla de una relación médico-usuario asimétrica con barreras lingüístico-culturales, por lo que el empleo de estos términos técnicos podría ser cuestionable en algunos casos. El autor va más allá de hacer un análisis terminológico y pragmático en tanto en cuanto expone las repercusiones que esta práctica puede suponer para la traducción y la interpretación en el ámbito de la salud mental, tales como la dificultad por parte del paciente para comprender el mensaje por parte del usuario o los posibles problemas comunicativos que se pueden generar.

John Benjamins Publishing Company



This is a contribution from *Babel*, 60:4

© 2014. All rights reserved.

This electronic file may not be altered in any way.

The author(s) of this article is/are permitted to use this PDF file to generate printed copies to be used by way of offprints, for their personal use only.

Permission is granted by the publishers to post this file on a closed server which is accessible only to members (students and faculty) of the author's/s' institute. It is not permitted to post this PDF on the internet, or to share it on sites such as Mendeley, ResearchGate, Academia.edu. Please see our rights policy on <https://benjamins.com/#authors/rightspolicy>

For any other use of this material prior written permission should be obtained from the publishers or through the Copyright Clearance Center (for USA: www.copyright.com).

Please contact rights@benjamins.nl or consult our website: www.benjamins.com

Towards more positive environments

A fieldwork on the importance of pragmalinguistics in mental health interpreting

Bruno Echaury Galván
University of Alcalá

Introduction

The existing literature on healthcare interpreting has, so far, mainly ranged from accounts of interpreters describing the difficulties of their task (Hudelson 2005; Razban 2003; Salaets & Van Gucht 2008) to papers portraying the expectations and/or experiences of healthcare professionals when working with interpreters (Roe & Roe 1991; Kravitz et al. 2000; Tribe & Morrissey 2004), both developed with the main purpose of suggesting cooperative guidelines that may improve communication. However, although interesting exceptions appeared over the last years (Hsieh 2010), empirical studies directly contrasting both perspectives are harder to find. For this reason, we expect to enrich this bibliography by connecting community interpreting to specific, cross-cutting topics such as Pragmatics while analyzing interpreters and healthcare professionals' opinions regarding the presence and weight of pragmatic elements during patient-provider communication. Furthermore, our study seeks to cover a more "local" need. In a country like Spain, where the intercultural reality that has been taking shape over the last decades has not been supported by the creation of a strong network providing professional translation and interpreting services to immigrants (Sales 2006) trying to access our thinning Public Services system, interpreting projects focused on specific contexts such as mental health are almost inexistent. Our paper thus seeks to fill this vacuum by correlating different theoretical aspects to actual practice and contrasting the perspectives and opinions of the two professional sectors involved in interlinguistic mental health interactions in order to establish useful and properly contextualized guidelines that may serve to improve communication among patients and medical staff in mental health services. Finally, we would like to point out that albeit this paper assumes English and Spanish as interpreters' working languages, most examples, principles and conclusions can be extrapolated to other pairs of languages.

Babel 60:4 (2014), 464–486. © Fédération des Traducteurs (FIT) Revue Babel
DOI 10.1075/babel.60.4.04ech ISSN 0521-9744 E-ISSN 1569-9668

1. Theoretical frame

The starting point of this paper is a particular way of understanding community interpreting. By combining different ideas from authors like Wadensjö (1998: 33), Mikkelsen (1996: 126) and Lesch (1999: 93), we can define this discipline as the "kind of interpreting provided in Public Services in order to balance power relationships among speakers and addressees who do not talk the same language(s), prioritizing the need for a good communication to ensure an egalitarian access to these services". For our work, the key concept here is "good communication". Being pragmatics one of the main elements involved in achieving this goal and a (mainly) linguistic branch of study that, at the same time, influences and it is influenced by multiple disciplines (Cummings 2005: 1–3), its impact on intercultural communication and the interpreting process seems to be obvious. Some of the theoretical aspects involved in this interrelation are the first topic we mean to explore throughout the following pages.

If we simplify the concept of Pragmalinguistics and define it as the branch of knowledge which studies the use speakers give to language (Verschueren 1999: 1), we can infer that all the facts forming such discipline (context, nonverbal communication, speech acts, interlocutors, etc.) are aspects inherent to every oral communication process. Thus, we can affirm that the mechanism formed by verbal and nonverbal language always functions within a wider framework that determines its use: Pragmatics. This is such a vast area and has so many implications on discourse that it would be impossible to analyze each one of its angles in this paper. Obviating some of its multiple aspects, we are going to combine some of the most relevant pragmatic principles in order to establish an ideal communicative frame that will serve us as the paradigm and point of reference against which we are going to contrast the reality of interlinguistic communication within mental health settings. Since we assume that communication in this and other health-care consultations needs to be as relevant and effective as possible (Stewart 1995; Leonard et al. 2004), our first step will be designing a "perfect communicative environment" combining three of the most important pragmatic theories: Grice's Cooperative Principle, Sperber and Wilson's Relevance Theory and Brown and Levinson's Politeness Theory. In the next paragraphs, we draw up a contextualized description of each of them following the explanations provided by M^a Victoria Escandell Vidal (1993) and Peter Grundy (2000).¹

1. For further information on these theories and the concepts explained throughout Section 1, see Brown and Levinson (2007), Cummings (2005), Grice (1975), Mey (2001) and Sperber and Wilson (2002).

Grice builds his Cooperative Principle over a key premise: we should make our contribution “as is required, at the stage at which it occurs, by the accepted purpose of the talk exchange in which [we] are engaged” (Grice 1975:45). On the basis of this notion, he developed different cross-cutting concepts we subsequently summarize according to Escandell Vidal (1993:91–107) and Grundy’s (2000:70–100) work. Grice’s Principle is divided into four maxims: *quantity*, *quality*, *relation* and *manner*. A perfect interrelation among them would make our contributions relevant, reliable, appropriate and easy to understand. However, Grice also considers certain violations of these maxims we are now going to explain briefly and illustrate with some examples set in our context of study:

- *Violating the Cooperative Principle*: A “concealed transgression” where one of the parties deceives (or tries to deceive) the others. It would be the case of patients who lie when asked about their symptoms. By doing this, they are not breaking the principle just once but constantly since the lie will normally persist throughout the conversation.
- *Minor violation*: A breach produced when some of the parties involved states clearly and directly that he or she is going to violate some of the maxims (“I’m not going to tell you that”).
- *Maxim clash*: It happens when the speaker chooses to follow a maxim while consciously violating another. It can occur in very different ways. A good example would be a situation where one of the parties involved decides not to provide all the information required because he cannot be sure whether what he is saying is true:
 - Doctor: “It may be good for you to join a therapy group.”
 - Patient: “How many people are in each group?”
 - Doctor: “No more than five.”
- *Major violation*: One of the speakers is keen to cooperate but he/she deliberately breaks one of the maxims. This fact makes the interlocutor look for an implicit meaning that justifies the violation:
 - Doctor: “Now please, tell me about these problems you’ve been having last week at home and at work.”
 - Patient: “Well, I’ve argued a couple of times with my boss, you see, and well, I have a new partner I don’t get along with” (no reference to domestic matters).

Here, the patient is not reluctant to cooperate but, at the same time, he is violating the quantity maxim and part of the relation principle since his discourse is relevant only to a limited extent.

This last example, where we have to wonder the reason for the omission of information, draws the line between “what we say” and “what we communicate”,

and leads us to Grice's concept of *implicature*: the implicit content of a message that can be found both in its form and the situational or contextual facts where it is elicited. So far, we have been dealing with what Grice called *conventional implicatures*. But there is a different kind of implicature he defined as *conversational*, i.e., those which influence and determine speech meaning aside language use itself (context, social rules, morality...). To analyze this aspect we have decided to abandon (at least partially) Grice's approach and focus on what Sperber and Wilson named Relevance Theory. According to Escandell Vidal (1993: 129–155) and Grundy's (2000: 101–118) chapters on this principle, it was built on the idea that the meaning of our discourse has to be found, not only in its semantic representation, but also in all those features which add supplementary meaning to it, the so-called *ostensions* and *inferences*. While the first concept makes reference to self-production of added meaning to our discourse, the latter deals with the way we understand this meaning. By combining ostensions with all the other assumptions that determine statements meaning, we get what Sperber and Wilson named *context*. In most cases, the meaning of an assumption is complemented with others that may reinforce it, contradict it, and so forth. Thus, to get the complete sense of a certain message we should analyze its linguistic form together with the *ostensions* added by the speaker within a specific *context*. Let's see an example.

A medical consulting room. The doctor asks the patient about his anxiety attacks. He answers that they have not disappeared and the doctor raises the following question: "Do you think your current medication is being helpful?" Patient responds: "I'm not sure..."; while waving his outstretched hand with its palm downwards (a gesture implying that medication is not being as effective as it should). Considering all the factors we have described so far, we can deduce that the patient thinks medication is not working properly. This complete meaning has been obtained through (a) the semantic formulation of the message ("I'm not sure"), (b) the hand gesture (ostension) and the inference it implies and (c) the context that affects the message understanding (personal relationship among the parties, their knowledge of each other, previous conversations and medical outcomes, etc.).

However, inferences can also be irrelevant or incoherent: They may add previously known details, new data with no interest at all or information that just does not make any sense. This blurs several lines that are important for communication: what is an ostension and what is just a meaningless act? Which elements from the context should we consider as a part of the message meaning and which should we not? That is why relevance is such an important factor in Sperber and Wilson's theory. For both linguists as well as for Grice, relevance is attached to every speech act so, at least in theory, speakers have always the intention of communicating in an "economic" and relevant manner, a hypothesis that dismisses the elicitation of irrelevant statements and ostensions (Escandell Vidal 1993: 142–144).

So far, we have been focusing our attention on the message, leaving interactants in the background. Besides the assumed intention of being cooperative and relevant, there are other purposes and parameters affecting our interactions. When he defined his Cooperative Principle, Grice already took into consideration the presence of other maxims in any kind of speech (Escandell Vidal 1993:164); being polite was one of them and it cannot be treated as a secondary element, especially in cross-cultural communication. Since in some cultures like Japanese, courtesy overrides all other maxims (Baker 2011:245), it was necessary for us to consider and include politeness strategies and theories when designing an ideal conversational frame. As in previous paragraphs, we have decided to follow Escandell Vidal (1993:159–181) and Grundy's work to summarize this issue (2000:145–166). Lakoff was one of the first linguists in developing a theory on this matter but, in our opinion, Brown and Levinson's precepts are a better complement for the Cooperative Principle. Their ideas concur with Grice's theory and presuppose rationality and relevance to every speech act. However, they also consider the possibility that interlocutors may turn their back to this principle for different reasons, being politeness one of them. At this point, we start dealing with the concepts of *face* and *politeness strategies*. Face can be defined as the self-image speakers want to present to the hearer and it can be either positive or negative. In short, *positive face* is related to every person's will of being accepted and appreciated, whereas *negative face* deals with speakers' desire of preserving their independence and privacy. Relationship between both concepts results in different politeness strategies. Brown and Levinson outlined four main types but for our purpose, we are going to leave aside off record strategies and focus on *bald on-record*, *positive politeness* and *negative politeness* strategies:

- *Bald on-record*: Used to impact the hearer. Normally, these strategies give little importance to minimizing the threat to the listener's faces. Classic examples are direct commands ("give me that") and "rude" offers ("stop, I can take it from here").
- *Positive politeness*: Strategies used to make hearers "feel good" by minimizing the threat to their positive face. They seek to avoid conflicts and they are reflected in different conversational behaviors such as avoiding disagreement ("it's true, you are right"), paying attention to hearers' needs and interests ("are you feeling okay?"), making jokes, etc.
- *Negative politeness*: It affects listeners' negative face. Negative politeness attempts to minimize the effect that a note of imposition may have on the hearer, since it normally occurs when we are asking somebody to do something. Among the strategies used for this purpose we can find the use of questions and hedges ("could you...?" / "maybe you can help me..."), apologizing ("Excuse me, could you...?"), etc.

In an ideal environment, interactants would try to achieve a balance between protecting one's own face while not threatening nor hurting the others'. However, the combination of politeness strategies they consequently would have to use may easily imply violating some of the conversational principles we have presented before. Therefore, we can state that in certain occasions, speakers should decide which aspect should prevail above the other. Here we provide two clear examples confronting politeness against the Cooperative Principle:

- (1) "To tell you the truth, doctor, pills aren't working so far; I think it may be time to try something else."/"Pills just don't work; give me something else."

Here we have two ways of expressing the same idea: treatment is not giving results and the patient wants to explore other options. The first is a negative politeness case whereas the second one follows a bald on-record strategy. In the first example, maxims such as quantity, relation or manner are clearly violated. Still, it is advisable to use this form instead of the latter, which is objectively better adapted to Grice's precepts but also potentially offensive for the other party. In this case, politeness prevails over the Cooperative Principle.

- (2) "From my point of view and given the circumstances and, well, if you agree...I think it may be appropriate to consider the option of attending a meeting with people in a similar situation and well, maybe sharing your experience with them will make you feel better..."/"It may be positive for you to join a therapy group."

Again, two different ways of eliciting an identical idea: the advisability of the patient going to group therapy. In this case, we are dealing with a negative politeness and a "soft" (threat for the hearer is attenuated) bald on-record strategy. In comparison with the previous case, rules are here reversed. The priority now is providing important information for the addressee in an efficient manner, something that the first statement does not achieve because its violations of the Cooperative Principle result in an unclear message where most information is lost or, at least, diluted. Therefore, in this example, conversational maxims should prevail over politeness norms and the second utterance would be more adequate.

Of course, there are some cases where conversational politeness may hinder communication. This is what Geoffrey Leech (1989:104–105) considered conflictive illocutionary acts, where courtesy is left aside since they intend to increase the distance among interactants or break the relationship established between them. Obviously, these assumptions do not contribute to create an ideal communicative environment and for that reason, we are going to overlook them in our study. In the context of mental health consultations, it seems unreasonable

to prioritize politeness to the detriment of communication. If we seek to create and preserve an efficient communicative frame, courtesy norms should not be an obstacle for information exchange. The ideal option would be to find a balance between both forces and try to maintain an adequate conversational strategy and face that allows us to elicit the message we want in an understandable manner for the other party. But we do not want to overlook those situations where speakers may doubt about prioritizing one aspect of communication or the other. In these cases, we should bear in mind the nature and purposes of healthcare consultations, a setting where patient-provider interactions are generally oriented to a common end: the exchange and acquisition of relevant and appropriate information. Therefore, from and for the pragmatic perspective of our ideal frame, cooperative maxims should *a priori* prevail over politeness rules and strategies.

The information provided so far brings out the fact that an ideal conversational frame among two interactants tends to be sustained on the cooperative intentions and the intended relevance of the utterances we assume as an inherent part of any speech act. Within these boundaries, speakers provide different messages which final intent we should infer through the interrelation among the three kinds of meaning they carry (Herrero Cecilia 2006: 68):

- *Contenido expuesto* (explicit meaning): Literal information we obtain directly and solely from the semantic formulation of the utterance.
- *Contenido presupuesto* (assumed meaning): Those slices of information we can infer from the explicit meaning of the message although they are not directly expressed (a patient showing dissatisfaction with his treatment implies that he has been following the prescribed therapy).
- *Contenido sobrentendido* (implicit meaning): Indirect information the speaker suggests so interlocutors can grasp it according to their communicative and cognitive environment. (“Attending these sessions is a good complement for your treatment that may boost the recovery process” also carries an implicit meaning: skipping these sessions will not help patient’s recovery. We realize the speaker does not give this information but it can be easily deduced from the uttered statement).

Within this frame, several violations related to the social image interactants seek to show are considered and admitted. These deviations are accepted and they are not seen as an obstacle in the communicative process as long as they respect the final purpose of conveying reliable information with a relevant basic content for the other party.

To these general barriers we should add other difficulties which are intrinsic to medical staff-patients communication within mental health services. Ranging

from the heavy burden of stigma (Shattel et al. 2006) to the problems caused by patients' lack of mental health literacy (Jorm 2000) and the intimidating feelings consulting rooms tend to create in the patient (Schulze & Angermeyer 2003), mental healthcare is a context where communication problems have been traditionally recurrent. Responsibility cannot be placed on a specific participant or factor. Normally, both parties contribute to create these issues. On the one hand, healthcare professionals tend to show certain behaviors aimed at maintaining a position of power in the relationship that prevents a possible loss of their authority (Maguire 1984). To this fact, Anne Cushing (2003) adds other relevant problems. First of all, she talks about the little importance professionals tend to give to patients' own opinions. Secondly, she mentions the perception (frequently wrong) that patients are not interested in being properly informed about the pathology they are suffering. Sometimes, patients' attitude helps to validate and perpetuate this conception since they avoid a higher involvement in the interaction and refuse to pose doubts regarding the topics tackled due to the "infallibility" traditionally presupposed to medical professionals' discourse or the asymmetry in the power balance between both parties that tend to consign patients to the role of mere listeners. All these circumstances restrict and condition them at the time of asking questions since they do not feel confident enough to show disagreement with somebody with a wider knowledge on the matter. These and other complications can be at least partially solved if the involved parties work together to establish a proper communicative context based on the following aspects among others (Cushing 2003: 35):

- Assure privacy
- Show empathy, respect and support
- Do not judge
- Make simple, unbiased questions
- Clarify concepts
- Clarify common ground
- Explore service user's expectations, feelings and beliefs
- Invite questions
- Cooperate to discuss and agree on a plan
- Provide explanations whenever is necessary

Considering all the constraints and distinctive features we have presented, the interpreter's role becomes crucial in trying to achieve the ideal communicative environment we endeavor to build. Several studies prove that language is a determining factor when describing identities, psychological experiences, emotional connections, and so forth. (Raval 2003). Furthermore, people capable of speaking two languages do not convey this information in the same way or with an identical

level of expressivity when using their second language instead of their mother tongue. Interpreters can be a useful instrument to fix or mitigate these issues; consequently, the most adequate approach they should adopt would be one of the topics listed in the questionnaire and examined from its results.

2. Fieldwork and results analysis

So far, we have presented a theoretical communicative frame as ideal as permitted by certain determining factors of intercultural interactions within mental health settings. From now on, we are going to analyze how reality matches (or not) our prototype. For this purpose, we have elaborated two different questionnaires, one addressed both to novice and expert interpreters (40 participants) and the other one to medical staff (35 participants) working in mental health services² (see Appendixes A and B).

Conclusions obtained from the survey have been divided into two different sections. Each section discusses different issues of the questionnaire and every issue will be approached according to the following pattern: (i) introduction of the topic; (ii) brief data analysis contrasting opinions from both sectors; (iii) conclusions, divided into pragmatic implications and/or repercussions and guidelines for interpreters.

2.1. Questions addressed to medical staff

Although they are related to other points of the survey, the following conclusions were mainly outlined through medical staff responses.

With regard to speech acts length, it is not possible to establish a stable pattern, since the medical staff surveyed considers there are too many variables affecting this point. According to their perception, healthcare professionals' turns, for example, would be longer or shorter depending on patients' needs. On the other hand, patients' speech length may vary in accordance to how they feel, their condition... This implies that short and long turns may co-occur within the same conversation, so interpreters should be ready to deal with both long utterances and almost monosyllabic expressions. Although Grice's maxim of manner defends the value of brief contributions, this is not a decisive fact to measure speech relevance

2. Survey was conducted among medical professionals working at *Hospital de Fuenlabrada*, *Hospital de Día de Vallecas*, *Instituto de Enfermedades Neurológicas de Castilla-La Mancha*, psychologists' consultation rooms collaborating with Valladolid City Council and independent mental health professionals.

since a long utterance is not necessarily irrelevant. Thus, other maxims such as quality and relation may be more important for establishing an efficient and meaningful communication.

Regarding exchanges in turn-taking, we cannot establish a clear pattern either, because this fact depends highly on patients' attitude. In post-survey conversations with some healthcare providers, they stated that while medical staff's responses tend to occur within a homogeneous period of time, patients' answers are determined by several aspects such as their predisposition to converse, the amount of information they have just received from the healthcare professional, the time they require or their ability to assimilate the message. Considering the importance of pauses and turns length for the interpreters' task (Jacobson 2009) these results draw two different scenarios depending on the speaker. On the one hand, it should be easy to know the appropriate moment to start interpreting when discourse comes from healthcare providers since their statements tend to be clearly delimited. *Per contra*, patients' behavior on this matter is highly unpredictable, so interpreters should be ready to deal with short and long pauses, stops that may not be the end of the discourse...and react appropriately to such issues.

When asked about the usual rhythm that conversations in mental health settings tend to follow, viewpoints are divided. Whereas most part of the medical staff surveyed (54.5%) answered that intermediate pace was the most common one, an also relevant percentage (42.4%) stated that conversational rhythm tends to vary. Consequently, the following assumptions should be carefully interpreted. Taking the most extended opinion as a reference, we can presuppose that people involved in these interactions do not speak very fast or very slow and constant pauses or relevant speech accelerations are not frequent. This feature has two main implications for the interpreting process. On the one hand, it means conversation thread will be normally easy to follow due to limited speed alterations, which also implies interpreters will have enough time to process and render the message properly and in a comprehensible manner. On the other, it won't be necessary for them to constantly stop the conversation in order to ask for clarification or request one of the parties to repeat its discourse. Speech rhythm is especially relevant since it is one of the main factors determining discourse intelligibility; therefore, most conversational principles depend on it to be achieved. In the same way, using an intermediate conversational rhythm, despite extending speakers' contributions, improves message understanding by the parties involved.

As for the question related to patients' attitude, most healthcare professionals agreed in pointing as normal the fact that they prioritize social approval over providing relevant information. Furthermore, according to the categorical answer reflected by our survey, we have to assume that in several occasions patients' speech will be ruled by the pursue of a positive face to the detriment of the Cooperative

Principle, breaking relevance assumptions together with our ideal communicative frame. This primacy of the social image has its reflection in vague utterances, giving false details, hiding personal data, providing diluted information... and it is one of the most conflictive issues when trying to create a cooperative conversational environment. Due to its direct relation to subsequent questions of the survey, further analysis on this subject is provided in the following point of study.

2.2. Interrelated questions

This section draws together and connects those aspects for which both professional groups have been questioned.

Our questionnaire shows interesting results regarding the issue of information exchange. From the answers gathered among interpreters, we deduce they prefer to convey every chunk of information, either necessary or irrelevant. This fact allows us to draw certain ideas related to the interpreting process. The first one is that interpreters believe any kind of data may be relevant throughout these interactions, so they prefer to render everything and let healthcare professionals decide which parts are important and which are not. This opinion coincides with healthcare providers', who concur with the idea that interpreters should translate any piece of information they receive. But the inclusion of pragmatics in the study leads us to draw other questions and conclusions from these data. According to the survey, the amount of relevant information conveyed during interactions tends to be intermediate, which implies that, although this feature does not exactly match quantity and relation maxims, it doesn't break the Cooperative Principle either. However, it is important to shed light on the fact that patients may be prone to provide unnecessary or non relevant information in order to maintain or achieve the aforementioned positive social face. Considering that this fact breaks several conversational principles and given our vision of the interpreter as a figure to improve communication, we have used the survey to give response to another query. In certain occasions, prior knowledge of the patient may allow interpreters to recognize these irrelevant chunks of information as well as other violations of the Cooperative Principle such as lies. Assuming that interpreters may have the necessary instruments to solve these problems, putting in question whether they should omit or interpret these utterances anyway seems a legitimate dilemma from a pragmatic point of view. However, survey results show no hesitation in medical staff's opinion. Notwithstanding that interpreting these messages implies a direct violation of a cooperative and efficient communicative frame, healthcare providers show general consensus in the need of receiving them, too. However, before finishing the analysis of this point, it is important to underline that (as we will see afterwards) common ground between both groups regarding the render of

all the information provided does not imply a complete accuracy to the messages original form.

The question related to the different forms of address also portrays a generalized agreement between the two collectives surveyed. In this case, respondents prefer to follow the politeness strategies used by interactants. According to medical staff's opinions, it is usual that the ways used for addressing one another may vary depending on different factors such as the topic of the conversation, the pre-existing relationship between both parties, patients' cultural background and educational level, and so forth. Interpreters should also consider the fact that forms of address may change unconsciously, so they have to stay alert in order to adapt their translation to the style (formal or informal) used by the speaker.

Pragmatic implications of this point are very different and may fluctuate between creating a frame of mutual respect with no prejudice for the communicative process and establishing a barrier among the interactants which complicates the task of setting a positive and trusting environment. Style and forms of address are also intrinsically related to the aforementioned concepts of *face* and *politeness strategies*, since they are fundamental elements in their construction. As we have seen in Section 1, the interrelation among face and politeness strategies can help to create a more cooperative environment or, *per contra*, hinder the normal development of the conversation. In accordance, interpreters' task of managing language opens the possibility of improving communication by adapting discourse style to certain politeness parameters. In our opinion, this situation draws an interesting dilemma that may be solved by checking healthcare providers' responses. Concluding numbers defending fidelity to this issue imply that being aware of the politeness strategies patients are using is an important element and source information for clinicians. Therefore, although from a pragmatic perspective changes may help to create a more positive communicative environment, interpreters should preserve the original style and forms of address used by the interactants. In addition, following this guideline has other repercussions on the interpreting process, since it implies paying attention to verb tenses and, in Spanish, the pronouns that normally determine discourse level of politeness. Thus, a formal English speech may contain terms such as "sir" or "miss" and conditional modal verbs working as auxiliaries. On the other hand, modal verbs occurring in a more informal discourse would usually appear in the present indicative. The use of pronouns is not a problem here, since the most common practice is using the singular form of the second person, "you". As for Spanish speech, conversational politeness becomes explicit not so much due to the appearance of a specific term of address (*señor, señora, señorita...*) as for the use of the subject pronoun *usted*, and the verb forms related to it, this is, the regular usage of subjunctive and the third person form for all verb tenses except imperative cases, when we employ the formal register of

the second-person singular (*tómese*). When using informal language, the second-person singular form *tú* is used instead of *usted*, subjunctive forms are replaced by those of the indicative and imperative mood is employed in a less polite manner through the second person singular (*tómate*). Interpreters must consider all these language particularities when translating the message in both directions.

Responses regarding the interpreting modality defend an adaptive approach to the matter since 75% of the interpreters surveyed believe it is more effective to adapt the messages form (respecting its content) to each party comprehension skills than delivering them in an "automatic" manner with no modifications at all. Another interesting data obtained from the questionnaire is that respondents think this reformulation process would be more usual when interpreting medical professionals' speech for the patients and not the other way around. Explanation to this phenomenon can be found in a question of the survey related to the different linguistic register used by medical staff and patients. From resultant percentages, we can infer that while the first ones tend to combine technical and colloquial discourse, the latter group is prone to use everyday language only. Thus, we can state that most problems in understanding the message will arise on the patients' side, due to their limited specific knowledge and less familiarity with mental health concepts.

A closer look at these results shows that opinions are clearly more divided among medical staff. Intrigued by this deviation, we had the opportunity to speak about this issue with some of the professionals surveyed. Most of them gave a very similar explanation. Although they think it may be necessary to adapt the message to a register which is understandable for the addressee, they also maintain that it is important to respect certain anomalies such as discourse disorder, ambiguity and hesitations since they can be symptoms of certain diseases like schizophrenia and other psychotic disorders (American Psychological Association 2000) and therefore, relevant facts for medical staff to consider when establishing an appropriate diagnosis. As we will see in our next point of analysis, this perspective does not clash with the defense of the interpreter as an active part of the conversation. But for now, let's just say most healthcare professionals believe interpreters should respect features like disorder or hesitations within a certain margin of freedom that allows them to adequate the message to the addressee's needs and personal characteristics.

At this point, it is important to bring up two basic and significant concepts in interpreting studies: relaying and coordinating others' talk (Wadensjö 1995). Since the first one implies a direct translation of the message and the second one tolerates certain adaptations (summarizing, word-changing...), both terms may seem intrinsically exclusive. However, this is not the case but quite the opposite: both aspects are simultaneously present and interpreters should know how to manage

them properly while performing their task. With the information we have just provided, we can apply this "dual model" to the mental health setting and take it a step further by determining the prevalence of one approach or the other depending on the addressee:

- Medical professional → patient communication: *Coordinating others' talk* > *relaying others' talk*. Interpreters should generally act as a link connecting two different levels of expertise. To bridge this gap, both interpreters and healthcare staff contemplate the possibility of adapting the register and/or reformulate the message in order to make it understandable for the addressee.
- Patient → medical professional communication: *Relaying others' talk* > *coordinating others' talk*. Interpreters' activity should fluctuate between both models, bearing in mind that the first one should prevail over the latter since accuracy is more important in this case. Given that comprehension problems derived from the register used are less likely to occur in these cases, healthcare professionals tolerate minor form adaptations that may improve information exchange while they emphasize the importance of respecting certain features which might be omitted in other contexts but relevant in this setting.

In relation to our ideal conversational frame, this exactitude when interpreting obscure and confuse utterances provokes a similar effect as that of conveying unnecessary information. However, there is a distinguishing nuance because, although it implies a clear violation of quality and relation maxims and other conversational principles, disorganization and ambiguity may also carry ostensions that might be "invisible" for the interpreter but important for healthcare professionals. Therefore, even though they deviate from the paradigm of relevance and collaboration we have established in Section 1, these features play, according to medical staff opinions, a significant role in the construction of the implicit meaning of the message and so, they cannot be always considered an obstacle in a communication focused on achieving an adequate medical attention and treatment.

The last matter we are going to analyze deals with interpreters' contribution to the interaction. This is an issue where both professional groups seem to be in the same line, since 90% of the interpreters and 93,7% of the medical staff surveyed think interpreters should be an active part of the conversation and contribute their experience to it. This scenario may help to solve certain problems that may affect communication from different angles. A well trained interpreter should know, for example, the best way to handle the conversation in order to avoid clarifications and repetitions that may slow down the regular path of the interaction and result in more serious problems such as the feeling that communication is impossible,

a total rupture of the dialogue, etc. Besides, an interpreter can help healthcare providers to understand certain gestures or attitudes linked to patients' cultural background (Cushing 2003), ease dialogue flow when social, political or family matters arise (Granger & Baker 2003), and so forth. Experience also implies a higher ability to vary and adapt vocabulary to consultation needs. As they get more practice, interpreters become familiar with different conversational structures and the meaning of certain expressions; together with their knowledge of different cultures, this may improve the message adaptations previously discussed, allowing them to make appropriate cultural analogies (Cushing 2003) and increasing their capacity to find and use simpler equivalent terms easier to understand for the patient. In short, experience gives interpreters a clearer notion of the boundaries delimiting their task and better instruments to manage them. In accordance, it is important to distinguish between boundary violations and boundary transgressions (Bot 2003). While the first ones are line crossings that may be harmful for the patient, transgressions are made within the limits of ethical behavior and an adequate treatment, and tend to have positive repercussions on the interaction. Assuming that interpreters will know the difference between them, relying on their criteria on this matter may help to improve communication among interactants. All these arguments support the positive effects of an involved interpreter during the conversation, contradicting (at least partially) those currents portraying mental health interpreters as an added problem and an obstacle for specialists' work (Messent 2003); in an interlinguistic environment, allowing interpreters to use their experience and knowledge may help breaking certain cultural barriers that, in other circumstances, might hinder or even block communication and, subsequently, an adequate medical attention and treatment. In accordance, if interpreters decide to follow this approach and become an active part of the interaction, it would be advisable for them to add a reference to the role they are going to play throughout the conversation before it begins, explaining for example that they will contribute their knowledge and professional criteria whenever it is possible/necessary to facilitate and optimize communication. Thus, they clarify beforehand their function and intentions, limiting the possibility that hypothetical contributions (such as additions or explanations) may surprise some of the other parties.

Conclusions

This being a paper based on a fieldwork study, it has certain limitations for generalizing its results and conclusions since it can be argued that they may only be attributed to survey respondents and, therefore, they just reflect their personal

opinions. Moreover, the fact that this work was conducted in a country where community interpreting is still developing may be seen as a handicap weighing down its relevance. However, we do not consider these as sufficient grounds to undermine the significance of the study. Assuming the first one as an inherent problem to any kind of survey, correspondence among our results and universal pragmatic and interpreting principles proves its theoretical coherence, sets it at the level of other empirical works and supports its use as a reliable reference in more representative studies. Besides, given the specificity of the setting where research was conducted, we think our sample is valid enough to establish a solid contrast of perspectives. With regard to its Spanish scope, we prefer to focus on its positive aspects and use results to underline the needs and portray the expectations of a healthcare sector providing assistance within a multicultural society with little language support.

Due to distinctive features such as the importance of careful listening, common understanding, time restrictions, etc. (DeVoe et al. 2009), interactions in healthcare settings differ from those that take place in everyday contexts, and dialogues occurring in mental health services are not an exception but a particular case. For this complex environment, Cushing (2003:35) outlined several objectives that both patients and medical staff should try to reach in order to establish a proper communicative exchange. Among these goals, we have highlighted three which we think are especially relevant:

1. Promoting positive partnership and relations of trust
2. Exchanging information in a precise and understandable manner
3. Reaching shared understanding and establishing common ground

If we give them a second glance, we can see that these bases for an appropriate medical attention and treatment perfectly fit the hypothetic conversational frame we have built as a paradigm of a cooperative environment and an effective information exchange. The importance of Pragmatic principles in mental health services is therefore proven. However, we know theory and practice are sometimes hard to connect. Throughout this paper, we have portrayed some aspects of mental health consultations that meet or move away from the ideal of a cooperative conversational environment. Among the first ones, we should highlight the percentages of relevant information provided by both parties and (with certain precautions) the general conversational rhythm. Among the latter, ambiguity and disorder in patients' discourse or their desire of preserving a positive face (which results in other violations such as providing unnecessary information or false details) are the main breaches in our frame. Other aspects like the form of address may support or break cooperation depending on the

way interactants decide to use them. *Per contra*, for certain features such as speech acts length or turn-taking exchange it has been impossible to establish a constant pattern.

Needless to say even more complications arise when linguistic and cultural barriers are added to the equation. Since it has been proven that patient-provider communication is directly related to health outcomes (DeVoe et al. 2009), interpreters' role in a triangular interaction cannot be considered a minor issue. Their presence is, in these cases, essential to enable an appropriate information exchange and create a cooperative conversational environment for which awareness on cultural matters is crucial (Eley et al. 2006). Furthermore, their decisions and approach to the conversation will determine significant matters such as the level of understanding, communication flow, diagnosis accuracy... By letting interpreters be an active part of the conversation, we allow them to perform a linguistically and culturally adequate interpretation, using the most appropriate form and words to convey the message (Mudarikiri 2003), improving information exchange and, consequently, adjusting the interaction to quality and relation maxims by rendering the content interactants really intend to transmit. Throughout these pages, among other things, we have tried to provide some recommendations and possible guidelines that may help them when undertaking this complicate task. However, we know we have just scratched the surface of a complex discipline with a lot of different angles we seek to explore and develop in future projects.

Acknowledgements

The author would like to thank the University of Alcalá de Henares and its research project InteMed, funded by the I+D+i National Research Programme.

References

- American Psychological Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
DOI: 10.1176/appt.books.9780890423349
- Baker, Mona. 2011. *In Other Words: A Coursebook on Translation*, 2nd edition. London-New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Baylav, Akgul. 2003. "Issues of Language Provision in Health Care Services." In *Working with interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 69–77. East Sussex: Routledge.

- Bot, H. 2003. "The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-person Psychology." In *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, ed. by Louise Brunette et al. 27–35. Amsterdam: John Benjamins Publishing. DOI: 10.1075/bl.46.07bot
- Brown, Penelope, and Stephen Levinson. 2007. *Politeness: Some Universals on Language Usage*. Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1525/ae.1988.15.4.02a00420
- Cummings, Louise. 2005. *Pragmatics: A Multidisciplinary Perspective*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- DeVoe, Jennifer E., Lorraine S. Wallace, and George E. Fryer Jr. 2009. "Measuring Patients' Perceptions of Communication with Healthcare Providers: Do Differences in Demographic and Socioeconomic Characteristics Matter?" *Health Expectations* 12 (1): 70–80. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x
- Eley, Diann et al. 2006. "Tools and Methodologies for Investigating the Mental Health Needs of Indigenous Patients: It's about Communication." *Australasian Psychiatry* 14 (1): 33–37. DOI: 10.1080/j.1440-1665.2006.02235.x
- Escandell Vidal, M^a Victoria. 1993. *Introducción a la Pragmática*. Barcelona: Anthropos.
- Granger, Emily, and Martyn Baker. 2003. "The role and Experience of Interpreters." In *Working with Interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 99–122. East Sussex: Routledge.
- Grice, Herbert P. 1975. "Logic and Conversation." In *Syntax and Semantics, Vol. 3: Speech Acts*, ed. by Peter Cole and Jerry L. Morgan, 41–58. New York: Academic Press.
- Grundy, Peter. 2000. *Doing Pragmatics*, 2nd edition. London: Hodder Arnold.
- Hudelson, Patricia. 2004. "Improving Patient–Provider Communication: Insights from Interpreters." *Family Practice* 22 (2): 311–316. DOI: 10.1093/fampra/cmi015
- Hsieh, Elaine. 2010. "Provider-Interpreter Collaboration in Bilingual Health Care: Competitions of Control over Interpreter-mediated Interactions." *Patient Education and Counseling* 78(2): 154–159. DOI: 10.1016/j.pec.2009.02.017
- Jacobson, Holly E. 2009. "Moving beyond Words in Assessing Mediated Interactions: Measuring Interactional Competence in Healthcare Settings." In *Testing and Assessment in Translation and Interpreting Studies*, ed. by Claudia V. Angelelli and Holly E. Jacobson, 49–70. Amsterdam: John Benjamins Publishing. DOI: 10.1075/ata.xiv.04jac
- Jorm, Anthony F. 2000. "Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders." *The British Journal of Psychiatry* 177: 396–401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396
- Kravitz, Richard et al. 2000. "Comparing the Use of Physician Time and Health Care Resources among Patients Speaking English, Spanish, and Russian." *Medical Care* 38: 728–738. DOI: 10.1097/00005650-200007000-00005
- Leech, Geoffrey N. 1989. *Principles of Pragmatics*. London: Longman. DOI: 10.1017/s0272263100005210
- Leonard, Michael, S. Graham, and Doug Bonacum. 2004. "The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care." *BMJ Quality and Safety* 13 (1): 85–90. DOI: 10.1136/qshc.2004.010033
- Lesch, Harold. 1999. "Community Translation: Right or Privilege?" In *Latson Interpreting in the Community*, ed. by Mabel Erasmus, 90–98. Pretoria: Van Schaik.
- Maguire, Peter. 1984. "Communication Skills and Patient Care." In *Health Care and Human Behaviour*, ed. by Andrew Steptoe and Andrew Matthews, 153–173. London: Academic Press.

- Messent, Philip. 2003. "From Postmen to Makers of Meaning: A Model for Collaborative Work between Clinicians and Interpreters." In *Working with Interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 135–151. East Sussex: Routledge.
- Mey, Jacob L. 2001. *Pragmatics: An Introduction*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Mikkelsen, Holly. 1996. "Community Interpreting: An Emerging Profession." *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting* 1 (1): 125–129.
DOI: 10.1075/intp.1.1.08mik
- Mudarikiri, Maxwell M. 2003. "Working with the Interpreters in Adult Mental Health." In *Working with Interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 182–198. East Sussex: Routledge.
- Raval, Hitesh. 2003. "An Overview of the Issues in the Work with Interpreters." In *Working with interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 8–30. East Sussex: Routledge.
- Razban, Mino. 2003. "An Interpreter's Perspective." In *Working with Interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 92–98. East Sussex: Routledge.
- Roe, Donald L., and Connie E. Roe. 1991. "The Third Party: Using Interpreters for the Deaf in Counselling Situations." *Journal of Mental Health Counselling* 13 (1): 91–105.
- Salaets, Heidi, and Jan Van Gutch. 2008. "Perceptions of a Profession." In *Crossing Borders in Community Interpreting*, ed. by Carmen Valero Garcés and Anne Martin, 267–288. Amsterdam: John Benjamins Publishing. DOI: 10.1075/btl.76.14sal
- Sales, Dora. 2006. "Mapa de situación de la Traducción/Interpretación en los Servicios Públicos y la Mediación Intercultural en la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia." *Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de España: Retos del Siglo XXI en Comunicación Intercultural. RESLA, Revista Española de Lingüística Aplicada, volumen monográfico*, 85–109.
- Schulze, Beate, and Matthias C. Angermeyer. 2003. "Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, their Relatives and Mental Health Professionals." *Social Science and Medicine* 56: 299–312.
DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00028-x
- Shattell, Mona M. et al. 2006. "She Took the Time to Make Sure She Understood: Mental Health Patients' Experiences of being Understood." *Archives of Psychiatric Nursing* 20 (5): 234–241.
DOI: 10.1016/j.apnu.2006.02.002
- Sperber, Dan, and Deidre Wilson. 2002. "Pragmatics, Modularity and Mind-reading." *Mind and Language* 17 (1–2): 3–23. DOI: 10.1111/1468-0017.00186
- Stewart, Moira A. 1995. "Effective Physician -Patient Communication and Health Outcomes: A Review." *CMAJ* 152 (9): 1423–1433.
- Tribe, Rachel, and Marsha Sanders. 2003. "Training Issues for Interpreters." In *Working with interpreters in Mental Health*, ed. by Rachel Tribe and Hitesh Raval, 54–69. East Sussex: Routledge.
- Tribe, Rachel, and Jean Morrissey. 2004. "Good Practice Issues in Working with Interpreters in Mental Health." *Intervention, the International Journal of Mental Health* 2 (2): 129–142.
- Verschueren, Jef. 1999. *Understanding Pragmatics*. London; New York: Arnold.
DOI: 10.1017/s0047404501231054
- Wadensjö, Cecilia. 1995. "Dialogue Interpreting and the Distribution of Responsibility." *Hermes: Journal of Linguistics* 14: 111–131.
- Wadensjö, Cecilia. 1998. "Community Interpreting." In *Encyclopaedia of Translation Studies*, ed. by Mona Baker, 33–37. London; New York: Routledge.

Appendix A

Questionnaire: Interpreting in Mental Health

What would you do...

- | | |
|---|-------|
| 1) if one of the involved parties gives information which is clearly unnecessary? | |
| a) Interpret it | 80% |
| b) Omit it | 7.5% |
| c) Ask for clarification | 12.5% |
| 2) regarding the form of address? | |
| a) Use always a formal style | 7.5% |
| b) Use always an informal style | 0% |
| c) Adapt it to the style used by patients and medical staff in each case | 92.5% |
| 3) regarding speech rhythm? | |
| a) Keep the same rhythm the involved parties use | 28% |
| b) Use the rhythm I think it may be appropriate | 59% |
| c) I don't think it is an important fact | 13% |
| 4) In your opinion, what approach should interpreters generally adopt in this sector? | |
| a) Interpret "automatically", rendering literally what both parties say | 25% |
| b) Adapt the message (respecting the content) in order to avoid speech obscurity, ambiguity, disorder or intelligibility | 75% |
| 5) Do you think interpreters should apply their professional experience to interactions by, for example, adding certain information (traditions, habits, behaviour patterns...) in order to break down cultural barriers? | |
| a) Yes | 90% |
| b) No | 10% |

Appendix B

Questionnaire addressed to Medical Staff

- | | |
|---|-------|
| 1) What amount of relevant information tends to convey each party throughout the interaction? | |
| <i>Medical staff</i> | |
| High | 9% |
| Intermediate | 63% |
| Low | 12.1% |
| Depends | 15.1% |
| <i>Patients</i> | |
| High | 15.1% |
| Intermediate | 57.5% |
| Low | 0% |
| Depends | 27.2% |
| 2) Do they provide information which is clearly unnecessary? | |
| <i>Medical staff</i> | |
| Yes | 22.3% |
| No | 78.7% |

<i>Patients</i>	
Yes	72.7%
No	27.3%
<i>What should interpreters do?</i>	
Convey it	96.5%
Omit it	3.5%
3) Which style and form of address tends to use each party when speaking to the other?	
<i>Medical staff</i>	
Formal	33.3%
Informal	6%
Both	60.6%
<i>Patients</i>	
Formal	18.1%
Informal	21.2%
Both	60.6%
<i>What should interpreters do?</i>	
Respect it	93.7%
Modify it	0%
Whatever they consider appropriate	6.3%
4) What is the most common register used along the interaction?	
<i>Medical staff</i>	
High/technical	24.2%
Colloquial	12.1%
Both	63.6%
<i>Patients</i>	
High/technical	0%
Colloquial	90.9%
Both	9.1%
5) How common is for patients to seek others approval instead of giving relevant information?	
a) Very common	14.7%
b) Common	73.5%
c) Unusual	11.7%
d) Never happens	0%
6) How long speech acts tend to be?	
<i>Medical staff</i>	
Long	18.1%
Short	9%
Depends	72.9%
<i>Patients</i>	
Long	18.1%
Short	6%
Depends	75.7%
7) What is the general speed in turn-taking exchange?	
Quick	15.1%
Slow	0%
Depends	84.8%

8) What is the most common speech rhythm used throughout the interaction?	
Quick	3%
Intermediate	54.5%
Slow	0%
Depends	42.4%
9) What is the general approach interpreters should take? Interpreting others' discourse automatically or adapt the message (respecting its content) to avoid phenomena such as obscurity, ambiguity, unintelligibility or disorder and improve speech assimilation?	
a) Adapt it	58.8%
b) Do not adapt it	41.2%
10) Should interpreters contribute their experience by, for example, adding information (traditions, beliefs, behavior patterns...) that may help to break cultural barriers?	
Yes	93.7%
No	6.3%

Abstract

This paper is a fieldwork study framed in the community interpreting branch of Translation and Interpreting Studies, a current dealing with mediated interactions in Public Services. In accordance with the scope of this discipline, the following pages focus on highlighting the importance of pragmatic theories in an interlinguistic, triangular communication occurring within mental health consultations. The fundamental idea is to combine some of the most relevant pragmatic principles in order to establish an ideal communicative frame we can subsequently contrast with the reality of interlinguistic interactions in mental health settings. In consequence, the first part of the paper seeks to portray the importance of Pragmalinguistics in this context by providing a theoretical frame which is also used as the base for formulating certain questions that arise due to its implications for the interpreting process. These issues are the pillars for two brief questionnaires: the first one is addressed both to novice and experienced interpreters whereas the second set of questions was distributed among mental health professionals. The analysis of the survey results seeks to achieve three main objectives:

- i) to determine agreement and disagreement points between both parties;
- ii) to combine their opinions with the aforementioned theoretical bases in order to establish certain guidelines and solutions that may improve communication;
- iii) to define the interpreter's role within our field of study.

Keywords: pragmalinguistics, mediated interaction in public services, mental health interpreting

Résumé

Cet article est une étude de terrain s'inscrivant dans le cadre de la discipline de l'interprétation communautaire des études de traduction et d'interprétation, un courant traitant des interactions de médiation dans les services publics. Conformément à la portée de cette discipline, les pages suivantes se concentrent sur la mise en évidence de l'importance des théories pragmatiques dans une communication interlinguistique triangulaire intervenant pendant des consultations

en santé mentale. L'idée fondamentale est de combiner certains principes pragmatiques les plus pertinents afin d'établir un cadre de communication idéal que nous pouvons ensuite confronter à la réalité des interactions linguistiques dans des environnements de santé mentale. En conséquence, la première partie de l'article cherche à montrer l'importance de la pragmatique dans ce contexte en fournissant un cadre théorique, également utilisé pour formuler certaines questions qui surgissent en raison de ses implications pour le processus d'interprétation. Ces questions sont les piliers de deux brefs questionnaires: le premier s'adressait aux interprètes tant débutants qu'expérimentés, tandis que le second était distribué à des professionnels de la santé mentale. L'analyse des résultats de l'enquête cherche à atteindre trois objectifs principaux:

- i) déterminer les points d'accord ou de désaccord entre les deux parties;
- ii) combiner leurs opinions avec les bases théoriques mentionnées ci-dessus afin de définir certaines lignes directrices et solutions pouvant améliorer la communication;
- iii) définir le rôle de l'interprète dans notre champ d'étude.

Mots-clés: pragmatique, interaction de médiation dans les services publics, interprétation dans le secteur de la santé mentale

About the author

Bruno Echaurl Galván holds a Bachelor's degree in English Studies, a Master's degree in Translation Studies and is a Ph.D. candidate within the Modern Languages, Literature and Translation Program at the University of Alcalá de Henares. His main fields of research are Interpreting and Translation Studies, and Intercultural Communication, two disciplines he seeks to combine with Pragmatics and Discourse Analysis. Currently, he works as an Associate Professor at the University of Zaragoza teaching English in Primary and Nursery School Education. Besides, he is a researcher within the InterMed Research Project (University of Alcalá) and member of the FITISPos Research Group.

Address: Bruno Echaurl Galván, University of Zaragoza, Address: Calle Vilches 11, 28806 Alcalá de Henares (Spain)

E-mail: bechaurlgalvan@gmail.com



Fachverband der
Berufsübersetzer und
Berufsdolmetscher e.V.

- (2014). Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting, *Babel*, 60:4.

La revista *Babel* es, sin duda, una de las publicaciones académicas internacionales más prestigiosas en el ámbito de la traducción e interpretación. Editada por John Benjamins y perteneciente al Grupo A: Carhus+ (información disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1590>), cualquier publicación en este medio conlleva todas las garantías de calidad investigadora.

Tal como menciona el autor, el artículo titulado «*Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of Pragmalinguistics in Mental Health interpreting*» surge como respuesta a la falta de estudios empíricos contrastando las opiniones de intérpretes y personal médico en interacciones orales a tres bandas dentro del ámbito de la salud mental en España. Además de estudiar la relación entre pragmática e interpretación en un ámbito poco estudiado como es la salud mental, el trabajo resulta especialmente interesante por los datos reales que aporta, muy necesarios en este ámbito y pocas veces presentados, resultantes de encuestas realizadas a un número importante de intérpretes y personal sanitario para conocer las pautas comunicativas que redundan en beneficio de la comunicación entre las partes que conforman la relación triádica personal sanitario- intérprete - usuario.

El autor parte de la premisa de que tanto hablantes como interlocutores colaboran a la hora de comunicarse y construyen un intercambio acorde a las circunstancias que lo condicionan (el principio cooperativo de Grice). Además de la intención de cooperar y que la aportación sea relevante, existe un factor fundamental que es la cortesía y los condicionantes propios de las interacciones entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental, como el miedo al estigma, la falta

de conocimientos específicos por parte del paciente o la escasa implicación en su tratamiento. Antes estas dificultades, el autor propone pautas como la empatía, el respeto y el apoyo para favorecer la comunicación. En un «triálogo» interlingüístico, el intérprete puede juzgar un papel fundamental en este sentido y por ellos, se apuntan estrategias y se aportan datos de interés que puedan facilitar su labor.

El marco teórico y el trabajo empírico de esta publicación subrayan el papel del traductor-intérprete en el ámbito de la salud mental como facilitador y partícipe de la comunicación entre personal médico y pacientes. Al mismo tiempo, el artículo aborda algunas de las dificultades que entraña desempeñar este papel desde un prisma poco habitual y trata de aportar soluciones al respecto.