



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**FACULTAD DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN  
DEPARTAMENTO DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN**

***LA INTERPRETACIÓN DE CONFERENCIAS Y LA COMUNICACIÓN  
ESPECIALIZADA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA: ESTUDIO DE LA  
SITUACIÓN EN ESPAÑA***

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

**LUCÍA RUIZ ROSENDO**

**Directora de tesis:**

**Dra. Presentación Padilla Benítez**

Profesora Titular de la Universidad de Granada

2006



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	xi
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	xiii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b><i>PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA</i></b>	11
<b>CAPÍTULO 1. EL CONOCIMIENTO Y LOS LENGUAJES ESPECIALIZADOS. EL LENGUAJE MÉDICO</b>	13
<b>Introducción</b>	15
<b>1.1. El conocimiento especializado</b>	16
1.1.1. Conocimiento general y conocimiento especializado	16
1.1.2. La representación del conocimiento especializado	20
<b>1.2. Los lenguajes especializados</b>	29
1.2.1. Definición de “lenguajes especializados”	30
1.2.2. Características de los lenguajes especializados	32
<b>1.3. El lenguaje médico</b>	36
1.3.1. Origen del lenguaje médico	37
1.3.2. Características del lenguaje médico	41
1.3.2.1. Características generales	42
1.3.2.2. Nivel léxico-semántico	46
1.3.2.3. Nivel morfosintáctico	59

1.3.2.4. Nivel fonético-fonológico	64
1.3.3. Procedimientos de creación y formación de términos médicos	65
<b>1.4. Inglés y medicina</b>	<b>71</b>
1.4.1. La importancia del inglés como <i>lingua franca</i> de la comunidad médica internacional	71
1.4.2. La influencia del inglés en el español médico actual	73
<b>1.5. Conclusión</b>	<b>78</b>
<b>CAPÍTULO 2. LA INTERPRETACIÓN DE CONFERENCIAS Y LA COMUNICACIÓN ESPECIALIZADA MULTILINGÜE. LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA</b>	<b>81</b>
<b>Introducción</b>	<b>83</b>
<b>2.1. La comunicación especializada y los eventos multilingües. La clasificación de Gile y de Pöchhacker</b>	<b>84</b>
<b>2.2. El concepto de hipertexto</b>	<b>90</b>
2.2.1. El contexto comunicativo y la interpretación de conferencias	91
2.2.2. La comunicación no verbal	97
2.2.2.1. Clasificación de los elementos no verbales	99
2.2.2.1.1. Los apoyos visuales	100
2.2.2.2. La comunicación no verbal y la interpretación de conferencias	102
<b>2.3. La interpretación en el ámbito de la medicina</b>	<b>104</b>
2.3.1. Las reuniones médicas multilingües. La clasificación de Martin y Jiménez	104
2.3.2. Interpretación y medicina	108
<b>2.4. Conclusiones</b>	<b>114</b>

<b>CAPÍTULO 3. LA ESPECIALIZACIÓN Y LA PREPARACIÓN EN LA INTERPRETACIÓN ESPECIALIZADA</b>	115
<b>Introducción</b>	117
<b>3.1. El papel del intérprete especializado: especialista <i>versus</i> generalista</b>	118
3.1.1. Tendencias existentes sobre el nivel de especialización del intérprete	119
3.1.2. Estudios sobre el nivel de especialización del intérprete	129
<b>3.2. La preparación del intérprete especializado</b>	136
3.2.1. Las fuentes documentales	137
3.2.2. Preparación terminológica <i>versus</i> preparación conceptual	144
3.2.3. Procedimientos y fases de preparación	149
<b>3.3. Conclusión</b>	155
<b>CAPÍTULO 4. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN ESPECIALIZADA. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA</b>	157
<b>Introducción</b>	159
<b>4.1. Definiciones del concepto de “calidad”</b>	160
<b>4.2. Criterios utilizados en la evaluación de la calidad</b>	168
<b>4.3. Perspectivas en la evaluación de la calidad</b>	170
4.3.1. Los evaluadores de la calidad	171
4.3.2. La evaluación de la calidad desde la perspectiva del intérprete	173
4.3.3. La evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario	180

4.4. La evaluación de la calidad de la interpretación en el ámbito de la medicina	194
4.5. Conclusión	206
 <i>SEGUNDA PARTE. LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA EN ESPAÑA</i>	 211
Introducción	213
<b>CAPÍTULO 5. LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL INTÉRPRETE</b>	 217
5.1. Descripción de los objetivos	219
5.2. Metodología	220
5.3. Análisis y discusión de los resultados	234
5.3.1. Análisis general de los resultados	234
5.3.1.1. Cuantificación de los resultados	234
5.3.1.2. Interpretación de los resultados	265
5.3.2. Análisis contrastivo de los resultados	281
 <b>CAPÍTULO 6. LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO</b>	 299
Introducción	301
6.1. Descripción de los objetivos	301
6.2. Metodología	303
6.3. Análisis y discusión de los resultados	316
6.3.1. Cuantificación de los resultados	316
6.3.2. Interpretación de los resultados	345

<b>CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES GENERALES</b>	363
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	373
<b>BIBLIOGRAFÍA TEMÁTICA</b>	393
<b>APÉNDICES</b>	413
Apéndice 1. La interpretación en reuniones de medicina: cuestionario dirigido a intérpretes profesionales	415
Apéndice 2. Gráficos correspondientes al análisis contrastivo entre intérpretes afiliados e intérpretes docentes	422
Apéndice 3. Carta adjunta al cuestionario dirigido a los médicos que imparten docencia en las facultades de medicina españolas	448
Apéndice 4. Cuestionario dirigido a médicos que imparten docencia en las facultades de medicina españolas	450
Apéndice 5. Departamentos a los que se envió el cuestionario dirigido a los médicos	458

*A mi madre, a mis tías y a mi hija Lucía,  
con todo mi cariño  
Gracias por todo*



## AGRADECIMIENTOS

La presente tesis doctoral no podría haberse realizado sin el apoyo incondicional e inestimable de numerosas personas. En primer lugar, me gustaría expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Presentación Padilla Benítez, sin cuya colaboración, comentarios certeros y sabios consejos no habría sido posible presentar este trabajo. Me gustaría igualmente agradecer a la Dra. Padilla el haberme introducido y enseñado todo lo que sé del ámbito académico. Sin duda, sus enseñanzas me han permitido ampliar y perfeccionar mis conocimientos académicos y, como no, personales.

Debo expresar igualmente mi agradecimiento a las profesoras de interpretación Anne Martin y Mabel Abril, que me ayudaron a perfilar una parte del trabajo empírico de esta tesis. Tampoco puedo dejar de agradecer la ayuda prestada por el Decano de la Facultad de Humanidades de la Universidad Pablo de Olavide por haberse prestado a ayudarme con su nombre en uno de mis trabajos empíricos. Vaya también mi agradecimiento a todos los intérpretes docentes y miembros de AICE y de AIIC y a todos los médicos docentes de las facultades de medicina españolas que participaron con premura y esmero en mi trabajo empírico y sin cuya colaboración no habría sido posible completar esta tesis doctoral.

Me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento, hoy y siempre, a mi madre, a mis tías María José y María de Gracia y a mi abuela por su estímulo, inspiración y apoyo constante e incondicional. Sin lugar a dudas, esta tesis doctoral no es más que el fruto de tantos esfuerzos desplegados, consejos sabios y certeros, paciencia y cariño. A todas ellas, gracias de todo corazón por haber estado siempre ahí.

Por último, agradezco profundamente a Miguel Ángel su paciencia y ayuda constante y su respaldo en momentos clave en la realización de esta tesis. Y, como no, a mi hija, que me ilumina día a día con su alegría y su cariño. Muchas gracias a los dos, por todo.

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla 1</b>	Diferencias entre el conocimiento general y el conocimiento especializado	20
<b>Tabla 2</b>	Jerarquía basada en las definiciones de malignant neoplasms (Faber y Tercedor 2001: 197)	24
<b>Tabla 3</b>	Funciones léxicas paradigmáticas en el lenguaje general y especializado (Faber y Tercedor 2001: 199)	25
<b>Tabla 4</b>	Funciones léxicas sintagmáticas en el lenguaje general y especializado (Faber y Tercedor 2001: 200)	25
<b>Gráfico 1</b>	Predominio de la lengua inglesa en los artículos médicos (1910-2000) (Navarro 2002)	72
<b>Gráfico 2</b>	Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de las Palmas de Gran Canaria	111
<b>Gráfico 3</b>	Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Barcelona	112
<b>Gráfico 4</b>	Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Madrid	112
<b>Gráfico 5</b>	Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Sevilla	112
<b>Gráfico 6</b>	Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Granada	113
<b>Tabla 5</b>	Dimensiones de la calidad de la producción del intérprete (Kalina 2000:125)	169
<b>Tabla 6</b>	Factores relevantes en la calidad de la interpretación (Kalina 2000:126)	169
<b>Tabla 7</b>	Tipos de estudios empíricos	221
<b>Tabla 8</b>	Directrices para la realización de preguntas abiertas o cerradas	230
<b>Tabla 9</b>	Datos obtenidos en cuanto al número de intérpretes que trabajan en el ámbito de la medicina	233
<b>Gráficos 7, 8 y 9</b>	Sexo, edad y estudios realizados	235

<b>Gráfico 10</b>	Años de ejercicio profesional	236
<b>Gráfico 11</b>	Modalidad de interpretación practicada principalmente	237
<b>Gráfico 12</b>	Afiliación a asociaciones profesionales	237
<b>Gráficos 13, 14 y 15</b>	Lenguas de trabajo	238
<b>Gráfico 16</b>	Número de lenguas A, B y C	239
<b>Gráfico 17</b>	Combinaciones lingüísticas	240
<b>Gráfico 18</b>	Especialización en algún campo determinado	241
<b>Gráfico 19</b>	Ejercicio de otras actividades profesionales	241
<b>Gráfico 20</b>	Acontecimientos médicos más frecuentes	242, 243
<b>Gráfico 21</b>	Modalidad más frecuente en la interpretación en el ámbito de la medicina	244
<b>Gráfico 22</b>	Combinación lingüística más frecuente en las reuniones médicas	245
<b>Gráfico 23</b>	Temas más frecuentes	245
<b>Gráfico 24</b>	Frecuencia con que interpreta en reuniones médicas	246
<b>Gráfico 25</b>	Zona/s geográfica/s en las que interpreta con más frecuencia	246
<b>Gráfico 26</b>	Frecuencia de los acontecimientos médicos multilingües sin interpretación	247
<b>Gráfico 27</b>	Empleo de apoyos audiovisuales	247
<b>Gráficos 28 y 29</b>	Importancia de la visibilidad	248
<b>Gráfico 30</b>	Tipología de los participantes	249
<b>Gráfico 31</b>	Aceptación de un encargo de interpretación	250
<b>Gráfico 32</b>	Nivel de especialización	251
<b>Gráfico 33</b>	Preparación de un médico para interpretar en reuniones médicas	252
<b>Gráficos 34 y 35</b>	Realización de cursos de especialización	253
<b>Gráfico 36</b>	Importancia de la preparación y documentación	254

<b>Gráfico 37</b>	Fases de preparación	254
<b>Gráficos 38 y 39</b>	Preparación terminológica versus preparación conceptual	255
<b>Gráficos 40 y 41</b>	Posibilidad de realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente terminológica o conceptual	256
<b>Gráficos 42 y 43</b>	Material consultado en cabina y su utilidad	257
<b>Gráfico 44</b>	Importancia de Internet	258
<b>Gráficos 45, 46, 47 y 48</b>	Importancia del conocimiento del lenguaje médico	259
<b>Gráfico 49</b>	Elementos susceptibles de mejorar la preparación	260
<b>Gráficos 50 y 51</b>	Ayuda prestada por ponentes y participantes	261
<b>Gráficos 52 y 53</b>	Reticencia por parte de oradores y participantes	262
<b>Gráfico 54</b>	Nivel de comprensión	263
<b>Gráfico 55</b>	Elementos no verbales que ayudan a la comprensión del discurso	263
<b>Gráfico 56</b>	Parámetros de evaluación de la calidad	264, 265
<b>Tabla 10</b>	Comparación de los resultados del estudio de Bühler (1986) con los del primer análisis de los resultados de nuestro estudio (2004)	278
<b>Tabla 11</b>	Comparación de los resultados del estudio de Bühler (1986) con los del segundo análisis de los resultados de nuestro estudio (2004)	279
<b>Tabla 12</b>	Diferencias y similitudes relativas al perfil personal y profesional	287
<b>Tabla 13</b>	Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas	290
<b>Tabla 14</b>	Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas	295

<b>Tabla 15</b>	Parámetros de calidad más valorados	297
<b>Tabla 16</b>	Diferencias y similitudes relativas a la comunicación en la interpretación en el ámbito de la medicina	297
<b>Gráficos 57, 58 y 59</b>	Sexo, edad y estudios realizados	317
<b>Gráfico 60</b>	Años de ejercicio profesional	318
<b>Gráfico 61</b>	Sector en que desarrolla la actividad profesional	318
<b>Gráfico 62</b>	Especialidad	319
<b>Gráfico 63</b>	Centro en el que imparte docencia	320
<b>Gráfico 64</b>	Categoría académica	321
<b>Gráficos 65, 66, 67 y 68</b>	Nivel de inglés en cuanto a la comprensión y expresión oral y escrita	322
<b>Gráficos 69, 70 y 71</b>	Frecuencia de utilización del inglés como lengua de comunicación en publicaciones, en congresos de medicina y a la hora de dar una ponencia en un congreso internacional	323, 324
<b>Gráficos 72, 73, 74 y 75</b>	Frecuencia de asistencia a congresos de medicina nacionales e internacionales monolingües y multilingües	325
<b>Gráfico 76</b>	Congresos que se celebran con más frecuencia en España	326
<b>Gráfico 77</b>	Lenguas más frecuentes en los congresos de medicina internacionales	326
<b>Gráfico 78</b>	Frecuencia con que las reuniones médicas multilingües tienen interpretación simultánea	327
<b>Gráfico 79</b>	Frecuencia de utilización de los servicios de interpretación en las reuniones multilingües	327
<b>Gráfico 80</b>	Acontecimientos multilingües médicos que recurren con más frecuencia a la interpretación	328
<b>Gráfico 81</b>	Temática o especialidad más frecuente en los acontecimientos celebrados en el ámbito de la medicina	329
<b>Gráfico 82</b>	Zonas geográficas en que se celebran con más frecuencia reuniones médicas multilingües	329
<b>Gráfico 83, 84</b>	Frecuencia de utilización de apoyos audiovisuales en las	330

	reuniones médicas y tipo de apoyos más frecuentes	
<b>Gráficos 85</b>	Tipo de participante que asiste con más frecuencia a reuniones médicas	330
<b>Gráfico 86</b>	Importancia de la interpretación en las reuniones médicas multilingües con independencia del conocimiento que se tenga de las lenguas de trabajo de la reunión	331
<b>Gráfico 87</b>	Necesidad de recurrir a los servicios de interpretación	332
<b>Gráfico 88</b>	Ayuda que supone la interpretación a la hora de comprender el discurso original	332
<b>Gráfico 89</b>	Molestia a la hora de recurrir a los servicios de interpretación	333
<b>Gráfico 90</b>	Expectativas de los encuestados hacia la interpretación	333
<b>Gráfico 91</b>	Experiencia pasada con la interpretación	334
<b>Gráficos 92 y 93</b>	Frecuencia con que los encuestados escuchan toda la interpretación o seleccionan algunas partes	334
<b>Gráfico 94</b>	Creencia de que el intérprete debe ser médico	335
<b>Gráfico 95</b>	Reticencia ante un intérprete que no sea médico	335
<b>Gráfico 96</b>	Nivel de comprensión del discurso original por parte del intérprete	336
<b>Gráfico 97</b>	Utilización correcta de la terminología por parte del intérprete	336
<b>Gráfico 98</b>	Necesidad de “deducir” lo que el intérprete quiere decir (discurso paralelo mental)	337
<b>Gráfico 99</b>	Ayuda prestada a los intérpretes	337
<b>Gráfico 100</b>	Detección de las inconsistencias de sentido con el mensaje original	338
<b>Gráfico 101</b>	Responsabilidad del orador e intérprete de los problemas de contenido	339
<b>Gráfico 102</b>	Parámetros más valorados de una interpretación	341

<b>Tabla 17</b>	Parámetros más valorados de una interpretación	342
<b>Gráfico 103</b>	Parámetros que más influyen en una valoración negativa de la interpretación	343, 344
<b>Tabla 18</b>	Parámetros que más influyen en una valoración negativa de la interpretación	345
<b>Tabla 19</b>	Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto a los datos personales y profesionales	347
<b>Tabla 20</b>	Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto al contexto de las reuniones médicas	353
<b>Tabla 21</b>	Parámetros más valorados por los intérpretes y médicos encuestados	358
<b>Tabla 22</b>	Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto al uso y calidad de la interpretación	360

## Antecedentes y objetivos

La presente Tesis Doctoral parte de la consideración de la interpretación como un acto comunicativo polifacético y holístico en el que intervienen numerosos aspectos interrelacionados. El motivo de desarrollar un trabajo en el ámbito de la interpretación especializada, en general, y en el ámbito de la medicina, en particular, surgió a raíz de mi participación en un breve seminario en interpretación en el ámbito biomédico organizado en el marco de la materia de interpretación especializada inglés-español de cuarto curso impartida en la Facultad de Traducción e Interpretación de Granada. En este seminario se pusieron superficialmente de manifiesto la complejidad del proceso de interpretación en el ámbito biomédico y los múltiples aspectos implicados en el mismo, así como las posibilidades que ofrece este campo a los intérpretes de conferencias con la combinación lingüística inglés-español.

La idea de realizar un trabajo de investigación en este ámbito se consolidó a partir de la realización de los cursos de doctorado y posterior Proyecto de Investigación Tutelada en el marco del programa de doctorado interuniversitario *Traducción, Sociedad y Comunicación* impartido en la citada facultad. En este período, tras realizar un primer acercamiento a la literatura existente, detectamos un cierto vacío investigador, ya que ciertamente se trata de un área en el que existe muy poca bibliografía en comparación con otros ámbitos profesionales en los que se practica la interpretación.

Por otra parte, observamos que la bibliografía existente sobre interpretación médica se basa en su mayoría en el tema de la preparación previa del intérprete, si bien cabe destacar la presencia creciente en los últimos años de estudios sobre otros aspectos relativos al papel de la interpretación en la medicina, como el nivel de especialización del intérprete, las fuentes de documentación y, especialmente, la evaluación de la calidad. No obstante, hasta el momento consideramos que no existe ninguna obra amplia, comprehensiva y multidimensional que examine conjuntamente los aspectos más relevantes de la interpretación especializada médica.



La presente tesis doctoral se concibe, pues, como un trabajo de investigación que analiza los distintos aspectos y parámetros inherentes a la interpretación en el campo de la medicina desde dos perspectivas: una perspectiva teórica cuyo principal objetivo consiste en “ordenar” de alguna manera el cúmulo de información consultada hasta la fecha y aunar las facetas más destacadas de la interpretación especializada, en general, y en el ámbito de la medicina, en particular, y una perspectiva práctica que trata de ofrecer consideraciones pragmáticas de la actividad profesional en España tanto desde el punto de vista del intérprete profesional como del médico que asiste a reuniones internacionales y recurre a los servicios de interpretación.

Para perfilar nuestro trabajo, en un principio tuvimos que proceder a una selección crítica y sólida de los aspectos y parámetros a incluir. En primer lugar, tuvimos que delimitar la modalidad de interpretación que se adaptaría mejor a nuestros objetivos. Optamos por la modalidad de la interpretación de conferencias dado que se trata de una de las modalidades que cuenta con un mayor reconocimiento y que, a diferencia de las modalidades de interpretación bilateral y social, es sin duda aquella que se practica con más frecuencia en las reuniones organizadas en el ámbito de la medicina.

También tuvimos que delimitar la combinación lingüística, ya que las características de la interpretación de conferencias en el ámbito médico podrían variar dependiendo de la combinación. De esta manera, dado que el inglés representa hoy día la lengua por excelencia de la comunicación especializada médica, nuestra tesis doctoral se centra en las lenguas inglesa y española, descartando así el análisis de la situación para otras lenguas. Por último, limitamos nuestro trabajo a la situación de la interpretación médica en España. El título de la tesis, *La interpretación de conferencias y la comunicación especializada en el ámbito de la medicina: estudio de la situación en España*, resume todos los factores mencionados y responde a nuestro deseo de tratar de organizar en un trabajo inicial los aspectos más relevantes que conforman la interpretación de conferencias en el ámbito de la comunicación especializada, más concretamente en el campo de la medicina, para las lenguas inglesa y española.

## **Metodología, objetivos y estructura**

En la línea de esta perspectiva teórico-práctica, la presente tesis doctoral se estructura en dos partes definidas pero interrelacionadas: una primera parte teórica y una segunda parte de carácter exploratorio. La primera parte analiza los distintos parámetros que conforman la interpretación en el ámbito de la medicina cuyo propósito es analizar los planteamientos teóricos que se han establecido en relación a la interpretación especializada, así como los estudios empíricos y experimentales realizados en este ámbito. La primera parte abarcaría una amplia gama de aspectos, desde la estructuración sistemática del conocimiento especializado, hasta la consideración de los criterios de calidad más relevantes, pasando por el conocimiento del lenguaje especializado. El análisis aquí realizado constituye el punto de partida del trabajo exploratorio realizado en la segunda parte de la tesis, de manera que en esta segunda parte tratamos de analizar cada uno de los aspectos tratados en la primera parte para conocer su aplicabilidad en la situación de la práctica profesional de la interpretación médica en la actualidad.

Las dos partes contemplan una serie de objetivos generales comunes bien definidos e interrelacionados. Cada uno de los objetivos generales se desglosa en una serie de objetivos específicos:

**Objetivo general 1.** Realizar un análisis de la bibliografía existente sobre la interpretación de conferencias en ámbitos especializados y en el ámbito de la medicina. Los objetivos específicos serían:

- 1.1. Realizar una lectura detenida de la bibliografía existente sobre interpretación especializada y médica.
- 1.2. Analizar la pertinencia de la bibliografía para el trabajo que nos ocupa.

**Objetivo general 2.** Ordenar de alguna manera la literatura sobre interpretación especializada y médica en bloques de contenido que analicen cada uno de los aspectos generales que influyen en este tipo de interpretación. Los objetivos específicos serían los siguientes:

2.1. Establecer una serie de bloques de contenido, cada uno de los cuales trataría un determinado aspecto de la interpretación especializada. Para ello, habría que tener en cuenta la pertinencia de cada bloque en la investigación desarrollada en la segunda parte.

2.2. Ordenar la información consultada en cada uno de los cuatro bloques guardando una coherencia que habría que mantener en la segunda parte de la tesis.

**Objetivo general 3.** Establecer una base sólida para el estudio exploratorio llevado a cabo en la segunda parte de la tesis y para otros estudios futuros. Los objetivos específicos serían:

3.1. Respetar en la segunda parte cada uno de los bloques establecidos en la primera parte, así como el orden marcado.

3.2. Justificar el trabajo exploratorio y su pertinencia a partir de los planteamientos teóricos y trabajos experimentales y empíricos analizados en la primera parte.

3.3. Presentar unos resultados iniciales que puedan constituir un punto de partida para la investigación futura en el campo de la interpretación médica, ya sea en el contexto español o en otros contextos nacionales.

Una vez establecidos los objetivos, procedimos a fijar la estructura de la tesis. De esta manera, siguiendo con los objetivos generales 1 y 2, la primera parte se divide en cuatro capítulos, los cuales presentan un análisis genérico y crítico sobre la literatura relacionada con la interpretación especializada.

La metodología utilizada sería el análisis progresivo a través de una estructuración piramidal de los capítulos, de manera que cada uno de ellos comienza con un apartado más general que trata un determinado aspecto de la interpretación especializada y concluye con un apartado específico dedicado a la interpretación en el ámbito de la medicina. Hemos considerado pertinente la inclusión en cada capítulo de un apartado relativo a la interpretación especializada ya que ésta constituye el marco general en el que se situaría la interpretación médica, de manera que muchas de las características de esta última se explicarían a partir del conocimiento de los rasgos y aspectos de la interpretación especializada.

El primer capítulo se centra en el conocimiento y los lenguajes especializados como marco de referencia general del lenguaje y del discurso médicos. El capítulo se divide en cinco apartados: el primer apartado trata sobre el conocimiento especializado en contraste con el general, y la representación de dicho conocimiento. El segundo apartado pasa a examinar los lenguajes especializados como vehículos de transmisión del conocimiento especializado. Consideramos que estos dos primeros apartados constituyen el fundamento de cualquier tipo de intercambio de información especializada, y sería un factor a tener en cuenta antes de analizar la interpretación de discursos especializados.

En el tercer apartado de este capítulo, se analizan las características del lenguaje médico desde varios niveles (léxico-semántico, morfosintáctico y fonético-fonológico), los procedimientos de creación y formación de términos médicos y la consideración del inglés como *lingua franca* de la medicina. Hemos concedido una especial importancia a este apartado ya que partimos de la base de que el conocimiento profundo de los rasgos distintivos del lenguaje médico y de la lógica de la construcción terminológica en este campo podría revelarse importante en el desarrollo óptimo de las fases de preparación y de documentación, especialmente si tenemos en cuenta la importancia que concedemos a priori a la preparación terminológica. Asimismo, somos de la opinión de que en un campo tan especializado como es la medicina, en el que la comprensión de los conceptos resulta sumamente compleja y no siempre está al alcance del intérprete, la preparación terminológica podría ser fundamental para desempeñar posteriormente un buen trabajo de interpretación. Por lo tanto, consideramos que el conocimiento de las características del lenguaje médico, y más concretamente de la terminología médica, podría influir en la calidad de la interpretación, y hemos tenido a bien ahondar en la bibliografía para ofrecer una visión lo más amplia y completa posible de las características del lenguaje médico, con ejemplos ilustrativos que faciliten su comprensión.

En esta línea, el cuarto apartado se centra en la influencia del inglés en la comunidad médica internacional y en el lenguaje médico español, así como las diferencias existentes entre el lenguaje médico español y el lenguaje médico inglés. Por último, el capítulo finaliza con unas conclusiones finales.

En resumen, consideramos que el capítulo 1 es fundamental, ya que a nuestro parecer constituye los cimientos sobre los que posteriormente se construye el discurso médico, que es a fin de cuentas el material de trabajo principal del intérprete.

El segundo capítulo tiene como objetivo el estudio de la interpretación de conferencias y la comunicación especializada. Su propósito es describir los factores contextuales que rodean la labor del intérprete. El capítulo está dividido en cuatro apartados: el primer apartado analiza los distintos tipos de acontecimientos multilingües cuyos organizadores recurren con más frecuencia a los servicios de interpretación. El segundo apartado se basa en la descripción de la reunión especializada como un hipertexto (Pöchhacker 1994), es decir, como un conjunto de múltiples factores (lingüísticos y extralingüísticos) que influyen en la comunicación y en la labor de los intérpretes al aportar una información relevante que contribuye a una mejor comprensión del discurso. De este modo, se analizan determinados aspectos como los elementos que forman parte del contexto comunicativo y la comunicación no verbal, haciendo especial énfasis en los apoyos visuales.

Consideramos que estos dos primeros partados son fundamentales, ya que ejercen de antesala de las características contextuales de la interpretación médica y facilitan la comprensión de los aspectos específicos de este tipo de interpretación desarrollados en el siguiente apartado. Así, en el tercer apartado, dedicado a la interpretación en el ámbito de la medicina, se analizan los distintos tipos de acontecimientos multilingües médicos y el papel que desempeña la interpretación en cada uno de ellos. En definitiva, se trataría de un capítulo que podría revelarse útil a la hora de situar la labor del intérprete en su contexto comunicativo.

A continuación, el tercer capítulo se centra en el proceso de preparación y documentación realizado por el intérprete de discursos especializados. El primer apartado trata el tema del nivel de especialización del intérprete. Para ello, hemos optado por realizar un análisis cronológico que muestra la evolución de las distintas tendencias adoptadas por intérpretes y especialistas de otros campos, deteniéndonos en dos estudios que, por su carácter experimental, merecen una especial atención. El primero de ellos examina distintas

opiniones existentes sobre el nivel de especialización del intérprete (Schweda-Nicholson 1989a, 1989b), y el segundo se centra exclusivamente en la interpretación en el ámbito médico (O'Neill 1988). A pesar de tratarse de dos estudios poco recientes, consideramos que su análisis es fundamental ya que, por una parte, el estudio de Schweda-Nicholson es uno de los estudios experimentales más completo que se han realizado sobre la especialización del intérprete y, por otra, el de O'Neill es el único estudio experimental que se ha realizado sobre el nivel de especialización del traductor en el ámbito de la medicina, si bien sus resultados se podrían extrapolar al ámbito de la interpretación. En el análisis de estos dos estudios no hemos seguido un orden cronológico a fin de mantener la estructura piramidal, ya que, mientras que los dos estudios de Schweda-Nicholson se centran en aspectos más generales, el de O'Neill se centra en la especialización en el ámbito médico.

El segundo apartado trata los distintos tipos y fases de preparación y las fuentes documentales de las que dispone el intérprete especializado. Es un aspecto sobre el que existe una bibliografía más extensa dada su importancia reconocida en el mundo académico y profesional. El análisis detallado de la literatura nos permite volver a la cuestión sobre la importancia de la preparación terminológica, y plantear dos preguntas que, para su corroboración, necesitarán de estudios experimentales o empíricos futuros: ¿Sería factible que el intérprete produjera un discurso de alta calidad sin comprender el discurso original en profundidad, simplemente con una buena preparación terminológica? O, por el contrario, ¿sería factible que el intérprete produjera un discurso de alta calidad comprendiendo el discurso original pero sin haber realizado una preparación terminológica profunda?

El cuarto capítulo está dedicado a otro aspecto que se ha convertido en los últimos años en un tema muy presente en la investigación en interpretación: la evaluación de la calidad. El capítulo se divide en cinco apartados: en los dos primeros apartados se analizan los criterios de evaluación más extendidos y que se tienen más en cuenta a la hora de proceder a un estudio sobre la calidad, así como las distintas perspectivas de evaluación (intérpretes o usuarios). Al igual que ocurría con los capítulos anteriores, este capítulo concluye con un apartado específico referente a la evaluación de la calidad en la

interpretación en el campo de la medicina, en el que se ilustra la situación a través de cuatro estudios experimentales, y con unas conclusiones generales.

En definitiva, esta primera parte constituye la antesala de la segunda parte empírica, ya que en esta última se analizarán de manera coherente los aspectos y parámetros tratados en la primera parte. Por otro lado, cada uno de los factores analizados en la primera parte han condicionado e influido el estudio exploratorio descrito en la segunda parte, de manera que éste no se podría analizar separadamente de los conceptos teóricos y de los estudios realizados con anterioridad. Dicho esto, la segunda parte presenta un estudio exploratorio inicial cuyo propósito es describir la situación de la práctica profesional en España de la interpretación en el ámbito de la medicina, desde la perspectiva, por una parte, del intérprete especializado y, por otra parte, del médico que asiste con cierta frecuencia a reuniones médicas multilingües y recurre a los servicios de interpretación. El objetivo fundamental de la segunda parte es ofrecer una visión general de la situación profesional de la interpretación en el ámbito de la medicina a partir de los parámetros analizados en la primera parte desde una perspectiva teórica.

La segunda parte se divide en una introducción y en cuatro capítulos. Para facilitar la lectura y agilizar las llamadas a los demás apartados y capítulos, hemos optado por seguir numerando los capítulos de esta parte a continuación de los de la primera parte (capítulos 5 y 6). En la introducción, describimos la metodología general utilizada en los dos capítulos siguientes. El capítulo 5 presenta un análisis de la situación de la práctica profesional desde la perspectiva de los intérpretes que trabajan con frecuencia en el campo de la medicina. El capítulo se subdivide en dos apartados: la exposición de la metodología utilizada, el análisis de los resultados, general y por grupos y la discusión.

El capítulo 6 presenta el análisis de la situación de la práctica profesional desde la perspectiva del médico que asiste con frecuencia a reuniones médicas multilingües y que utiliza los servicios de interpretación. En aras de la mayor coherencia y claridad posibles, el capítulo se subdivide en los mismos apartados que el capítulo anterior: metodología, análisis de los resultados y discusión.

La segunda parte concluye con el capítulo 7, en el que presentamos la discusión de los dos estudios realizados. Por último, la presente tesis doctoral termina con el capítulo 8 en el que exponemos unas conclusiones generales relativas a todo el trabajo, tanto a la primera como a la segunda parte. Este capítulo final se concebiría como un balance general de los objetivos alcanzados con el análisis del marco teórico y con el estudio exploratorio.

Además de la bibliografía general que incluye las referencias que se han citado a lo largo del trabajo, hemos incluido igualmente una bibliografía específica por temas con todas las referencias que se han consultado para la elaboración de la tesis doctoral, independientemente de si están contenidas en la misma. La inclusión de esta bibliografía se debe a que consideramos que podría ser el punto de partida para el desarrollo de investigaciones futuras. El método empleado ha sido dividir las referencias según el campo al que pertenecen. Cada categoría se correspondería con un apartado de la primer parte, respetando el orden de aparición de los temas, excepto las dos últimas categorías en las que se incluyen las referencias generales sobre traducción e interpretación y las obras consultadas para la realización del trabajo exploratorio. Las categorías serían las siguientes:

- El conocimiento especializado.
- Los lenguajes especializados.
- El lenguaje médico.
- Los acontecimientos multilingües.
- El concepto de hipertexto.
- Los acontecimientos organizados en el ámbito de la medicina.
- Interpretación y medicina.
- El papel del intérprete (generalista/especialista).
- La preparación y documentación del intérprete.
- La evaluación de la calidad de la interpretación.
- La evaluación de la calidad de la interpretación en el ámbito de la medicina.
- Traducción e interpretación.
- Realización de estudios empíricos.



Consideramos que esta bibliografía temática podría resultar bastante útil para aquel que esté interesado en un determinado tema y quiera ampliar sus conocimientos, ya que, por razones obvias de espacio, no hemos podido incluir en el cuerpo del trabajo toda la información consultada.

Con el presente trabajo pretendemos ir construyendo bloque a bloque el sustento teórico y práctico de la investigación en interpretación en el ámbito de la medicina. No obstante, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio, por lo que éste tan solo constituiría un punto de partida que habría que ir completando mediante la realización de trabajos de investigación futuros.



**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO DE LA INTERPRETACIÓN**  
**EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**





## **CAPÍTULO 1**

**EL CONOCIMIENTO Y LOS LENGUAJES ESPECIALIZADOS.**

**EL LENGUAJE MÉDICO**



Delimitar de manera clara nociones como conocimiento especializado vs. conocimiento general o textos especializados vs. textos generales no es una tarea nada fácil. Se trata de denominaciones que utilizamos con frecuencia, pero que responden a conceptos que delimitamos de manera intuitiva y poco sistemática sin unas líneas fronterizas claras

(Cabré *et al.* 2001)

### Introducción

La interpretación en el ámbito de la medicina se engloba dentro de la interpretación especializada. La información que se transmite e intercambia en las reuniones especializadas se caracteriza por reflejar las experiencias de un determinado sector de la población que comparte un grado muy elevado de conocimiento especializado. Por lo tanto, antes de analizar el vehículo de transmisión de este conocimiento, es decir, el lenguaje especializado, habría que examinar el conocimiento especializado en sí. Entendemos que este análisis podría contribuir a conocer cómo funciona y se estructura este conocimiento, y cómo se incorpora de manera más sistemática para su posterior aplicabilidad.

En este punto, cabe destacar la importancia que concedemos al lenguaje especializado en la adquisición de este conocimiento especializado. Tanto es así que en el segundo apartado de este capítulo nos detendremos en la descripción del lenguaje especializado. En esta línea, en el tercer apartado, analizaremos las características del lenguaje médico como lenguaje especializado, ya que, en la línea de la afirmación anterior, consideramos que el conocimiento de los rasgos distintivos del lenguaje médico y de los procedimientos de formación terminológica son relevantes en la incorporación del conocimiento especializado e inciden en una mejor preparación y calidad de la interpretación.

## **1.1. El conocimiento especializado**

### **1.1.1. Conocimiento general y conocimiento especializado**

A lo largo de la bibliografía, observamos que el conocimiento especializado se suele estudiar en contraste con el conocimiento general a través del análisis de sus características comunes y diferencias. En esta línea, Cabré (1993, 1999), si bien define y explica el conocimiento especializado basándose en su relación con el conocimiento general, reconoce la dificultad de establecer una frontera nítida entre ambas nociones. De este modo, afirma que en el proceso de adquisición de un conocimiento especializado, el conocimiento que se adquiere no suele ser totalmente nuevo, sino que suele tratarse de una reformulación, más o menos intensa, de un conocimiento previo más general, ya que un gran número de denominaciones especializadas coinciden formalmente con palabras de la lengua general de la que el individuo tiene cierta noción. La diferencia estriba en que la descripción semántica de esta noción no suele coincidir con la que tiene el especialista, y por consiguiente resulta necesario reformular el conocimiento que se tiene. En esta reformulación, el individuo que incorpora el conocimiento especializado nuevo se ve enfrentado a un “conflicto conceptual” entre este conocimiento nuevo y el que ya poseía, y de la superación de este conflicto depende la adquisición del conocimiento científico.

El rasgo distintivo principal del conocimiento científico sería, pues, la estructuración más sistemática de sus contenidos, la cual se reflejaría en la posibilidad de crear términos con una cierta univocidad (Cabré 1999). De esta manera, mientras que el conocimiento general se conceptualiza directamente a través de la experiencia y el contacto con el mundo real y adquiere un valor semántico aproximativo, el especializado se conceptualiza a través de su estructuración mediatizada por un esquema de referencia preestablecido, el cual hace que cada conocimiento ocupe un lugar delimitado y definitivo. La adquisición de una terminología determinada y, por ende, del conocimiento especializado que transmite, equivale a adquirir una estructura conceptual y una caracterización semántica determinadas, junto con las restricciones estilísticas y construcciones sintácticas propias de un registro especializado.

Otras de las diferencias más importantes entre el conocimiento general y especializado puesta de manifiesto por Cabré es que el conocimiento general sería la información que el individuo medio comparte con los otros en virtud de su pertenencia a una determinada comunidad, cultura o época determinadas, y que está compuesto por proposiciones o juicios cuya verdad no se cuestiona y que contienen el saber común de un grupo. En definitiva, sería aquella información que todo interlocutor perteneciente a esa comunidad o cultura conoce. Sin embargo, el conocimiento especializado se enmarca en un contexto más restringido, ya que un especialista presupone que su interlocutor posee unos conocimientos básicos especializados sobre el tema e implícita ciertos elementos. Por lo tanto, entre ambos conocimientos existe una contextualización y presuposiciones diferentes en los enunciados que los transmiten, por lo que la transmisión del conocimiento especializado es algo más que el mero traspaso del contenido secuencial de la materia: es, sobre todo, la perspectiva desde la que se conceptualiza la materia.

En este punto, nos parece especialmente interesante el estudio contrastivo de Cabré *et al.* (2001) entre el conocimiento general y el especializado:

- El conocimiento general sería el conocimiento común de una cultura, aprendido desde el nacimiento en la convivencia familiar y social. En cambio, el conocimiento especializado supone un conocimiento específico marcado temáticamente que no forma parte del bagaje común del individuo medio, sino que constituye un conocimiento creado por especialistas para estructurar un determinado ámbito de conocimiento.
- El conocimiento general se adquiere mediante la convivencia social y es un conocimiento compartido por toda una comunidad. Por su parte, el conocimiento especializado se adquiere mediante un proceso consciente y en un marco de instrucción explícito, aunque cabe destacar que la adquisición de conocimiento especializado debe partir necesariamente del conocimiento general, es decir, de la experiencia del individuo con el mundo.
- El conocimiento general es cohesionador en el tiempo y en una época determinada. Tiene una estructura global no consensuada, es decir, basada en tradiciones y

procesos históricos conjuntos en que conviven diversas maneras de organizar la información según lo que aporta la experiencia. El conocimiento especializado es cohesionador sólo en el contexto de un grupo que comparte los supuestos y les da validez en consenso.

- El conocimiento general suele ser anónimo por cuanto no ha sido construido por especialistas y no es objeto de comprobación ni sanción por ninguna institución o persona. Sin embargo, el conocimiento especializado dispone de un origen marcado, ya que ha sido creado por expertos y especialistas que configuran las fuentes y someten dicho conocimiento a prueba empírica, coherencia lógica o funcionalidad práctica.
- El conocimiento general se transmite mediante el lenguaje general, mientras que el conocimiento especializado se transmite principalmente, aunque no únicamente, por medio de los lenguajes de especialidad o subconjuntos del lenguaje general.

Otros autores que también definen el conocimiento especializado distinguiéndolo del general son Codina *et al.* (2001). Estos autores añaden que el conocimiento especializado, cuya característica distintiva esencial es la de insertarse en una red de conceptualizaciones previa y sistemática, no es, sin embargo, un todo uniforme y acabado, sino que es diverso y cambiante y está sujeto a limitaciones derivadas de las propias de la organización y de la capacidad humana.

Como ya hemos comentado, a pesar de que el estudio del conocimiento especializado se estudia mayoritariamente a través de sus diferencias y similitudes con el conocimiento general, también es posible el análisis desde otras perspectivas. Así, Cabré *et al.* (2001) examinan igualmente el conocimiento especializado basándose en las distintas disciplinas que lo han estudiado tradicionalmente: la filosofía, la lingüística cognitiva y la terminología, ya que cada una de ellas define el conocimiento desde un prisma diferente.

En primer lugar, la filosofía es, según los autores, una ciencia que ha analizado en profundidad los elementos cognitivos. Esta ciencia propone que el conocimiento intelectual, en contraste con el puramente sensible, se realiza a través de conceptos, hecho que comporta hacer representaciones mentales de la realidad. Así, todo conocimiento

presupone una organización de contenidos dentro de esquemas conceptuales que pueden ser de origen cultural, familiar o científico. El conocimiento sería, pues, una representación, tanto conceptual como léxica, de los estados de las cosas que constituyen la realidad y, desde esta perspectiva, sería un conocimiento predicativo.

Partiendo del concepto de “conocimiento” según la filosofía, Cabré *et al.*, definen el conocimiento científico como un conocimiento racional, metódico, objetivo, verificable y sistemático, que se formula en leyes y teorías, y que es comunicable y abierto a la crítica y a la eliminación de errores. La ciencia basa su estructuración conceptual en la formulación de teorías cuyas características serían la ordenación sistemática de sus enunciados o de las consecuencias que se deducen de los mismos lógicamente, y la capacidad de explicación y predicción. Sin embargo, se podría alegar que cualquier enunciado sobre el mundo esconde una teoría, ya sea explícita o implícitamente, al basarse en una serie de supuestos básicos y presuposiciones que están íntimamente interrelacionados.

En segundo lugar, la lingüística cognitiva propone que el conocimiento en general deriva su contenido del mundo real a partir de la constitución corporal de nuestras facultades, y genera modelos cognitivos o esquemas que facilitan la comprensión del entorno y que guían la interacción social. Así, no se puede considerar al conocimiento un espejo que refleja fielmente y sin distorsión un estado de cosas, sino que hay un proceso activo de selección e interpretación en la construcción de una red sistemática de objetos, procesos y relaciones entre entidades. El conocimiento no se puede identificar con una simple información o recolección de datos: estos datos deben estar estructurados e interrelacionados entre sí.

Por último, la terminología considera que el discurso especializado se distingue del general porque requiere de una referencia especial para denominar sus objetos propios. Los mecanismos especiales de referencia requieren la construcción deliberada y consensuada de estructuras conceptuales y unidades léxicas, lo que no pasa en la lengua general, donde los mecanismos referenciales suponen que estas entidades son, en principio, accesibles a cualquier hablante, sin necesidad de un entrenamiento añadido, en virtud simplemente de



sus facultades cognitivas normales y de su integración cultural y lingüística en la sociedad en la que vive.

Recientemente, Cabré y Estopà (2002) han añadido otras ciencias que también se han preocupado por el conocimiento y el modo en que los seres humanos perciben e interiorizan la realidad, como la psicología o la neurología, aunque no desarrollan los enfoques adoptados por estas dos ciencias. Afirman igualmente que el interés del conocimiento como objeto de estudio ha permitido configurar un espacio interdisciplinar que, visto en su unidad, constituye la ciencia cognitiva.

Tras este breve análisis, hemos considerado oportuno destacar las diferencias más relevantes de ambos tipos de conocimiento:

CONOCIMIENTO GENERAL	CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO
Se conceptualiza a través de la experiencia con el mundo real	Se conceptualiza a través de un esquema preestablecido de referencia
Compartido por individuos que pertenecen a una determinada comunidad o cultura	Compartido por individuos que pertenecen a un determinado campo del saber
Forma parte del bagaje común del individuo medio	Forma parte del bagaje común de un grupo de especialistas
Se adquiere mediante la convivencia social	Se adquiere mediante un proceso consciente en un marco de instrucción explícito
No es objeto de comprobación o sanción	Es objeto de comprobación empírica
Se transmite a través del lenguaje general	Se transmite a través del lenguaje especializado

**Tabla 1.** Diferencias entre el conocimiento general y el conocimiento especializado

### 1.1.2. La representación del conocimiento especializado

El conocimiento especializado, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, sería un conocimiento que se aprende de manera sistemática en un contexto determinado. Por regla general, en la interpretación de reuniones especializadas el único actor implicado ajeno en principio al conocimiento especializado que se transmite es el intérprete, el cual se ve obligado cada vez que se enfrenta a un evento especializado a incorporar nuevos conocimientos y un determinado lenguaje en aras de una transmisión coherente y

comprensible para los destinatarios que ya comparten este conocimiento y lenguaje especializados.

No obstante, a pesar de la importancia que tiene la adquisición del conocimiento especializado para el traductor e intérprete, existen muy pocos estudios que analicen la relevancia de este tipo de conocimiento en la formación traductora. En esta línea, Castro *et al.* (2004) afirman que, a pesar de que para el mundo actual tiene una gran importancia la creación y el desarrollo del conocimiento especializado, pues de su avance depende el crecimiento de la sociedad, en la formación traductora escasean los estudios que evalúen de forma profunda y completa el curso de su adquisición en los dominios especializados. Según las autoras, esta escasez resulta llamativa, dado que conocer el proceso de adquisición del conocimiento científico resulta imprescindible para diseñar escenarios efectivos de aprendizaje de las materias científicas. Por lo tanto se impondría la necesidad de conocer este proceso y los cambios que definen la evolución hacia el conocimiento experto en una determinada disciplina científica.

Sólo si conocemos los cambios que conducen a un conocimiento experto podremos reflexionar sobre cómo promoverlos o facilitarlos a través de la instrucción formal o a través del diseño de pautas de trabajo que puedan ayudar a los traductores a iniciarse eficazmente en una materia

(Castro *et al.* 2004: 354)

En la línea de la adquisición del proceso especializado, cabe destacar el estudio de Faber y Tercedor (2001) por tratarse de un análisis que centra la codificación de la información conceptual en su interés para el traductor y cuyas reflexiones se podrían extrapolar al intérprete que desee adquirir un determinado tipo de conocimiento especializado a través de la organización sistemática de la información conceptual especializada. El objetivo de su trabajo es sentar las bases de una descripción y representación terminográfica amplias que permitan establecer relaciones lingüísticas y no lingüísticas de los términos dentro de un ámbito y en relación con otros ámbitos.

Las autoras parten de la base de que la representación de las estructuras conceptuales en un ámbito especializado es una parte fundamental del procesamiento de la terminología para los traductores que se ven obligados a adquirir rápidamente un

conocimiento experto con el objeto de traducir textos especializados. Sin embargo, a pesar de su importancia, las autoras han detectado en los manuales de terminología un cierto vacío a la hora de describir cómo se elabora la macroestructura de los ámbitos especializados y cómo se determina el tipo de información que debería incluirse dentro de la microrepresentación de cada concepto. Las autoras buscan la respuesta a esta carencia en el hecho de que la complejidad del proceso no permite una descripción unitaria al existir más de una forma de establecer la organización conceptual. Si éste fuera el caso, el único medio posible de descripción sería el establecimiento de distintos caminos que los traductores y terminólogos puedan explorar para adquirir un conocimiento especializado.

Desde esta perspectiva, consideran que la organización de los conceptos en la gestión terminológica orientada a la traducción es un instrumento para facilitar la adquisición del conocimiento. La organización conceptual propuesta por las autoras es un proceso muy amplio que consiste, por una parte, en integrar los conceptos en estructuras cognitivas existentes y, por otra parte, reconocer y representar las relaciones jerárquicas y no jerárquicas que el nuevo concepto establece con los demás.

Sin embargo, las autoras estiman que la estructuración de los conceptos de manera jerárquica proporciona una visión muy limitada de los mismos, los cuales, al ser construcciones mentales, deberían ser multidimensionales. El hecho de que el concepto posee múltiples facetas significa que el traductor debe ser capaz de asimilar el conocimiento desde varias perspectivas. Para que una representación terminográfica sea efectiva, debe codificar una variedad de información que corresponde básicamente a los distintos formatos perceptivos, lógicos y lingüísticos que la mente utiliza para almacenar los datos.

En la codificación del conocimiento especializado, las autoras analizan la aplicación de dos teorías basadas en el léxico: la teoría de Mel'cuk, *Meaning-Text Theory (MMT)* (1996) y la de Martin Minguance, *Functional-Lexematic Model (FLM)* (1984, 1990, 1995). Ambas teorías son lexicológicas y se pueden utilizar para representar relaciones conceptuales en el lenguaje general y especializado.

El modelo de representación conceptual propuesto por cada una de las teorías resulta bastante útil para aquellos traductores e intérpretes que deseen tanto organizar el conocimiento general y especializado que ya poseen, como adquirir un conocimiento nuevo. Dada su relevancia y utilidad en la adquisición y organización del conocimiento especializado por parte del traductor e intérprete, explicaremos sucintamente los aspectos más importantes de cada una de ellas.

De acuerdo con el modelo de Martin-Mingorance, la organización se basaría en la distinción entre relaciones sintagmáticas y paradigmáticas o en los principios complementarios de combinación y selección, distinción muy importante por encontrarse en la organización conceptual previa al sistema lingüístico e independientemente del mismo. El eje paradigmático del léxico no sólo codificaría la manera en que los términos están dispuestos en el eje de la selección, organizándolos en una jerarquía de ámbitos y subámbitos, sino que también es un factor determinante en sus posibilidades sintácticas o combinatorias, aspecto fundamental para los traductores. Este tipo de enfoque de relación se centra en áreas conceptuales y acepta la suposición de que hay propiedades comunes que unen los términos en un ámbito al igual que hay propiedades que los diferencian entre sí.

Este primer modelo es una forma lingüística de organizar los conceptos, utilizando la información especializada proporcionada por los especialistas con la forma de definiciones terminográficas bien estructuradas. No obstante, distintos especialistas, dependiendo de sus intereses y especialización, poseen maneras distintas de ver la misma realidad, lo que explica la diferencia radical en la estructura y longitud de las definiciones del mismo concepto. El mismo concepto se representa, pues, de manera distinta dependiendo del especialista, por lo que se aconseja utilizar más de una fuente de información a fin de tener una visión más completa del concepto. Las autoras proponen una ficha siguiendo este primer modelo que resulta especialmente interesante en el trabajo que nos ocupa por tratarse de un ejemplo perteneciente al campo de la medicina (*cfr. infra* tabla 2).

En cuanto a la segunda teoría de Mel'cuk, uno de los rasgos distintivos sería su inventario de las funciones léxicas que codifica distintos tipos de relaciones semánticas y

sintácticas. Según Mel’cuk (1996), una determinada función léxica es una correspondencia que asocia una determinada expresión léxica con una serie de términos léxicos que expresa un significado específico asociado con la función léxica. Mel’cuk define cerca de sesenta funciones léxicas y las divide en dos tipos: relaciones paradigmáticas y relaciones sintagmáticas. Las funciones léxicas paradigmáticas se asocian a una serie de términos léxicos que comparten un componente semántico a una palabra clave, mientras que las sintagmáticas formalizan una relación semántica entre dos lexemas. Se utilizan en terminología para describir locaciones y frases. Faber y Tercedor incluyen un ejemplo de funciones léxicas paradigmáticas y sintagmáticas también interesante en el presente trabajo por tratarse de un ejemplo perteneciente a la medicina (*cf. infra* tablas 2 y 3.).

<b>MALIGNANT NEOPLASMS</b>
<b>DIMENSION: histologic derivation</b>
<b>epithelial tissue (tissue lining a surface / cavity)</b> (italics show most common site)
<b>carcinoma</b> malignant neoplasm of abnormal epithelial tissue <b>squamous cell carcinoma</b> carcinoma of squamous epithelial cells. Bladder, anus, and vulva <b>oat cell carcinoma</b> very malignant, undifferentiated, small cell carcinoma. Lung, esophagus <b>basal cell carcinoma</b> carcinoma arising in the basal layer of the skin / structures derived from basal cells. It invades locally, frequently forming a rodent ulcer. Skin, canthus of eye, tip of nose, chin, lip [...]
Epithelial tissue (glandular epithelium)
<b>Adenocarcinoma</b> malignant neoplasm made up of abnormal gland cells on the lining or inner surface of an organ. Breast, bronchi, digestive tract, pancreas, endocrine gland, prostate <b>Cystadenocarcinoma</b> adenocarcinoma, most frequently occurring as a partially solid mass with a cystic pattern. Salivary gland, ovaries, breast, thyroid <b>Serous cystadenocarcinoma</b> rare cystadenocarcinoma with frequently bilateral loculations and cysts containing transudate. Ovaries <b>Pseudomucinous cystadenocarcinoma</b> cystadenocarcinoma with cell stratification and cysts containing viscid fluid. Ovaries [...]

**Tabla 2.** Jerarquía basada en las definiciones de *malignant neoplasms* (Faber y Tercedor 2001: 197)

Lenguaje general	Lenguaje especializado
Gener (republic) = state	Gener (magnetic resonance) = diagnostic test Gener (small cell lung cancer) = lung cancer
Syn (start) = begin	Syn (small cell lung cancer) = non-differentiated small cell lung cancer Syn2 (small cell lung cancer) = microcytic carcinoma of the lung
Anti (joy) = grief	Anti (malignant) = benign
Contr (fire) = ice	Contr (small cell lung cancer) = non-small cell lung cancer Contr <sub>2</sub> (small cell lung cancer) = non-microcytic lung carcinoma

**Tabla 3.** Funciones léxicas paradigmáticas en el lenguaje general y especializado (Faber y Tercedor 2001: 199)

*Gener* significa las relaciones hiponímicas institucionales y la relación entre un lexema y su concepto genérico más próximo.

*Syn* se utiliza para las relaciones de sinonimia.

*Anti* se utiliza para las relaciones de antonimia.

*Contr* se emplea para las relaciones contrastivas, y se diferencia de la anterior en que no supone una oposición lógica entre las unidades léxicas.

Lenguaje general	Lenguaje especializado
Magn (naked) = stark	Magn (dose) = high [TREATMENT]: chemotherapy / radiotherapy
Pejor (housewife) = nagging	Pejor (tumor) = aggressive
Instr (satellite) = via	Instr (endoluminal) = via
Func <sub>1</sub> (snowN) = falls	Func <sub>1</sub> (tumor) = grows / spreads / disseminates

**Tabla 4.** Funciones léxicas sintagmáticas en el lenguaje general y especializado (Faber y Tercedor 2001: 200)

*Magn* es una relación atributiva entre dos unidades léxicas y codifica el más alto grado de contenido semántico

*Pejor* es el contrario de *Bon*, y se emplea para denotar la evaluación negativa del orador de la unidad léxica / terminológica en cuestión.

*Instr* significa “a través de, por medio de”.

*Func* codifica un tipo de colocación sustantivo-verbo que indica la acción.

Sin embargo, a pesar de aceptar las diferencias entre lenguaje general y especializado, las autoras ponen también de manifiesto la dificultad de distinguir a veces ambos tipos de lenguaje, afirmando que, en algún punto, el lenguaje especializado se confunde con el lenguaje general y no siempre es fácil determinar dónde se termina el

lenguaje especializado y dónde empieza el lenguaje general (*cfr. infra* § 1.2.1.). Esto se debe a que el lenguaje es un sistema dinámico y, de la misma manera que los términos del lenguaje general se importan al lenguaje especializado para designar a los conceptos, los términos se pueden exportar al lenguaje general.

Para resumir el estudio de Faber y Tercedor, podríamos decir que las autoras consideran fundamental el papel de las definiciones en la representación del conocimiento especializado arguyendo que, si la definición se elabora coherentemente, actúa como indicador de las relaciones jerárquicas y no jerárquicas entre los conceptos dentro del mismo campo temático. Posiblemente una de las razones por las que las definiciones no se suelen considerar importantes sea que esta consideración implica el uso de un modelo de descripción lexicográfica y los terminólogos han sido normalmente reticentes a utilizar modelos lexicográficos.

En el trabajo que nos ocupa, partimos de la base de que conocer y organizar la terminología especializada de un determinado campo podría facilitar la preparación previa a un encargo de interpretación, ya que, si bien la comprensión total de los conceptos es lo ideal, algunos campos son tan especializados y complejos que esta comprensión no siempre es factible. Por lo tanto, consideramos que el seguimiento de un proceso estructurado de adquisición terminológica favorecería la incorporación del conocimiento especializado. Por todo ello, el trabajo de Faber y Tercedor, con la presentación de los dos modelos de elaboración de fichas terminológicas, resulta sumamente interesante en el marco de la preparación terminológica en la interpretación especializada (*cfr. infra* Capítulo 3) por tratarse de un método sistemático y estructurado de organizar el conocimiento. Por otra parte, la sistematización de los modelos permite disponer siempre del conocimiento especializado a la hora de realizar un nuevo encargo de interpretación.

La importancia de la descripción sistemática de las unidades terminológicas para la adquisición del conocimiento especializado quedaría respaldada por el estudio de Castro *et al.* (2004) el cual resulta innovador al analizar la relevancia de la incorporación de la terminología especializada por parte del traductor en la adquisición del conocimiento

especializado, ya que, según las autoras, sin una estructura sólida el conocimiento abstracto no sería posible.

Las autoras ponen de manifiesto que los estudios empíricos parecen indicar que expertos en materias muy diversas muestran rasgos comunes en comparación con personas neófitas en esas mismas áreas, y las diferencias podrían estar relacionadas con la diferencia de organización del conocimiento del dominio entre el experto y la persona neófito. Para referirse a este tipo de conocimiento, diversos autores utilizan la expresión “conocimiento estructural” (Jonassen *et al.* 1993, cit. en Castro *et al.* 2001), es decir, el conocimiento acerca de cómo están relacionados los conceptos de un determinado ámbito.

Los fundamentos teóricos de este constructo hipotético se hallan en teorías psicológicas de representación tales como la teoría de esquemas y sobre todo las teorías de redes semánticas, según las cuales el conocimiento del mundo se organiza en forma de redes que engloban el conocimiento conceptual y la relación entre los diferentes conceptos. Según Cabré (2002, cit. en Castro *et al.* 2004) este modo de representación resulta el más relevante en la formación de traductores especializados.

Un aspecto esencial, pues, en el aprendizaje científico sería el referente a la adquisición y comprensión del conjunto de conceptos que articulan cualquier disciplina científica. Para que este proceso se lleve a cabo con éxito es necesario que se produzcan reestructuraciones conceptuales en la base de conocimientos del individuo: para dejar de ser un iniciado y pasar a ser un buen conocedor de un determinado ámbito es necesario experimentar un cambio en el nivel conceptual tanto en las relaciones entre los conceptos del ámbito como en la propia naturaleza de dichos conceptos.

Esta afirmación la respaldarían estudios de distintos autores (Cabré 2002; Estopa y Valero 2002; Fedor de Diego 2002; Estopá y Valero 2002) los cuales han demostrado la importancia que tiene para los traductores e intérpretes la adquisición del conocimiento de un ámbito especializado mediante el análisis y la organización de sus conceptos. Por lo tanto, la gestión del conocimiento especializado conllevaría la gestión del lenguaje que lo



representa pues de su correcta difusión depende del buen manejo de la terminología científica.

En esta línea, el objetivo del trabajo de Castro *et al.* (2004) es evaluar el grado de adquisición del conocimiento por parte del traductor analizando no sólo los conceptos aislados sino también la red de relaciones que han establecido entre los mismos y las posibles agrupaciones conceptuales alcanzadas. Con este estudio, las autoras pretenden demostrar cómo los traductores construyen una red de conocimiento que les permite adquirir la suficiente competencia en un tema que inicialmente desconocen. Se pretende así evaluar la adquisición del conocimiento como fruto del desarrollo de un trabajo de gestión terminológica a través de las fases de adquisición, construcción, organización y representación del conocimiento.

Las autoras consideran este trabajo idóneo para que el traductor alcance la estructura conceptual de un ámbito determinado y sienta las bases del conocimiento que va a manipular. Según esta teoría, la adquisición correcta del conocimiento por parte del profesional de la traducción constituiría un paso fundamental para su posterior representación lingüística y su transmisión.

Este estudio resulta innovador ya que, si se llegara a demostrar que el traductor o intérprete adquiere el conocimiento especializado a través de un trabajo previo de gestión terminológica, se corroboraría la hipótesis de Castro *et al.* (2004) de que la preparación terminológica bien estructurada es suficiente para alcanzar la estructura conceptual de un ámbito determinado y, por ende, para realizar una buena interpretación. A la luz de los resultados, cabría plantearse en segundo lugar si el intérprete puede realizar una interpretación de calidad sin llegar a comprender lo que interpreta, simplemente conociendo la terminología propia de un determinado campo y la manera en que está organizada.

## 1.2. Los lenguajes especializados

I had never thought that the language used in [international scientific] exchanges would be a possible matter for debate. Certainly, it is a subject for historical analysis [...]. But, languages? There is no plural in contemporary, top level, basic science: English is THE language of communication and it never occurred to me that anybody who knows anything about the dynamics of science today would even question the issue

(Alberch 1996)

El lenguaje médico pertenece a la categoría superior de “lenguajes especializados”, gracias a los cuales se transmite el conocimiento especializado. Como bien apunta Jiménez (2002), existen denominaciones muy diversas de este tipo de lenguajes separados en mayor o menor medida de la lengua común. Este autor nos presenta una recopilación de denominaciones en lengua española e inglesa. Algunos de los términos españoles detectados por el autor serían *lenguas de especialidad* (Cabré 1993), *lenguajes especializados* (Cabré 2003; Jiménez 2002), *lenguas especializadas* (Lerat 1997), *lenguas especiales* (Rodríguez Díez 1979, Felber y Picht 1984), *lenguajes para propósitos específicos* (Cabré 1993) y *lenguajes con fines especiales* (Sager 1993), estas dos últimas denominaciones con una clara influencia de la expresión inglesa *language for specific purposes (LSP)*, *tecnolectos* (Arntz 1992; Congost Maestre 1994), *lenguas profesionales* (Felber y Picht 1984), *dialectos ocupacionales* (Pinchuck 1997) o *lenguajes científico-técnicos* (Rodríguez-Díez 1979). Podemos ver que hay autores (Cabré, Felber y Picht) que utilizan incluso varios términos para referirse al mismo concepto.

Jiménez (2002) elige los términos “lengua profesional” y “lenguajes especializados”, y los define de la siguiente manera: la lengua profesional (o el lenguaje especializado) sería el conjunto de todos los recursos lingüísticos que se aplican en un ámbito de comunicación profesional (o especializado) delimitable, con objeto de garantizar la comprensión entre las personas que desempeñen su actividad en dicho ámbito.

En el trabajo que nos ocupa, una vez mencionada esta proliferación de términos y expresiones, y para conseguir una cierta homogeneidad terminológica, el término que se utilizará en adelante será el de “lenguajes especializados”, en la misma línea de Cabré (1993)

y de Jiménez (2002), quien opina que este término es más adecuado porque alude al carácter especializado de ciertas partes de la lengua que son las que interesan al traductor, mientras que “lengua profesional” se inclinaría más bien por la faceta profesional y utilitaria de éstas.

### **1.2.1. Definición de “lenguajes especializados”**

Al igual que sucedía con el conocimiento especializado, los lenguajes especializados se suelen estudiar en contraste con el lenguaje general. No obstante, no existe una definición consensuada de “lenguajes especializados”, sino una amplia gama de comentarios al respecto, algunos de los cuales analizaremos por su pertinencia en el trabajo que nos ocupa.

Hoffman (1979), uno de los primeros autores en proporcionar una definición, separa el lenguaje general de los lenguajes especializados y considera que estos últimos son una serie de fenómenos lingüísticos que tienen lugar dentro de una esfera comunicativa determinada y limitada por sujetos, intenciones y condiciones específicos. No obstante, la definición de Hoffman no es compartida por otros autores quienes consideran que, al igual que el conocimiento especializado no se puede estudiar al margen del conocimiento general, el lenguaje especializado tampoco se puede separar del lenguaje común. En esta línea, Cabré (1993) opina que la postura de Hoffman deja poco claras cuestiones como de qué forma se determinan las fronteras entre el lenguaje general y el especializado, cuál es el concepto subyacente en el término “lenguaje general” y si los fenómenos lingüísticos que diferencian el lenguaje especializado del general son lo suficientemente convincentes como para mantener esa separación.

Así pues, Cabré considera que los lenguajes especializados hacen referencia al conjunto de subcódigos, parcialmente coincidentes con el subcódigo de la lengua común, caracterizados en virtud de unas peculiaridades “especiales”, es decir, propias y específicas de cada uno de ellos, como pueden ser la temática, el tipo de interlocutor, la situación comunicativa, la intención del hablante, el medio en que se produce un intercambio comunicativo, el tipo de intercambio, etc. Un lenguaje especializado sería, desde una óptica

pragmática, un conjunto de posibilidades determinadas por los elementos que intervienen en cada acto de comunicación: los interlocutores, las circunstancias comunicativas y los propósitos o intenciones que se propone el acto de comunicación. La autora introduce los términos de “situación no marcada” para referirse a aquellas en las que se utilizan las unidades de la lengua común, y “marcadas” en las que se emplearían las unidades del lenguaje especializado.

Esta relación entre lenguajes especializados y lenguaje general es aceptada por la gran mayoría de los autores. Así, Picht y Draskau definen los lenguajes especializados de la siguiente manera:

(...) a formalized and codified variety of language, use for special purposes and in a legitimate context –that is to say, with the function of communicating information of a specialized nature at any level –at the highest level of complexity, between initiate experts, and, at lower levels of complexity, with the aim of informing or initiating other interested parties in the most economic, precise and unambiguous terms possible

(Picht y Draskau 1985)

En esta línea, Kocourek (1982) considera que el lenguaje especializado es una sublengua de la lengua que él denomina natural (la lengua general de Rondeau), “enrichie d’éléments brachygraphiques, à savoir, abrégatifs et idéographiques, qui s’intègrent à elle en se conformant à ses servitudes grammaticales”. Kocourek añade que, tras muchas de las definiciones existentes de “lenguaje especializado”, subyacen una serie de rasgos comunes: noción de variedad de lengua, carácter lingüístico global, es decir, que se aplica a todos los planos lingüísticos, restringidos por la especialidad, función comunicativa, pertenencia a la especialidad, hincapié en la información y el conocimiento.

Como conclusión, suscribimos la definición de lenguaje especializado de Cabré (1993) por tratarse de una definición multidimensional y comprensiva que tiene en cuenta, no sólo las diferencias y similitudes del lenguaje general y especializado, sino también factores muy diversos, como la temática, tipo de interlocutor, situación comunicativa, intenciones del hablante y medio en que se produce el intercambio.

### **1.2.2. Características de los lenguajes especializados**

En la literatura analizada, tampoco existe un consenso claro sobre las características y los criterios de clasificación de los lenguajes especializados (temática, terminología, grupo de usuarios, función del lenguaje, ámbito de uso, etc.). Una vez más, cabe destacar que el análisis de los rasgos distintivos de los lenguajes especializados se suele estudiar desde la perspectiva de sus diferencias y similitudes con el lenguaje general.

En esta línea, Cabré (1993) insiste en la falta de nitidez en la frontera que separa el lenguaje general del especializado, y subraya que el lenguaje común y los lenguajes especializados comparten muchos elementos, ya que no se trata de fenómenos aislados, sino de conjuntos especializados ya sea por la temática, experiencia, ámbito de uso o usuarios con características interrelacionadas con una clara función comunicativa en detrimento de otras funciones complementarias. Dentro de la especialización, la autora distingue dos conceptos diferenciados: por la temática o por las características “especiales” en que se desarrolla el intercambio de información.

El primer criterio de categorización, la temática, lo considera el más clásico a la hora de clasificar los lenguajes especializados. El problema que Cabré plantea es que si la temática es el único elemento a tener en cuenta para delimitar el concepto de lenguaje de especialidad, es difícil decidir qué temas pueden considerarse especializados, puesto que toda actividad humana requiere una determinada especialización; lo que ocurre es que el carácter cotidiano favorece que la especialización pase desapercibida, y que los temas especializados se trasladen a la vida cotidiana, lo que se denomina con el término de “banalización”.

Según el segundo criterio de clasificación (las características especiales), Cabré afirma que cualquier texto que se aleje de los textos generales es considerado un texto específico. Los generales serían los orales espontáneos, los de temática conocida por cualquier hablante de una lengua, los medianamente formales y los que tienen como objetivo esencial facilitar información o intercambiarla. Los textos especializados serían aquellos que se alejan de las características generales por un elemento cualquiera de los

siguientes: la temática, las características específicas de los interlocutores o de la situación comunicativa, la función comunicativa o el canal de transmisión de los datos. La conclusión a la que llega la autora es que la opción que parece más acertada para definir operativamente los lenguajes especializados debe combinar el criterio temático con otros criterios y condiciones de tipo pragmático, como el tipo de situación y los usuarios.

Por otra parte, Cabré defiende la visión unitaria de los lenguajes especializados, e incluso propone la denominación en singular para este tipo de lenguajes. Desde el punto de vista pragmático, los lenguajes especializados podrían unirse en un mismo espacio común, ya que todos ellos presentan las mismas características en cuanto a los usuarios, tanto desde el punto de vista cuantitativo (subgrupo restringido dentro de la comunidad hablante) como cualitativo (subgrupo definido por la profesión o especialización adquirida por aprendizaje), las situaciones comunicativas (formales) y las funciones prioritarias (básicamente informativas). No obstante, afirma que no todos ellos se ajustan a las características comunes en un mismo grado, ofreciendo una amplia gama de posibilidades.

De la misma manera, subraya que la función básica de los lenguajes especializados es informar e intercambiar una información lo más objetiva y despersonalizada posible sobre un tema especializado, si bien esta función es más palpable en algunos ámbitos que en otros, como en el ámbito científico-técnico.

Finalmente, Cabré subraya que, desde el punto de vista de la pragmática, hay que tener en cuenta la facilidad con que se comprenden los interlocutores especializados, pese a utilizar distintas lenguas. Según la autora, resulta sorprendente que el especialista en un ámbito determinado sea capaz de entender con relativa facilidad textos de su especialidad expresados en otra lengua, aunque no pueda mantener una conversación en esa lengua, y busca la respuesta en las unidades y reglas de juego controladas que poseen los lenguajes especializados, con carácter internacional y a menudo establecidas voluntariamente por sus usuarios. Estos elementos facilitan la intercomprensión. Cuanto más especializado es un lenguaje, más restringido es el número de sus usuarios, y más internacionales resultan sus unidades y sus reglas.

Esta es la visión de Congost Maestre (1997) según la cual el objetivo principal de todo lenguaje especializado es informar con precisión y economía a un lector que dispone de suficiente experiencia extralingüística para descodificarlo, por lo que sus rasgos distintivos serían: precisión rigurosa de los significados, correspondencia casi absoluta entre el sistema conceptual del campo y su expresión lingüística, un alto grado de normalización, economía lingüística, uniformidad lógica en los conceptos y sus formas de expresión en las distintas lenguas.

A esta visión, Picht y Draskau (1985) aportan unas consideraciones adicionales, ya que opinan que el lenguaje especializado se puede utilizar en el ámbito de la formación y en niveles inferiores de especialización y abstracción. Para ellos, cada lenguaje de especialidad puede actualizarse en distintos niveles de especialización, cuya cima más alta correspondería a la comunicación entre especialistas y su punto más bajo a las comunicaciones de carácter divulgativo destinadas al gran público. Estos dos terminólogos afirman que lo que define la especialidad es la temática y un texto no deja de ser especializado cuando es divulgativo, aunque su grado de especialización y de abstracción sea menor. Los autores utilizan el término “lenguaje de especialidad” o “lenguajes especializados” en el sentido de subconjuntos del lenguaje general caracterizados pragmáticamente por tres variables: la temática, los usuarios y las situaciones comunicativas.

Estos autores también defienden la visión unitaria de Cabré (1993) al considerar que los lenguajes especializados presentan una serie de características comunes que permiten considerarlos como una unidad: carácter monofuncional, número restringido de usuarios, adquisición voluntaria, autonomía respecto del lenguaje general. En cuanto a la temática, establecen tipos diversos de disciplinas: las materias científico-técnicas en contraste con las actividades profesionales, las ciencias, en contraste con las técnicas, las ciencias experimentales, en contraste con las exactas.

En contraposición a Picht y Draskau, hay otros autores que afirman que los lenguajes especializados sólo pueden darse en la comunicación entre especialistas muy cualificados (físicos, ingenieros, abogados, médicos, etc.) (Sager *et al.* 1980). Estos autores

los definen como “means of linguistic communication required for conveying special subject information among specialist of the same subject”.

Lerat (1997), más en la línea de Cabré (1993) y de Picht y Draskau (1985), critica la postura de Sager *et al.* al considerarla demasiado estricta, puesto que si estos autores consideran los lenguajes especializados como el medio de comunicación entre especialistas de una misma materia dejan fuera de ella los textos para los no especialistas. Con ello establecen una separación artificial entre los medios de expresión de los expertos y los de los usuarios. Este autor defiende la idea de que la noción de lengua especializada es mucho más pragmática: es la lengua natural considerada como instrumento de transmisión de conocimientos especializados. La lengua especializada es ante todo una lengua en situación de empleo profesional, es decir, una lengua en especialidad, como dice la escuela de Praga. Es la lengua misma como sistema autónomo, pero al servicio de una función más amplia: la transmisión de conocimientos.

En definitiva, como bien dice Jiménez, se aprecia la disparidad de visiones sobre los criterios de clasificación y las características de los lenguajes especializados; no obstante, suscribiendo sus palabras, “es preciso reclamar un consenso para entender la verdadera esencia de los lenguajes especializados” (2002: 25).

Por lo tanto, a fin de establecer una definición que aúne de alguna manera los distintos comentarios vertidos al respecto, Jiménez (2002) propone la siguiente selección para ir en pos de una definición satisfactoria: definición del carácter especializado con arreglo a sus características distintivas con respecto a la lengua común, establecimiento de las diferencias en cuanto a la temática, explicación de las relaciones establecidas entre los interlocutores que participan en el proceso comunicativo, aceptación del predominio de la función comunicativa en este entorno, descripción del papel real que desempeña la precisión en este tipo de lenguaje, necesidad de convertirse en herramienta de acceso y no en un obstáculo para éste y aproximación hacia un consenso entre las vertientes de análisis técnica (o profesional) y lingüística. Consideramos que esta selección resume e incluye la mayoría de los criterios propuestos en la bibliografía para distinguir los lenguajes especializados del lenguaje general.



### 1.3. El lenguaje médico

El lenguaje médico se considera un lenguaje especializado que constituye el vehículo de transmisión del conocimiento especializado médico. En este capítulo analizaremos distintas facetas del lenguaje médico cuyo conocimiento podría revelarse útil para el intérprete a la hora de acometer un trabajo de interpretación en el campo de la medicina, ya que consideramos que conocer los aspectos que se detallan a continuación podría facilitarle el trabajo de preparación y ayudaría a elegir estrategias y tácticas ante un determinado problema.

En el estudio exploratorio de la segunda parte hemos incluido una serie de preguntas para corroborar si efectivamente el conocimiento del lenguaje médico es considerado importante para los intérpretes que trabajan con frecuencia en el ámbito de la medicina. Por otra parte, también analizaremos si el médico que recurre a los servicios de interpretación cree que el intérprete debe conocer el lenguaje médico para proporcionar una buena interpretación (*cf. infra* Segunda Parte).

Antes de exponer las características del lenguaje médico, hemos considerado oportuno incluir un apartado previo relativo al origen de este lenguaje, ya que muchos de los rasgos que analizaremos en el apartado 1.3.2 no son más que el resultado de una serie de acontecimientos y etapas por las que ha pasado el lenguaje médico. De esta manera, dada la antigüedad de la ciencia médica, consideramos que para entender la situación lingüística actual es imprescindible realizar un breve recorrido histórico que nos permita conocer las raíces y la evolución de su lenguaje. No se trata de estudiar en profundidad la historia de la medicina ni del lenguaje médico, sino más bien de proporcionar una visión general de los orígenes y de las diferentes etapas por las que ha pasado este lenguaje científico hasta convertirse en lo que es hoy día. En definitiva, estimamos que el estudio de este lenguaje no se podría concebir independientemente de sus raíces y evolución histórica, ya que es esta evolución la que ha definido e influido directamente en su desarrollo.

Por otra parte, el apartado relativo al lenguaje médico se presenta como un apartado que pretende aunar sus características principales de la manera más completa

posible, ya que cabría suponer que su conocimiento por parte del intérprete condiciona e influye el proceso de preparación y documentación, así como la toma de decisiones en cabina.

### 1.3.1. Origen del lenguaje médico

Before the invention of writing, there could be no science, however, except that which was passed along by word of mouth (...). The birth of science was attended by its first and greatest achievement: the invention of written language itself. This was followed by the beginning of scientific questioning with the Greeks, the advent of experimentation with Archimedes, the age of Copernicus and Galileo, modern experimental science with Newton, the invention of the steam engine by Watts, the discovery of electromagnetism by Faraday, and the age of Einstein with the release of atomic energy. At every milestone, translation was the key to scientific progress as it unlocked for each successive inventor and discoverer the mind of predecessors who expressed their innovative thoughts in another language

(Fishbach 1993: 194)

A diferencia de otras ciencias y técnicas, la medicina cuenta con una larga tradición escrita, casi tanto como el derecho. La tendencia a dejar por escrito los hallazgos como algo que merecía ser preservado para los demás no se limita a una sola región. Todas las grandes civilizaciones (India, China, Oriente Medio, Europa) organizaron sistemas de especialistas médicos que redactaban la investigación médica. De este modo, Fischbach considera a la medicina “one of the three oldest recorded fields of knowledge – theology-philosophy and astronomy-geography being the other two” (1986: 16).

La literatura sobre historia de la medicina es bastante amplia, pero está concebida para los estudiantes o profesionales de la medicina y no para los lingüistas, terminólogos o traductores, por lo que su contenido es puramente médico y no suele proporcionar casi ningún dato sobre la evolución de la terminología médica. No obstante, hay algunos autores que se centran en el papel de la terminología a la vez que realizan un recorrido histórico paralelo a lo largo de los distintos períodos fundamentales de la medicina (Fishbach 1986, 1993; Segura 1998; McMorrow 1998; Bové *et al.* 1989; Navarro 1997). En

Internet se pueden encontrar igualmente documentos que hablan de la historia de la medicina y del desarrollo terminológico paralelo.

En la historia de la terminología occidental contemporánea, la civilización que más marcó el lenguaje médico tal y como lo conocemos hoy día fue la civilización griega, de la que posteriormente tomaron su tradición médica el Imperio Romano y la Europa Medieval. A medida que las escuelas de Alejandría y de Pérgamo nutrían la literatura médica, esta fuente temprana de doctrina y práctica médica exigían traducciones básicamente al latín, pero también al árabe y al hebreo. La medicina griega llegó a Roma gracias al trabajo de los traductores, muchos de los cuales eran médicos. Asclepades fue el más importante de los primeros médicos griegos en Roma. Así, durante el dominio del Imperio Romano, toda la literatura médica desde los tiempos hipocráticos a los alejandrinos fue resumida en latín en el s. I d.C. por el romano Aulo Cornelio Celso, al que algunos consideran el padre de los abstracts de medicina. Llamado el Cicerón de la Medicina por su refinado estilo literario, Celso fue también el primer escritor médico que tradujo los términos griegos al latín. Otro escritor prolífico de este período fue Pliny el Viejo.

La civilización griega fue tan importante que actualmente el griego sigue siendo junto con el latín el núcleo de la terminología científica y la base de los estudios sobre el lenguaje médico. Durante aproximadamente 600 años (desde Hipócrates a finales del siglo V a.C. hasta Galeno, que murió a principios del siglo III d.C.) la investigación y el lenguaje médico griegos dominaban la Europa meridional. En los imperios de Alejandro Magno y sus sucesores (325 – 30 a.C.), Roma (130 a.C. – 475 d.C.) y Bizancio (330 – 650 d.C.), los médicos griegos desarrollaron y propagaron un enfoque radicalmente distinto de la medicina, evitando la orientación religiosa y mágica de sus predecesores y contemporáneos y centrándose en la descripción exacta de la anatomía y la enfermedad, el llamado “método naturalista”, con algunos toques filosóficos.

En un mundo imperial caracterizado por la dispersión de centros de enseñanza, la escritura era una de las técnicas de los especialistas griegos para comunicar sus ideas, ya que se veían obligados a viajar constantemente para estar al tanto de los nuevos conocimientos.

Después de la absorción de Grecia por el Imperio Romano y la conversión del Imperio Romano Oriental al Imperio Bizantino, los médicos griegos seguían manteniendo su prestigio y su lenguaje especializado. Sus centros de enseñanza médica cambiaron de Grecia a Asia Occidental y Egipto, pero se llevaron sus manuscritos con ellos. La enseñanza y la investigación en griego continuaron durante siglos hasta que los acontecimientos políticos, fundamentalmente la conquista árabe, acabó con la civilización griega. Pero el corpus médico se había ido traduciendo progresivamente hacia las lenguas locales del Imperio Romano de Oriente y el Imperio Bizantino (sirio, árabe, farsi, hebreo y otras lenguas menores).

Con el auge del Islam en el s. VII y el establecimiento de un Imperio Islámico unido en el s. IX, los centros de Bagdad y de Damasco crearon escuelas médicas florecientes y la necesidad de traducir las obras griegas al árabe era de vital importancia. Los escritos griegos, que los nestorianos heréticos habían traducido al sirio, fueron traducidos uno a uno al árabe, y muy pronto la medicina griega se propagó a través del mundo musulmán.

En esta propagación de los escritos médicos griegos destacó el califa Al Mansur, quien estableció una escuela de traductores en Bagdad dirigida por el médico cristiano Johannes Masawayh para traducir manuscritos griegos hallados en Asia Menor y Egipto. El mejor pupilo de Masawayh fue Hunain, un nestoriano que enriqueció el árabe con muchos términos científicos y que era conocido como “el príncipe de los traductores”. Su escuela tradujo la mayoría de los escritos de Galeno y de Hipócrates.

Algunos de los médicos más importantes en el desarrollo del lenguaje médico fueron el persa Rhazes y Avicena. Rhazes, jefe del hospital de Bagdad, fue el autor de más de 140 tomos médicos, muchos de los cuales fueron traducidos al latín por el cristiano Gerardo de Cremona y el hebreo Faraj ben Salim. Por su parte, Avicena compuso una gran enciclopedia de conocimientos médicos, el Canon, que fue considerada durante mucho tiempo como el manual médico más importante y que se tradujo y utilizó en el mundo occidental hasta el s. XVII.

Sin embargo, la lengua árabe, a diferencia de la ciencia árabe, no resultaba atractiva para la Europa Occidental antimusulmana, y su contribución al lenguaje médico fue mínima. Sin embargo, tras la caída de Grecia y Roma, únicamente quedaron esos trabajos de los traductores árabes hasta el auge de la ciencia en el Renacimiento, por lo que las traducciones al árabe se consideraban el camino de entrada al sistema científico griego hasta que se produjo una segunda ola de traducciones más exactas, directamente a partir de manuscritos griegos, en la baja Edad Media (1250 – 1500), y el árabe quedó relegado en la historia médica occidental.

Muy pronto en la Edad Media, la escuela médica de Salerno adquirió una muy buena reputación y sus obras fueron traducidas a varias lenguas europeas. Esta escuela se considera el puente entre la medicina moderna y la antigua, más directo que la ruta a través de Bizancio, Bagdad, Alejandría y Córdoba por la que Hipócrates y Galeno llegaron al mundo europeo en traducciones árabes y latinas. En España, destacaron la Escuela de Traductores de Toledo, fundada por el arzobispo Raimundo, y la figura decisiva del rey Alfonso X el Sabio.

En el s. XV, aparecieron traducciones más exactas de los escritores griegos, y los humanistas propusieron volver a utilizar los originales de Hipócrates y Galeno para volver a los orígenes de la medicina. No obstante, dado que muy pocos médicos sabían griego, hubo que volver a traducir las obras griegas al latín. Entre estas traducciones se encuentran las del humanista y médico Tomás Linacre, quién fue maestro de Erasmo y de Thomas Moore y médico de Enrique VIII.

Sin embargo, a pesar de que el latín clásico fue el medio de comunicación en las universidades más importantes de Italia, Francia, Alemania, España e Inglaterra, como lenguaje médico nunca consiguió ningún estatus. No obstante, no hay que olvidar que el latín ha servido de vehículo de desarrollo del Estado, del Derecho y de las Ciencias, y constituye aún hoy día una fuente de riqueza para la humanidad de la que se aprovechan particularmente las ciencias médicas: la mayoría de los términos médicos, tanto los tradicionales como los neologismos, adoptan prefijos, sufijos o medios de composición de palabras procedentes del latín (Bové *et al.* 1989). Para Bové *et al.* la razón de la permanencia

y vitalidad del latín radica en su gran precisión, claridad y elegancia, y su enorme caudal de formas distintas y reglas precisas con que expresar los diferentes matices y pormenores del pensamiento.

De hecho, el latín fue la lengua de la medicina académica durante unos 800 años (1000 – 1800). Sin embargo, se vio influenciada progresivamente por las necesidades comunicativas con los estudiantes de medicina, pacientes y especialistas en medicina sin formación universitaria. Los métodos de impresión más baratos y la educación popular impulsaron la comunicación de masas. En 1800, el latín dejó de ser la lengua de la medicina. Sin embargo, la similitud entre todos los lenguajes médicos de la Europa Occidental permaneció intacta, ya que retenían su núcleo terminológico grecolatino común.

Con la colonización del Nuevo Mundo, se importaron muchas plantas exóticas, lo que llevó a la invención de nuevos medicamentos. Se empezaron a utilizar el inglés y el francés como lenguas de la medicina: el inglés se empleaba fundamentalmente para designar los conceptos básicos de anatomía fisiología y muchas enfermedades; el francés, descendiente del latín gaélico, era considerada una lengua más refinada y se utilizaba en los círculos más elitistas.

Con el paso del tiempo, el inglés fue desplazando al latín y a las demás lenguas como la lengua de la comunicación médica internacional por excelencia (*cfr. infra* § 1.4), y fue ganando aceptación en todas partes. A pesar de esto, la influencia histórica del latín y del griego sigue estando latente en la formación terminológica.

### 1.3.2. Características del lenguaje médico

La comunicación es una función universal, y la lengua es un instrumento universal de comunicación. Esto significa que no hay lenguas separadas, ni siquiera las terminologías científicas. Los científicos y especialistas suelen decir que usando su terminología consiguen entenderse entre ellos perfectamente. Y aunque es relativamente cierto, eso no evita que no puedan ser entendidos por los demás incluso cuando ellos pretenden que los demás les entiendan.

(Núñez Ladevéze 1993: 313)

Hablar y escribir bien en medicina es una tarea difícil porque el médico se ve obligado a tener unos conocimientos cada vez más técnicos en detrimento de su formación humanística, y porque vive sometido al constante impacto de las perversiones lingüísticas procedentes de los medios de comunicación. La situación se ha agravado en los últimos años debido a la influencia de las publicaciones en inglés, que contaminan el castellano con voces impropias

(Aleixandre *et al.* 1995a)

La bibliografía existente sobre el lenguaje médico es bastante abundante. No obstante, a pesar de la proliferación especialmente en las dos últimas décadas de los estudios sobre las características del lenguaje médico, se trata en la mayoría de los casos de estudios deslavazados y sin conexión que tratan algún aspecto relacionado con este lenguaje científico. No obstante, con la salvedad del trabajo de Gutiérrez Rodilla (1998), presenciamos una cierta dispersión a la hora de proceder al análisis de los rasgos de este lenguaje.

Dada la importancia que concedemos al conocimiento del lenguaje médico, fundamentalmente de las características de la terminología médica por su relevancia en la adquisición del conocimiento especializado (*cf. supra* § 1.1.2.), nos detendremos en el apartado que nos ocupa a aunar los rasgos más importantes del lenguaje médico con el objetivo de ofrecer una visión general de los mismos. Dado que en ocasiones algunos fenómenos lingüísticos que aparecen en el lenguaje médico pueden aparecer en otro tipo de lenguajes, nos serviremos de ilustraciones para evitar posibles confusiones y facilitar la comprensión de estos fenómenos en el ámbito específico de la medicina.

### 1.3.2.1. Características generales

Antes de pasar a analizar las características del lenguaje médico, nos detendremos en la descripción de los rasgos distintivos del lenguaje científico, el cual se distingue de los demás en virtud de unas exigencias gramaticales, léxicas, semánticas y estilísticas específicas: carácter universal, concisión, objetividad, ausencia de expresividad y emoción, significado y connotación claramente definidos para evitar cualquier tipo de confusión y

permitir la comunicación universal, exactitud, monosemia del léxico, propiedad y corrección, claridad y precisión. De la misma manera, el lenguaje científico debería utilizar frases sencillas y cortas, evitando expresar excesivas ideas en una misma frase, utilizando términos corrientes y conocidos, y tendiendo a huir de los recursos lingüísticos y figuras literarias.

Por otra parte, debería ser natural y elegante, con repeticiones, muchas veces necesarias, dado que el objetivo fundamental es la claridad. En aras de esta claridad, se debería revisar con cierta periodicidad los significados de los tecnicismos de la disciplina y adoptar los acuerdos oportunos en relación con las traducciones que hayan de realizarse.

El lenguaje médico, al ser un lenguaje científico, debería respetar las normas anteriores, por lo que debería caracterizarse por su precisión y rigor y tener claramente definido su significado y connotación para evitar cualquier confusión y lograr una comunicación universal. Sin embargo, desde hace algunas décadas se han ido produciendo diversos fenómenos lingüísticos que contaminan el lenguaje y provocan una pérdida de precisión y claridad en el mensaje, lo que constituye uno de los obstáculos más serios que se opone a la educación y a la investigación en medicina.

En la década de los 90, Congost Maestre (1994) ya denunciaba la contribución de los propios científicos a la metamorfosis del español médico, ya que en algunos casos los científicos eran los que realizaban la traducción de los trabajos técnicos, por lo que no aplicaban las estructuras adecuadas al no ser lingüistas, no disponían de tiempo para averiguar el equivalente de un determinado término en español y terminaban utilizando la terminología inglesa, lo cual ocasionó la introducción de numerosos anglicismos. El desinterés por la correcta utilización del lenguaje, la desidia gramatical y estilística, la viciosa propensión a calcar el discurso foráneo y la pereza mental trajo consigo la proliferación de barbarismos, neologismos y otros vicios del lenguaje (Aleixandre *et al.* 1995a).

La literatura actual sobre los lenguajes especializados es unánime a la hora de adoptar un enfoque principalmente sociolingüístico en lugar de funcional del lenguaje médico. El enfoque sociolingüístico existente describe y analiza el lenguaje médico



basándose en el perfil de los interlocutores y en las distintas situaciones comunicativas. El lenguaje médico se podría describir, pues, como un tipo de registro, es decir, una variedad del lenguaje apropiado a determinadas ocasiones y situaciones de uso (Hermans 1995).

Casi todos los autores conceden las mismas características al lenguaje escrito o hablado (Llorens Terol 1985; Van Hoof 1986, 1999; Clavería y Torruella 1993; Aleixandre *et al.* 1995a, 1995b; Martínez Odriozola 1999; González Pascual 2001). No obstante, otros autores, como Ordóñez Gallego y García Girón (1988) distinguen tres apartados dentro del lenguaje médico: el lenguaje médico hablado (LMH), o “jerga profesional”, el lenguaje médico de historias clínicas y de informes de alta hospitalaria (LMHI) y el lenguaje médico publicado (LMP). De todos modos, el autor afirma que suelen aparecer las mismas características en cada una de las tres categorías, por lo que en el presente trabajo no haremos distinción alguna entre el lenguaje médico escrito y hablado.

Al hablar de los rasgos del lenguaje médico, la mayoría de los autores se refieren casi exclusivamente al léxico especializado (Llorens Terol 1985; Van Hoof 1986, 1999; Ordóñez Gallego y García Girón 1989; López y Terrada 1990; Clavería y Torruella 1993; Aleixandre *et al.* 1995a, 1995b). Estos autores dicen describir el “lenguaje de la medicina”, pero analizan en su mayor parte la terminología médica, olvidando en cierto modo la fraseología y el estilo.

Bien es cierto que la terminología es el factor que más distingue al lenguaje especializado del lenguaje común, pero no debemos olvidar que el lenguaje médico presenta igualmente particularidades sintácticas, morfológicas, fonéticas, fonológicas y estilísticas, constituyendo un lenguaje claramente diferenciable de otros tipos de lenguajes especializados y del lenguaje general. No obstante, como ya vimos en el apartado 1.2., la frontera entre el lenguaje médico y el lenguaje general no siempre es nítida, ya que el primero se ve influenciado constantemente por el segundo, produciéndose lo que Ordóñez Gallego (1990) denomina una “ósmosis lingüística”.

Por lo tanto, el nivel más ampliamente estudiado del lenguaje médico es el léxico-semántico, en detrimento de los niveles morfosintáctico, fonético-fonológico y estilístico.

La respuesta tal vez deba encontrarse en el hecho de que la terminología es el aspecto que provoca más quebraderos de cabeza entre terminólogos, traductores e intérpretes, ciudadanos de a pie y los mismos especialistas, ya que el principal problema al que deben enfrentarse los médicos es la falta de formación lingüística específica; de esta manera, la capacidad de utilizar correctamente el lenguaje médico especializado constituye a menudo un símbolo de cultura incluso para los mismos médicos de una determinada especialidad (Kulesza 1989).

En el trabajo que nos ocupa, hemos subrayado la relevancia del conocimiento de la terminología médica en la adquisición del conocimiento especializado médico (*cf. supra* §1.1.2.), por lo que el nivel léxico-semántico pasaría a ocupar un primer plano. Por otra parte, la terminología constituye un elemento clave en la optimización del flujo de la información en la comunicación especializada, ya que de un mejor o peor conocimiento terminológico dependerá en gran medida la calidad de la relación comunicativa entre el intérprete y el experto médico.

En los siguientes subapartados veremos que el lenguaje médico contiene errores a veces imperdonables desde el punto de vista lingüístico. No obstante, en ciertas ocasiones habría que dejar a un lado la pureza del lenguaje y adaptarse a los receptores, puesto que la función básica del intérprete es la de hacer de intermediario lingüístico. A este respecto, habría que recordar las palabras de O'Neill, quien, al ser una experta en medicina, contempla la situación desde la perspectiva del usuario:

What is this "language of medicine" and why is it so important? Like any field, the medical profession is full of jargon and idiosyncratic phrases which sound unusual, to say the least, in the context of everyday speech or writing. (...) The temptation may be great to change or omit these often awkward-sounding phrases, but they are so much a part of the professional language that the translator who does so is actually making a radical change in the register of the text; and to medical ears, the text becomes jarring and sounds "less professional" without these familiar phrases. Not only does this make it more difficult for the medical professional end-user to quickly grasp the substance of the communication, but I believe it also has the undesirable effect of undermining the scientific credibility of the article or text

(O'Neill 1988: 70)

### 1.3.2.2. Nivel léxico-semántico

#### Polisemia, sinonimia y homonimia

La primera característica que llama la atención del lenguaje médico es la existencia de polisemia, sinonimia y homonimia, ya que contradice una de las características generales de los lenguajes especializados: la univocidad de significado. Sin embargo, muy pocos autores (Kulesza 1989, López y Terrada 1990; Congost Maestre 1994; Gutiérrez Rodilla 1998) se detienen a analizar este fenómeno que en principio no debería formar parte de las características del lenguaje médico. La situación ideal sería que cada vocablo especializado tuviera un solo significado, independientemente del contexto, en contraste con el lenguaje general en el que las palabras pueden tener varios significados dependiendo del contexto en que aparecen (Kulesza 1989).

La polisemia se traduce normalmente en los epónimos (*síndrome de Cushing* y *signo de Babinski*), y en los términos de origen clásico y neologismos grecolatinos como consecuencia de la carencia de significado unívoco de las raíces que los integran.

La sinonimia es el fenómeno más frecuente en el lenguaje médico y es casi habitual en los epónimos, términos de origen clásico y neologismos grecolatinos. Procede a menudo de la utilización de una amplia serie de pares de raíces, una de procedencia griega y otra latina, con el mismo significado: *nefropatía* y *renopatía*; *oftalmólogo* y *oculista*. Asimismo, destacan los sinónimos procedentes de la pluralidad de usos lingüísticos en los diversos grupos y zonas geográficas que intentan superar las nomenclaturas normalizadas: *trigonum femorale* = *triángulo de Scarpa*, *triángulo femoral*, *fosa de Scarpa*.

En el lenguaje común y también en cierta medida en el médico, los sinónimos en sentido estricto son excepcionales, ya que casi nunca dos vocablos tienen un significado enteramente coincidente hasta el punto de que uno de ellos pueda sustituir al otro en una frase sin que ésta cambie en absoluto. Lo habitual es la paronimia o coincidencia parcial de significado: *cáncer* (tumores malignos en general) = *neoplasia maligna* (formación de tejidos nuevos de carácter tumoral maligno).

No obstante, también se dan casos de sinonimia casi total. Hay innumerables conceptos que se pueden designar por medio de numerosas expresiones que son, en principio, equivalentes, pero que resultan diferentes según se incardinan dentro de una visión anatómica, toponímica, histórica o descriptiva de las cosas.

*Cerebral adiposity, Fröhlich's syndrome* = síndrome o distrofia adiposogenital, syndrome de Fröhlich, de Babinski-Fröhlich, de Laurence-Cleret

*Fold* = pliegue, repliegue, fondo de saco, válvula, ligamento, surco, cresta

*Lymphoblastic erythroderma* = linfodermia perniciosa, micosis fungoide, linfoblastoma cutáneo, reticulosis cutánea maligna

Según Navarro (1996) la sinonimia puede acarrear problemas serios en cuanto a la recuperación de información científica correspondiente a un concepto dado en las grandes bases de datos bibliográficas. Esto se debe a que los autores utilizan términos distintos para referirse a la misma realidad, por ejemplo, algunos médicos se refieren a la “adrenalina” con el término “epinefrina”. Una búsqueda electrónica por el término “malaria”, por ejemplo, dejaría fuera de los resultados todos los trabajos publicados en los que se utilizara el término sinónimo “paludismo”.

La homonimia se refiere a aquellas palabras que siendo iguales por su forma tienen distinta significación. Es el fenómeno menos frecuente y suele derivar de la coincidencia de formas procedentes de diversas palabras griegas y latinas. Un ejemplo sería el término “metrología”, que significa tanto “ciencia de la medida” como “saberes acerca del útero”.

También aparecen algunos antónimos, formados en su mayoría con pares de prefijos y raíces de sentido contrario: *hipertensión / hipotensión; oligodipsia / polidipsia*.

Otros fenómenos semánticos son la hiperonimia (vocablos genéricos) y la homonimia (vocablos específicos):

Enfermedad (hiperónimo) < *cardiopatía* < *coronariopatía* < *infarto de miocardio* < *infarto de miocardio trombótico* < *infarto de miocardio trombótico de cara posterior* (homónimos)

## Extranjerismos, préstamos y calcos

La mayoría de los autores conceden gran parte de su tiempo a describir el fenómeno de los extranjerismos (latinismos, anglicismos, germanismos, galicismos), préstamos y calcos, es decir, de aquellos fenómenos derivados de la influencia de las lenguas foráneas, especialmente del inglés (García Yebra 1968; Acosta 1968; Arrimadas 1988; González Pascual 1990; Aleixandre *et al.* 1995a; Navarro y Barnes 1996; Navarro 1997; Van Hoof 1999).

Según la RAE, el extranjerismo es una voz, frase o giro que una lengua toma de otra lengua extranjera. Estos son los cuatro tipos de extranjerismos que más se encuentran en el lenguaje médico, atendiendo a la procedencia del nuevo vocablo:

- Latinismos: *post mortem* (después de la muerte), *in vivo* (en el ser vivo), *causa mortis* (por causa de muerte), *ipso facto* (en el acto, en el momento).
- Anglicismos: *test, shock, rash, stress*.
- Galicismos: *Prelevamiento (prélèvement), por extracción o nefrectomía (transplantes renales). Tic, tisular.*
- Germanismos: *Kernicterus*.

Otros extranjerismos proceden del italiano (*malaria, pelagra*), y también hay en el lenguaje médico de otras lenguas vocablos procedentes del español (*dengue, pinta*). En este punto no debemos olvidar que muchos de los descubrimientos se redactaron en primer lugar en español y después se tradujeron al inglés y otras lenguas europeas, y se han vuelto a traducir al español recientemente por personas que aparentemente no estaban al tanto del origen real de los descubrimientos (Segura 1988).

Existe una cierta confusión a la hora de distinguir el extranjerismo del préstamo. Algunos autores consideran que el extranjerismo se distingue del préstamo sólo en parte, es decir, en aquellos casos en los que el término “prestado” se ha adaptado al sistema español, mientras que el extranjerismo permanece tal como es en la lengua origen. Así, García Yebra

(1988) señala que el extranjerismo sería la palabra aceptada tal cual, sin adaptación de ninguna clase a la lengua que la recibe, mientras que el préstamo sería el extranjerismo naturalizado, adaptado al sistema lingüístico que lo acepta.

Sin embargo, otros autores opinan que el extranjerismo es una variante del préstamo, siendo una de las dos posibilidades de entrada del término extranjero. Santoyo (1988) señala que el préstamo se toma tal cual (extranjerismo) o bien se adapta gráfica y fonológicamente, y Aleixandre *et al.* (1995a) advierten al hablar del préstamo que en algunos casos no se copia literalmente el término extranjero (extranjerismo), sino que se adapta con más o menos modificaciones, como en el caso de *randomización*, que significa *distribución aleatoria*.

Existen incluso otras denominaciones tanto para los extranjerismos como para el préstamo; en el primer caso, se habla de “transferencia léxica” (Acosta 1988), “seudopréstamo” (Aleixandre *et al.* 1995a) o “introducción directa” (Gutiérrez Rodilla 1997); en el caso del préstamo, se utilizan los términos de “falso préstamo”, “préstamo justificado” (Van Hoof 1999), “préstamo léxico”, “préstamo semántico” (Clavería y Torruella 1993), “versión”, “préstamo homófono o análogo” (Gutiérrez Rodilla 1997).

En cuanto al calco, tampoco existe un consenso sobre su definición exacta. De esta manera, García Yebra (1988) define el calco como una construcción imitativa que reproduce el significado de la palabra o expresión extranjera con significantes de la lengua terminal. Se toma prestado de la lengua extranjera el sintagma, pero se traducen literalmente los elementos que lo componen. Este autor distingue entre el “calco de expresión”, que respeta las estructuras sintácticas de la lengua terminal, y el “calco estructural”, que introduce en la lengua meta una estructura nueva o un “extranjerismo sintáctico”. A veces, se confunde el calco con el “préstamo naturalizado”. Este último es una asimilación fónica y morfológica que conserva en lo fundamental el significante de la lengua original, mientras que el calco es una construcción imitativa que reproduce el significado de la palabra o expresión extranjera con significantes de la lengua terminal.

Van Hoof (1999) define el calco como “la traducción de un préstamo, al margen de que éste se componga de uno o varios elementos”. Distingue entre “calcos de expresión” (respetan la sintaxis de la lengua meta), “estructurales” (introducen en la lengua meta una construcción poco frecuente, calco muy utilizado en la terminología médica, como *serum globulin* que da lugar a *seroglobulina*, o *signal sympton*, *síntoma guía*) y “falsos calcos” (producto de correspondencias ilusorias, más conocidas con el nombre de “falsos amigos”).

También hay divergencia de opiniones en cuanto a la necesidad y a la aceptación de este tipo de fenómenos léxico-semánticos. Según García Yebra (1988) sólo se debe recurrir a las voces foráneas cuando no exista ni sea posible formar en la lengua meta un término equivalente. Sin embargo, considera que su utilización tiene la ventaja de hacer que los lenguajes técnicos y científicos resulten fácilmente comprensibles para hablantes no especializados.

No obstante, la mayoría de los autores no aceptan la presencia de voces extranjeras (Aleixandre *et al.* 1995; Lázaro Carreter 1997; Arrimadas 1998), ya que consideran que el empleo de extranjerismos en el lenguaje médico se debe a una postura acomodaticia, que no conlleva ningún esfuerzo de adaptación o de búsqueda de una traducción adecuada en español; su presencia sólo sería necesaria en muy pocos casos, y en los demás constituiría un signo de pereza o un intento fallido de poner de relieve ante los demás que los médicos utilizan un lenguaje técnico, distinguido y políglota o incluso esnob.

## Neologismos

Según el Diccionario de la Real Academia Española, “neologismo” es el vocablo, acepción o giro nuevo en una lengua, así como el uso de estos vocablos o giros nuevos.

Congost Maestre (1994) amplía esta definición, afirmando que los neologismos son palabras de nueva creación o palabras ya existentes que han adquirido un nuevo sentido, palabras que se mueven en los límites del lenguaje, que perdurarán o desaparecerán según las necesidades reales o artificiales de sus usuarios. Los neologismos pueden actuar a diversos niveles, como las formas de nuevo cuño, las locuciones recientemente ideadas, las

colocaciones nuevas, los nombres compuestos, la terminología nueva, las palabras y locuciones antiguas con nuevos sentidos, los acrónimos, las abreviaciones, los híbridos, los epónimos y las combinaciones nuevas de morfemas.

Algunos ejemplos de neologismos serían *hepatomegalia*, *estadiaje* u *organomegalia*.

### **Abreviaturas, acrónimos y siglas**

El lenguaje médico no es una excepción de los lenguajes especializados en cuanto a la utilización abusiva de las abreviaturas, acrónimos y siglas. Desde el punto de vista lingüístico, los acrónimos y abreviaturas suplantán en su función a los elementos naturales de la lengua, las palabras, sin tener, no obstante, su rango. Desde el punto de vista de la ciencia, constituyen un instrumento impreciso y peligroso porque contradicen las normas básicas del lenguaje científico, no pertenecen a un sistema que esté al amparo de convenciones establecidas, sino que es coyuntural y depende del capricho del creador o editor. A todo esto, habría que añadir la falta de equivalencia internacional de los fenómenos de compresión.

Se trataría, pues, del fenómeno por excelencia del lenguaje médico nombrado por la mayoría de los autores (López y Terrada 1990; Aleixandre *et al.* 1995a; Gutiérrez Rodilla 1996; Van Hoof 1999; Martínez Odriozola 1999; González Pascual 2001), y uno de los escollos más peligrosos a los que debe enfrentarse el intérprete, ya que su utilización es, en muchos casos, arbitraria y propia de un autor y se suele abusar de ellos, olvidándose a veces el significado original de los términos, como ocurre con *láser*, que procede del ya olvidado término *light amplification by stimulated emission of radiation*.

Se constata a lo largo de la lectura de la bibliografía que los autores suelen emplear los tres términos indistintamente. No obstante, existen diferencias de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española.



- La abreviatura sería la representación de las palabras en la escritura con una o varias de sus letras, empleando, a veces, únicamente mayúsculas, y poniendo punto después de la parte escrita de cada vocablo.
- El acrónimo es la palabra formada con la letra o letras iniciales de cada uno de los componentes sucesivos, o al menos de los principales, de un término compuesto.
- La sigla es la letra inicial que se emplea como abreviatura de una palabra y cualquier signo que sirve para ahorrar letras o espacio en la escritura.

Sin embargo, en la bibliografía suele haber una cierta confusión en cuanto a la definición de cada tipo de fenómeno. Así, la mayoría de los autores suelen hablar de “acrónimos”, término con el que engloban a todos los fenómenos de economía lingüística (López y Terrada 1990; Aleixandre *et al.* 1995a; Van Hoof 1999), mientras que hay otro grupo de autores que prefieren emplear “sigla” y “abreviatura” para referirse a la misma realidad (Gutiérrez Rodilla 1996; Martínez Odriozola 1999).

Los fenómenos de economía lingüística se utilizan más en algunas ramas de la medicina que en otras, especialmente en la endocrinología, la inmunología o la virología. También aparecen con más frecuencia en el lenguaje de las historias clínicas y en el de los volantes de interconsulta: *G3 P2 A1 C0 (3 gestaciones, 2 partos, 1 aborto, ninguna cesárea)*. El caos lingüístico llega a su máxima expresión cuando se combinan con signos matemáticos: *AC\*FA (arritmia completa por fibrilación auricular)* (Aleixandre *et al.* 1995).

También con los acrónimos se percibe la influencia del inglés. Así, Van Hoof (1999) se basa en esta influencia para hacer una categorización de los distintos tipos de acrónimos:

- Que el acrónimo sea idéntico en las dos lenguas: *ADP, adenosí diphosphate = ADP, adenosindifosfato*
- Que el acrónimo sea diferente en las dos lenguas: *DNA (deoxyribonucleic acid) = ADN (ácido desoxirribonucleico)*

- Que no exista el acrónimo en español: *ACD*, *absolute cardiac dullness* = *zona de matidez cardíaca*
- Que no exista el acrónimo en inglés: *acute lung edema* = *EAP*, *edema agudo de pulmón*

Algunos de los problemas derivados del empleo de abreviaturas, acrónimos o siglas serían los siguientes:

- Cuando un mismo acrónimo se puede interpretar de diferente forma dependiendo de la especialidad del médico o falta de equivalencia internacional de las abreviaturas. Así, *GEA* para un digestólogo significa *gastroenteritis aguda*, pero para un nefrólogo es una *glomerulonefritis extramembranosa aguda*. Otro ejemplo es *EM*, que para el cardiólogo significa *estenosis múltiple* y para un neurólogo es una *esclerosis múltiple*. Martínez Odriozola (1999) también denuncia este problema y plantea los siguientes ejemplos:

HPB = *Hipertrofia Prostática Benigna*

*Hepatitis Persistente por virus B*

PCR = *Polymerase Chain Reaction* (microbiólogo)

*Proteína C reactiva* (reumatólogo)

*Parada cardiorrespiratoria* (anestesista)

RCP = *Reanimación cardiopulmonar* (anestesista)

*Reacción en cadena de la polimerasa* (microbiólogo)

- Cuando un mismo concepto se puede designar por varios acrónimos, a gusto del usuario. *Bronquitis crónica*: *BOCI*, *BNCO*, *EPOC*, *OCFA*, *LCFA*, *BC*.
- La formación del plural. En español, la norma estipula que se debe hacer añadiendo la forma plural para el artículo que los antecede, pero el resto de elementos de la oración concordarían con este plural. Sin embargo, en las publicaciones españolas nos encontramos muy a menudo con el acrónimo seguido de una *s* minúscula, lo que refleja la influencia del inglés.

## Epónimos

Otro fenómeno lingüístico por excelencia del lenguaje médico que supone todo un reto para los mismos médicos y para los intérpretes es la proliferación de los epónimos, que ha sido denunciada por algunos autores en la bibliografía (López y Terrada 1990; Van Hoof 1998, 1999). Sin embargo, no deja de sorprendernos el hecho de que hay autores que no lo enumeran entre los rasgos del lenguaje médico, y sí tienen en cuenta otras características menos representativas (Aleixandre *et al.* 1995a, 1995b; Hernández *et al.* 1999; González Pascual 2001).

En el lenguaje médico, “epónimo” se refiere al término en el que el significado se asocia al nombre propio de una persona (descubridor, inventor, personalidad histórica o figura literaria y mitológica). El término se puede formar a través del genitivo (*cirrosis de Laennec*) o mediante un proceso de derivación (*Louis Pasteur < pasteurización*) o, dicho de otro modo, los epónimos pueden ser de dos tipos:

- que el nombre propio original da lugar a un nombre común: *adisonismo*.
- que el nombre propio permanezca como nombre propio, designando una enfermedad, síntoma, técnica o aparato determinados: *enfermedad de Banti*.

Sin duda alguna, el autor que ha estudiado en más profundidad los epónimos médicos es Van Hoof, el cual es autor de una clasificación de epónimos médicos (1986) que constituye una ayuda inestimable para traductores e intérpretes en este ámbito. Cabe destacar la comparación que establece Van Hoof (1999) entre los epónimos en inglés, francés y español, la cual da una idea muy clara de las enormes dificultades que entraña la interpretación o traducción de los epónimos del inglés al español. Es una de las características del lenguaje médico que más atención y preparación requieren.

Van Hoof enumera varios tipos de epónimos atendiendo a la influencia del inglés en la lengua española:

- Epónimos banalizados, es decir, aquellos que han sido sustantivados o adjetivados: *bartolinitis, politización*.
- Epónimos simples idénticos en inglés y en español: *Cushing's syndrome = síndrome de Cushing; McBurney's point = punto de Mac Burney o de Mc Burney*
- Epónimos compuestos idénticos en inglés y en español, los cuales deben su nombre a la unión de dos o más nombres propios: *Klippel-Feil's syndrome = síndrome de Klippel-Feil*
- Epónimos dobles idénticos pero con permutación de los nombres: *Jacob-Creutzfeldt disease = enfermedad de Creutzfeldt-Jacob*.
- Epónimos idénticos pero con acepciones significativas diferentes. Se trata de una forma concreta de modulación: *Kirschner's apparatus = agujas de Kirschner; Luschka's crypts = glándulas de Luschka*
- Epónimos idénticos pero con precisión complementaria del significado.
  - o Precisión complementaria en inglés: *Cooper's suspensory ligament = ligamento de Cooper*
  - o Precisión complementaria en español: *Laënnec's pearls = catarro pituitoso de Laënnec*
  - o Ausencia de epónimo en español: *Jacquet's erythema = dermatitis del pañal*
  - o Ausencia de epónimo en inglés: *Tentorial nerve = nervio de Arnold*

Las dificultades más importantes que originan, aparte de que no siempre hacen justicia a la realidad histórica del descubrimiento que designan, es que una misma realidad conceptual se designe con epónimos distintos en países diferentes.

### Metáforas y sinécdoques

Las metáforas y sinécdoques, más propias del mundo literario que del científico, también se dan en el lenguaje médico, a pesar de su carácter denotativo. Algunas de ellas están tan enraizadas y son tan cotidianas que pasan inadvertidas. Se trata de las “metáforas gastadas”, también llamadas “léxicas” o “fósiles”, es decir, la metáfora se ha generalizado

de tal manera que ha perdido su carácter traslaticio originario y pertenece ya al acervo lingüístico convencional.

Ordóñez Gallego y García Girón (1989) distinguen varios tipos de metáforas:

- Metáforas anatómicas. Dentro de este grupo destacan las que tienen su origen en el reino vegetal por ser las más numerosas: *dendrita, dendrón – árbol; semen, semilla*. Entre las metáforas gastadas están *vaso sanguíneo, columna vertebral, bóveda craneal, trompas uterinas, meseta tibial, velo del paladar, tejido, cápsula*.
- Metáforas clínicas: *piel de naranja, cataratas, cuello de búfalo, meteorismo, urticaria*.
- Metáforas quirúrgicas: *abordaje, candidato a la cirugía*.

Aleixandre *et al.* (1995a) señalan otras metáforas procedentes de voces latinas, como *ictus* (golpe) y *amígdala* (almendra).

### **Pleonasmos y circunloquios**

Según la RAE, el pleonasma es la figura de construcción que consiste en emplear en la oración uno o más vocablos innecesarios para el recto y cabal sentido de ella, pero con los cuales se da gracia o vigor a la expresión. Se trata de la redundancia viciosa de palabras, es decir, la utilización de palabras innecesarias de sentido equivalente en un intento de dar fuerza a la expresión, como *dolor neurálgico* o *pupilas isocóricas* (*core* en griego significa pupila) (Ordóñez Gallego *et al.* 1988; Aleixandre *et al.* 1995a).

El circunloquio es el rodeo de palabras para dar a entender algo que hubiera podido expresarse más brevemente, originando un estilo redundante: *en la totalidad de los casos*.

### **Onomatopeyas**

La onomatopeya es la imitación del sonido de una cosa en el vocablo que se forma para significarla y el mismo vocablo que imita el sonido de la cosa nombrada por él

(DRAE). Se trata de una palabra que imita fonéticamente los sonidos a los que corresponde su significado. Suelen ser de origen clásico, como el término *borborigmo* (ruido intestinal producido por la mezcla de gases y líquidos), pero también proceden de idiomas modernos, como *retintín* (ruido auscultatorio más o menos semejante al campanileo que se percibe en el neumotórax y en grandes cavernas pulmonares).

### Falsos amigos

Se trata de palabras de ortografía muy similar o idéntica pero con significados diferentes en los dos idiomas. El término procede del francés “*faux amis*”. Existen otras denominaciones, como “palabras traidoras” (Navarro 1997), “palabras engañosas” o “términos equívocos” (Mayoral 1992). En inglés, existen los términos “*deceptive cognates*” y “*false friend*”. La definición de Jean Maillot es la siguiente:

[Los falsos amigos son] términos de lenguas diferentes, del mismo origen, de forma semejante o suficientemente parecida, si tenemos en cuenta la estructura de las lenguas consideradas, que son tomados por equivalentes aunque contengan un significado diferente

(Maillot 1981: 31)

Algunos autores opinan que se presentan con mayor frecuencia entre lenguas con una fuerte ascendencia clásica. Cuando se dan raíces grecolatinas comunes es fácil que de una misma raíz se hayan generado significados diferentes transmitidos por palabras muy semejantes para dos lenguas diferentes. Para otros, se da entre lenguas que experimentan un proceso de préstamo intenso ya que en muchas ocasiones el término prestado desarrolla significados en la lengua prestataria que no tenía en la lengua prestadora.

Mayoral (1992) distingue entre los siguientes tipos de falsos amigos:

- Los falsos amigos parciales: cuando existe un falso amigo para uno de los significados y no para el otro u otros, como *sinus* = *seno*, *trayecto*.

- Los cruzados de falsos amigos, que consisten en pares de términos en cada una de las lenguas que presentan falsos amigos para ambas acepciones: *anthrax* = *carbunco*; *carbuncle* = *ántrax*
- Los parónimos o falsos amigos internos, que son aquellos términos de forma parecida pero de sentido diferente dentro de una misma lengua. Normalmente difieren en el sufijo y mucho más raramente en el prefijo. Algunos ejemplos de parónimos son: *alimenticio* (que alimenta), *alimentario* (relativo a los alimentos); *canceroso* (que tiene cáncer), *cancerígeno* (que produce el cáncer).

Existen casos en que los falsos amigos se presentan ante la diversidad de términos con los que un concepto se presenta en campos diferentes para una lengua y no para otra.

*Eje* = *Axis*.  
*Axis of symmetry* (matemáticas)  
*Axis of a lens* (óptica)  
*Axes* (líneas de referencia, cristalografía)  
*Axle* (tecnología)  
*Axis* (botánica)  
*Axes* (zoología)

Otros ejemplos de falsos amigos serían los siguientes (Congost Maestre 1997):

*Blood pressure* < *tensión arterial*  
*Bucca* < *mejilla*  
*Columnar cell* < *célula cilíndrica*  
*Communicable* < *contagioso*  
*Contraceptive* < *anticonceptivo*  
*Gland* < *ganglio, glándula*  
*Gripe* < *cólico*  
*Humanized milk* < *leche materna*  
*Hydrocarbon* < *hidrocarburo*

## Elipsis

La elipsis es una figura de construcción que consiste en suprimir algunos elementos de una frase, necesarios para la recta construcción gramatical, pero no para que resulte claro el sentido. Son particularmente frecuentes en las historias clínicas y en los informes de alta hospitalaria: *no antecedentes, cifótico* (paciente con cifosis).

### 1.3.2.3. Nivel morfosintáctico

Dentro del nivel morfosintáctico, se advierte una vez más la influencia de la lengua inglesa en las características del lenguaje médico que más se mencionan en la literatura.

#### Abuso de la voz pasiva

Varios autores señalan el abuso de la voz pasiva como el rasgo sintáctico más común de los textos médicos (Rouleau 1993b; Gutiérrez Rodilla 1996; Van Hoof 1998; Hernández *et al.* 1999). Algunos ejemplos en inglés y español serían los siguientes:

*The samples obtained from 16 randomly selected patients, monitored for up to 5 years, were studied by qualitative and semiquantitative RT-PCR-NAH and by real-time RT-PCR to detect the HCV RNA positive strand*

*The replicative HCV RNA negative strand was examined in PBMC after culture with a T cell proliferation stimulating mitogen*

*In human cancer, a role has been suggested for the human polyomavirus BK*

*148 pacientes con infección por UHC, demostrada por la presencia de ARN de UHC, fueron consecutivamente estudiados. Las células mononucleares de sangre periférica fueron marcadas con anticuerpos monoclonales y medidas por citometría de flujo*

Se señala al inglés como el responsable de la abundancia de formas pasivas en los textos españoles, ya que el español tiene una preferencia clara por los enunciados en voz activa y cuando se dan en pasiva generalmente adoptan la forma pronominal o refleja. Así, la voz pasiva no es propia del español, en primer lugar porque las lenguas de especialidad no se inventaron en la segunda mitad del siglo XX, sino que han ido formándose a lo largo de veinticinco siglos. Antes del inglés, hubo otras lenguas, clásicas y modernas, pero hasta el predominio del inglés, no surgió el problema de la voz pasiva; en segundo lugar, incluso los mismos anglosajones critican la exageración con que se utiliza la voz pasiva en su propia lengua; en tercer lugar, su uso no convierte la escritura en menos subjetiva o más científica que cuando se emplea la voz activa; por el contrario, al disociar el agente semántico del



sujeto sintáctico se hace más imprecisa, lo que va en contra de una de las cualidades que debe tener el lenguaje científico: la precisión.

No obstante, algunos autores no comparten del todo la creencia generalizada de que el inglés abusa de la voz pasiva (Rouleau 1993b). Este autor rompió con la creencia establecida sobre la utilización abusiva de la voz pasiva por parte del inglés al realizar un análisis contrastivo entre el uso de la voz pasiva en inglés y en francés. Para ello se sirvió de 10 artículos en inglés y francés por parejas, es decir, uno en cada idioma sobre el mismo tema, para comparar la manera de escribir de un autor nativo francés y otro nativo inglés en cuanto al uso de la voz pasiva.

Los textos se agrupaban en dos categorías: generales (presentan el punto de vista del especialista sobre un tema que no está relacionado directamente con su objeto de estudio) y científicos (donde los autores describen los resultados de sus trabajos experimentales). Los artículos científicos eran intervenciones quirúrgicas, experimentos de laboratorio y observaciones en histopatología humana; por otra parte, los artículos generales trataban sobre la actividad profesional o eran síntesis de un determinado tema de investigación.

Generales <	actividad profesional síntesis de temas de investigación
Científicos <	intervenciones quirúrgicas experimentos de laboratorio observaciones en histopatología humana

El autor analizó las formas verbales de cada texto para comprobar si la voz pasiva era la forma verbal mayoritaria en comparación con las demás. El objetivo final era conocer la manera en que un científico de las ciencias de la salud se expresa en su propia lengua, lo cual resulta imprescindible para el traductor e intérprete ya que éste debería adaptarse al uso idiomático de un determinado profesional en un determinado campo especializado.

Mientras que en francés la voz pasiva es predominante en los textos científicos, en inglés la categoría de discurso no influye en la utilización de la pasiva. El análisis de los artículos médicos y del corpus reveló que el inglés y el francés utilizan la forma pasiva con

igual frecuencia, y que ésta no representaba más del 45% del total de las formas verbales, por lo que no se abusa tanto de ellas como se piensa en un principio. Por otra parte, tampoco se corroboró la creencia de que la voz pasiva inglesa sea más predominante en los textos científicos que en los generales.

No obstante, se trata de un estudio con un corpus muy limitado, por lo que habría que realizar investigaciones futuras para aclarar el uso o el abuso de la voz pasiva en el inglés médico.

### **Abuso del gerundio**

También es, en cierta medida, característico del lenguaje médico el uso indebido del gerundio (Gutiérrez Rodilla 1996; Hernández *et al.* 1999). Gutiérrez Rodilla (1996) afirma que se suele emplear de forma perifrástica, sobre todo en frases escritas en pasiva, en las cuales al no nombrarse el agente de la acción, la acción se le atribuye a un actor que no puede ejecutarla. Algunos ejemplos de gerundios serían los siguientes:

*Evidence supporting a possible role for BKV in human cancer has accumulated slowly in recent years*

*The incidence and risk factors of malignancy were studied in 187 consecutive liver transplant recipients surviving more than 3 months*

*This study investigated breast and colorectal cancer screening among 196 low-income women being treated for psychiatric illnesses*

*La ILPR representa casi la tercera parte del total de ILP concedidas, siendo la artrosis su causa más frecuente*

*4 de los 39 pacientes presentaron un LNH, resultando en una prevalencia del 10%*

### **Solecismos**

El solecismo es un vicio de dicción consistente en emplear incorrectamente una expresión o en construir una frase con una sintaxis incorrecta. Unas veces se debe al uso indebido de preposiciones (*paciente ingresado de problemas digestivos; enfermedades a virus*, cuando

la preposición “a” no tiene sentido causal en castellano). Otras veces se cae en el solecismo al producir un hipérbaton, es decir, al alterar el orden en que corresponde colocar las palabras o los elementos de la oración en la sintaxis que corresponde en correcto castellano. Se produce con frecuencia como consecuencia de una inadecuada traducción de textos extranjeros. Uno de los ejemplos más frecuentes es colocar el verbo al final de la oración, al igual que en inglés (Aleixandre *et al.* 1995b). Algunos de ejemplos de solecismos serían los siguientes:

*Los efectos secundarios del fármaco administrado al paciente se han estudiado*

*La secuenciación del genoma de otros organismos se descifró*

### Género gramatical

Otra característica es la confusión bastante extendida entre la comunidad médica sobre el género gramatical (Navarro 1998). La mayoría de los médicos dudan a la hora de asignar el género apropiado a vocablos de uso tan frecuente como acné, asma, cobaya, enzima o tortícolis. En el campo semántico de los nombres de persona, la mayor parte de los sustantivos castellanos pertenecen a uno de los dos grupos siguientes:

- sustantivos con doble forma por género: *el neurólogo, la neuróloga*.
- sustantivos con forma única y género implícito, también llamado “género común de dos”: *oculista*.

Tanto las palabras de doble forma como las de forma única lo son por su propia morfología, con independencia de que en la realidad existan o no personas que respondan a su significado. Entre los sustantivos de persona existen algunas voces de forma única y género explícito que pueden aplicarse a ambos sexos sin perder su género gramatical ya sea éste masculino (*bebé, cadáver, ser*) o femenino (*criatura, persona, víctima*).

En el campo semántico de lo inanimado, el grupo más numeroso de palabras corresponde a las de forma única y género explícito: *biopsia* (siempre palabra femenina), *quirófano* (masculina).

### **Palabras ambiguas**

Se trata de palabras que pueden utilizarse indistintamente con género masculino o femenino: *aneurisma, neuma, enzima, esperma, herpe, herpes, cobaya, reuma*. El hecho de que un sustantivo sea ambiguo no significa que ambos géneros se usen indistintamente en la práctica. Aunque en ocasiones ambos se emplean con parecida frecuencia (*cobaya, enzima*), la mayor parte de las veces uno de los dos se usa de forma casi exclusiva (*aneurisma, reuma*).

### **Palabras con forma única y dos géneros de distinto significado**

Son aquellas palabras que tienen una misma forma pero distintos géneros con distinto significado.

*La cólera (ira); el cólera (enfermedad aguda que cursa con vómitos, diarrea y deshidratación)*

*La radio; el radio*

*La cura; el cura*

*El tema; la tema (idea fija de los dementes)*

Por último, en este punto cabe destacar el fenómeno de la “transmutación de género”, es decir, aquellas palabras femeninas a las que a menudo se convierte en masculinas: *hemorroides, anasarca, dermis, sístole, TC = tomografía computarizada*.

### **Otros fenómenos morfosintácticos**

Cabe destacar igualmente en este apartado la unión con guiones a la raíz de los afijos constituidos únicamente por letras del alfabeto español para formar compuestos perfectos (*anti-escaras*, en vez de *antiescaras*) (González Pascual 2001), y los errores a la hora de escribir las palabras que incluyen la letra “r” por tratarse de términos compuestos, seguramente por la influencia del inglés. De esta manera, se suele escribir “r” en lugar de “rr” (*colorectal, radioresistencia*) (Gutiérrez Rodilla 1996; González Pascual 2001).

Otros fenómenos morfosintácticos serían los errores de puntuación, los verbos inflacionarios, la abundancia de locuciones prepositivas (Ordóñez Gallego 1990;

Hernández *et al.* 1999), el uso de construcciones negativas más propias del inglés, las expresiones mal construidas, los problemas desinenciales (Aleixander *et al.* 1995b), la omisión de palabras relevantes (Van Hoof 1998), la conversión de verbos intransitivos en transitivos (Gutiérrez Rodilla 1996), la anteposición del adjetivo al sustantivo, claro reflejo una vez más de la influencia del inglés, el uso de los adjetivos partitivos por los ordinales (González Pascual 2001) y el abuso de las muletillas (Ordóñez Gallego 1990).

#### 1.3.2.4. Nivel fonético-fonológico

##### Errores de acentuación

El lenguaje médico se caracteriza en este nivel fundamentalmente por los errores de acentuación (Aleixandre *et al.* 1995b; González Pascual 2001). González Pascual (2001) afirma haber detectado errores en palabras compuestas, donde la primera pierde su acento si lo llevaba (*clínicopatológico* en lugar de *clínico-patológico*), en compuestos imperfectos o apuestos (separados por un guión), donde ambas palabras deben mantener el acento si lo llevan al escribirse por separado (*médico-quirúrgica* en lugar de *medico-quirúrgica*), en mayúsculas, donde se omiten directamente las tildes, y en los latinismos, los cuales se deben acentuar siguiendo las reglas generales del acento.

Hernández (2000) denuncia la ausencia de tilde en palabras esdrújulas, que suelen ser las menos problemáticas (*reumatologo, subcutanea, asintomaticas*) o la colocación inapropiada (*idiópaticas, oftalmológicas*). También advierte la no acentuación de las palabras llanas no terminadas en vocal, -n o -s: *biceps, caracter, estandar, torax*.

A modo de conclusión, podríamos decir, que, a pesar de los fenómenos lingüísticos reconocidos del lenguaje médico, no debemos olvidar que el intérprete es un intermediario lingüístico cuyo objetivo fundamental es facilitar la comprensión entre los profesionales de la medicina. Por lo tanto, a veces es mejor dejar a un lado el purismo lingüístico para favorecer el entendimiento, ya que la función principal de la interpretación es establecer la comunicación entre orador y audiencia. El intérprete debería acercarse lo más posible al experto médico para ser aceptado, y eso conlleva en numerosas ocasiones abandonar la

corrección gramatical y estilística. En este punto, suscribimos las palabras de Seleskovitch y de Viaggio:

For people who are not speaking through an intermediary, this linguistic contamination is a positive factor because communication is facilitated by such adaptation to one's listener

(Seleskovitch 1968: 104)

The interpreter must be made to understand that unintelligible interpreting, even if "linguistically" unimpeachable, is useless; and that useless interpreting is, by definition, bad. He must be aware that he is not paid to understand or to speak, but to be understood

(Viaggio 1992: 311)

### **1.3.3. Procedimientos de creación y formación de términos médicos**

Hoy día, en que las ciencias evolucionan continuamente y aparecen nuevas teorías y descubrimientos, aparecen asimismo nuevos conceptos a los que se debe simbolizar mediante términos. (...) La mayor parte de los hallazgos fundamentales de la medicina en las últimas décadas se han publicado en inglés, lo que ha traído como consecuencia que mucha terminología derive de él (...)

(Aleixandre *et al.* 1995a)

La medicina es una ciencia que se halla inmersa en un dinamismo y progreso constantes, ya que siempre queda algo por resolver, algo por investigar. Así, a lo largo de la historia, se han ido descubriendo nuevas teorías, métodos, productos y técnicas, de una sofisticación cada vez mayor. Este desarrollo incesante trae consigo la necesidad de "bautizar" a todos estos aspectos novedosos para posibilitar la comunicación entre los distintos profesionales de la medicina. En un principio, tal denominación no planteaba demasiados problemas, ya que la creación e innovación, aunque en perpetuo desarrollo, se producían a un ritmo que permitía la relativamente cómoda invención de un término. Sin embargo, actualmente, con el aumento y fragmentación imparable de las súper y subespecialidades, la diversificación profesional de los usuarios de un mismo lenguaje de especialidad, la dispersión de los centros de creación de las terminologías en el seno de una misma lengua y el peso de la lengua inglesa, en su versión americana, y los imparables

avances tecnológicos, los terminólogos y científicos no dan abasto para atender semejante demanda terminológica.

De esta manera, el rápido avance de la medicina ha ido en detrimento del desarrollo lingüístico paralelo, por lo que hoy día el lenguaje médico presenta una serie de graves deficiencias a la hora de dar nombre a los múltiples descubrimientos.

Veamos cuáles son los procedimientos que se han utilizado tradicionalmente para formar nuevos términos. Los procedimientos descritos a continuación no son exclusivos de la medicina, ya que en todas las áreas del saber y en el lenguaje popular la creación terminológica se produce de manera similar.

### La derivación

La derivación es un procedimiento por el cual se forman vocablos ampliando o alterando la estructura o significación de otros vocablos que se llaman “primitivos”. El Diccionario de la Real Academia Española distingue entre derivación y derivación regresiva, que es cuando el fenómeno se produce a la inversa, con acortamiento de la palabra, para formar un supuesto primitivo: *intervención* < *intervenir*.

Dentro de los léxicos con una taxonomía muy elaborada, como la medicina, existe un importante número de afijos privativos de las lenguas especializadas que raramente aparecen en la lengua común. Las raíces proceden de sustantivos y adjetivos griegos o latinos y casi siempre lo hacen del genitivo: *adip* (grasa) procede del latín *adeps, adipis*; *andr* (hombre) procede del griego *anér, andrós*. Cabe destacar la clasificación de López y Terrada (1990) referente a los distintos tipos de raíces. Hemos considerado oportuno incluir algunos ejemplos para ilustrar las distintas categorías incluidas en la clasificación:

- Partes anatómicas (*cefal, cabeza*).
- Huesos, articulaciones y músculos (*ost, hueso*).
- Aparato digestivo (*odont, diente*).
- Aparato cardiovascular (*cardi, corazón*).
- Aparato urogenital (*nefr, riñón*).
- Glándulas de secreción interna (*aden, glándula*).

Célula y tejido (*cit, célula*).

Humores, secreciones y excreciones orgánicas (*hem, sangre*).

Funciones (*fag, comer*).

### **La prefijación**

La prefijación es el procedimiento de formación de un término que consiste en la unión de una base léxica y un prefijo. Este tipo de derivación da como resultado un nuevo concepto que surge por un proceso de determinación del concepto inicial. Los prefijos suelen proceder del latín y del griego. Algunos ejemplos son *endo-dermo, anti-geno, sub-involución, anti-biótico, intra-venoso, inter-maxilar, tras-plante*.

### **La sufijación**

La sufijación es el procedimiento de formación que consiste en la unión de una base léxica y un sufijo. La adición de sufijos suele constituir un medio para cambiar la categoría de la base léxica a la que se aplica el proceso derivativo y también produce un cambio del significado. Este proceso permite la formación de:

- sustantivos a partir de un verbo: *resonar < resonancia*.
- sustantivos a partir de un adjetivo: *permeable < permeabilidad*.
- sustantivos a partir de otro sustantivo: *lengua < lenguaje*.
- verbos a partir de un sustantivo: *sistema < sistematizar*.
- adjetivos a partir de un sustantivo: *músculo < muscular*.
- adjetivos a partir de un verbo: *retroceder < recesivo*.

Al igual que sucedía con los prefijos, los sufijos que se encuentran en el lenguaje médico suelen proceder del latín y del griego: *nefritis, cirrosis, arteriosclerosis, trombocitopenia*.



### ***La parasíntesis***

La parasíntesis es el procedimiento de formación que consiste en la adición de una base léxica a un prefijo y a un sufijo simultáneamente: *acotiledóneo*, del sustantivo *cotiledón*, o *hiper-leucocit-emia*, del sustantivo *leucocito*.

### **La composición**

La composición es un procedimiento por el cual se forman vocablos agregando a uno simple una o más preposiciones o partículas u otro vocablo íntegro o modificado por eufonía. Algunos autores señalan que la composición y la derivación se distinguen de los demás procesos de formación porque utilizan únicamente recursos de la lengua española. Clavería y Torruella (1993) diferencian tres tipos de composición:

- Compuestos integrados por dos palabras españolas.
- Compuestos formados por elementos cultos. Se trata de procesos de composición integrados únicamente por bases de procedencia griega o latina (*microbio*, *biología*).
- Compuestos híbridos. Se trata de compuestos integrados por *elementos de distinta procedencia, como por ejemplo hemoglobina (del griego hemo y del latín globus)*.

En este apartado, cabe destacar la proliferación de los adjetivos compuestos (*intercosto-umeral*, *frénico-cólico*).

### **Los compuestos y estructuras sintagmáticos**

En el lenguaje médico, abundan las construcciones sintagmáticas que equivalen a un solo concepto, por lo que funcionan como una unidad de sentido. Se distinguen fundamentalmente dos tipos de construcción sintagmática:

- Sintagma nominal formado por un sustantivo y uno o varios adjetivos con distintas relaciones jerárquicas entre ellos: *membrana timpánica*.

- Sintagma nominal formado por un sustantivo determinado por un sintagma preposicional de valor especificativo: *microscopia de barrido, síndrome de Down*.

Estas estructuras responden a las pautas de combinación sintáctica de la lengua puesto que se han originado a partir de una lexicalización de lo que inicialmente era una combinación ocasional de elementos léxicos.

### La combinación

La combinación es el conjunto o agregado de vocablos que suelen seguir unas pautas en el proceso de unión:

- cuando hay un encuentro de consonantes pertenecientes a dos raíces se añade una vocal de enlace, que suele ser “o” si las dos raíces son griegas o una griega y otra latina (*gastr-o-patía; encefal-o-mielitis*), o “i” si las dos son latinas (*puer-i-cultura*).
- la consonante final de un prefijo que se encuentra con la consonante inicial de una raíz se convierte en la consonante inicial de la raíz: *in + respirabilis = irrespirable*.
- la vocal final de un prefijo que se encuentra con la vocal inicial de una raíz desaparece (elisión): *para + osmé = parosmia*.

### La compresión

La compresión es un proceso que afecta a la forma de las palabras generando o bien variantes de palabras que pueden convivir con las formas completas, o bien términos nuevos mediante algún tipo de reducción formal. Destacan los acrónimos, abreviaturas y siglas, procedimientos que no volveremos a detallar por haberse tratado en el apartado anterior.

## El préstamo y el calco

El préstamo y el calco, si bien se pueden considerar características del lenguaje médico, también son considerados por algunos autores procedimientos de creación de palabras (Van Hoof 1999). El préstamo es un procedimiento de creación terminológica en una lengua sin recurrir a los elementos propios de esa lengua, sino a los de una lengua foránea. Por otra parte, el calco tiene dos acepciones según el Diccionario de la Real Academia Española: la primera sería la adaptación de una palabra extranjera, traduciendo su significado completo o el de cada uno de sus elementos formantes; la segunda acepción se denominaría “calco semántico” y se trataría de la adopción de un significado extranjero para una palabra ya existente en una lengua.

No vamos a volver a examinar el papel del préstamo y del calco en el lenguaje médico, ya que en el apartado anterior dedicado a las características del lenguaje médico se han indicado los rasgos y opiniones existentes al respecto (*cf. supra* § 1.3.2.2.).

Tras realizar un recorrido por las características del lenguaje médico y los procedimientos de creación terminológica, volvemos a insistir en las ventajas que supone para el intérprete profesional un conocimiento profundo de las características del mismo, el cual puede traer consigo un ahorro de tiempo y esfuerzos en la preparación de un congreso médico y una elección más acertada y precisa de las estrategias y tácticas en cabina ante un determinado problema. No obstante, para cotejar esta afirmación, en el estudio exploratorio de la segunda parte, tanto en el estudio dirigido a los intérpretes (*cf. infra* Apéndice 1) como en el dirigido a los médicos (*cf. infra* Apéndice 4), hemos incluido una serie de preguntas sobre la importancia del conocimiento del lenguaje médico en la interpretación en el campo de la medicina.

## 1.4. Inglés y medicina

### 1.4.1. La importancia del inglés como *lingua franca* de la comunidad médica internacional

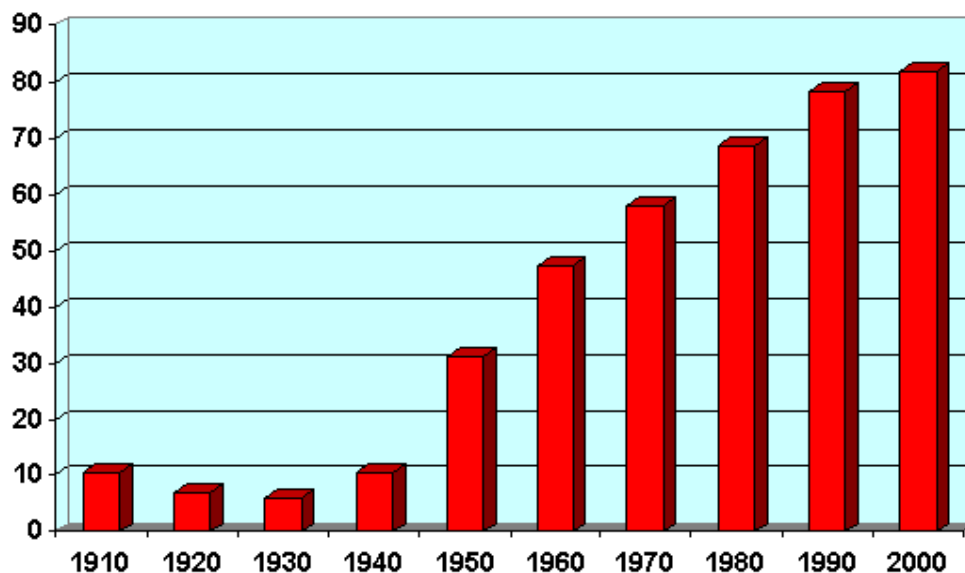
Existe un consenso generalizado sobre el papel predominante del inglés en la comunidad médica internacional (Fischbach 1986, 1993; López y Terrada 1990; Rouleau 1993b; Aleixander *et al.* 1995a; Navarro y Barnes 1996; Navarro 1997; Gutiérrez Rodilla 1997; Pilegaard 1997; Van Hoof 1999). Sin lugar a dudas, el inglés se ha convertido en los últimos treinta años en la lengua por excelencia de la medicina, desplazando a otras lenguas como el francés o el alemán. Actualmente, es el medio de comunicación en el ámbito de las ciencias de la salud, y ha llegado a convertirse en una segunda lengua común a médicos e investigadores y, en general, a aquellas personas involucradas, de alguna manera, en disciplinas médico-biológicas o médico-sociales (Navarro 1997), de manera que el monolingüismo científico actual constituye un fenómeno reconocido y aceptado entre la comunidad científica y en la propia sociedad.

La respuesta a la influencia del inglés en la medicina tal vez se halle en el papel predominante de los Estados Unidos como centro neurálgico de la investigación científica y tecnológica donde surgen muchas de las nuevas nociones de las disciplinas médicas. Por otra parte, este país es el que controla los medios de difusión de los resultados de la investigación, sobre todo las revistas de alto nivel y los bancos documentales más importantes, de lo que se deriva la imperiosa necesidad que tienen los científicos de todo el mundo de publicar sus artículos en inglés para poder ser conocidos y reconocidos, integrados en las bases de datos, citados por otros colegas, etc. (Gutiérrez Rodilla 1996).

Los lingüistas interesados en el tema, han propuesto distintas denominaciones: *lingua franca*, *segunda lengua*, *lengua auxiliar*, *idioma universal*, *idioma de mayor difusión*. El inglés se ha convertido incluso, no ya en la lengua internacional, sino intranacional de la comunicación médica. Efectivamente, ya no se trata únicamente de redactar publicaciones en inglés para que puedan aparecer en revistas internacionales, especialmente norteamericanas, ni de elaborar una ponencia en inglés para que tenga una mayor

repercusión, sino que, dentro del mismo país, los médicos que asisten a congresos o que escriben artículos para publicaciones periódicas utilizan la lengua inglesa como vehículo de comunicación.

Para ilustrar el papel preponderante del inglés en el panorama médico internacional actual, consideramos especialmente interesante mostrar el gráfico de Navarro (2002) relativo a la evolución del porcentaje de referencias bibliográficas en inglés en la revista *Actas Dermo-Sifiliográficas* durante el período 1910-2000. Este gráfico ilustra la predominancia progresiva de la lengua inglesa en los artículos médicos:



**Gráfico 1.** Predominio de la lengua inglesa en los artículos médicos (1910-2000) (Navarro 2002)

Según Navarro, esta predominancia del inglés comporta una serie de consecuencias silenciadas:

- La exclusión de las aportaciones realizadas en otros idiomas, con el consiguiente riesgo de asignación indebida de prioridades a los autores de lengua inglesa.
- La dependencia científica y la uniformación del pensamiento, dado que las líneas de investigación, los conceptos, las ideas y los razonamientos vienen determinados por

aquellas revistas internacionales que se publican en inglés y cuyos comités de redacción están integrados en un 75% por autores que tienen el inglés como lengua materna. Esto provoca que los autores tiendan a elegir de entrada sus temas de investigación, sus conceptos y sus métodos de trabajo en función de los que se siguen en los Estados Unidos, lo cual conduce a un monolitismo intelectual.

- Los científicos más destacados publican los resultados de sus investigaciones en inglés lo cual ha favorecido la creación de una barrera lingüística entre la ciencia médica universitaria superior —que se publica en inglés— y la práctica médica inferior —que lee principalmente en el idioma materno—. Por otra parte, se ha generalizado la creencia de que un artículo en inglés es, por el mero hecho de estar escrito en inglés, de mayor calidad.
- La excusa de una supuesta pobreza de estilo se ha usado en la práctica para afianzar la primacía mundial de los científicos de habla inglesa en todos los niveles.
- Los textos escritos originalmente en otra lengua distinta del inglés corresponden en realidad a textos escritos por autores que leen en inglés y escriben en su lengua materna y que, a fin de cuentas, traducen del inglés, lo cual perjudica la calidad de sus artículos. Por otra parte, el científico que lee en inglés y publica en su lengua no es con frecuencia consciente de estar traduciendo, ni tampoco de estar participando activamente en el proceso de formación y normalización de neologismos y tecnicismos, lo cual le lleva a actuar de forma individual y descoordinada.

#### **1.4.2. La influencia del inglés en el español médico actual**

Los vicios y alteraciones que se detectan en las publicaciones científicas están etiológicamente relacionados con el inglés de forma directa o indirecta. No es el inglés de la medicina el que influye en el español médico, sino los profesionales de la medicina norteamericanos quienes influyen en los médicos españoles

(Gutiérrez Rodilla 1997)

El español no escapa al predominio de la lengua inglesa en la comunidad médica internacional, de manera que hoy día es prácticamente imposible analizar el lenguaje médico español al margen del inglés médico. Efectivamente, dada la situación descrita en el

subapartado 1.3.4.1, los especialistas españoles se han visto prácticamente obligados a recurrir al inglés como lengua de trabajo, ya sea para redactar artículos o para comprender los que les llegan del exterior. Por lo tanto, el inglés se ha introducido irremediamente en el lenguaje médico español en forma de préstamos, extranjerismos, calcos, neologismos, etc., lo cual nos lleva a subrayar una vez más la influencia innegable del inglés en el español médico actual.

Este dominio es reconocido por la mayoría de los autores. En esta línea, Gancedo (1994) asevera que, si bien la inmensa mayoría de los términos que se acuñan en inglés son perfectamente traducibles al español, es innegable que la ciencia se escribe en inglés y que esta lengua ha dominado a todas las demás, por lo que no es razonable poner objeciones a un hecho consumado que hay que aceptar como una medida práctica que facilita la comunicación internacional y el progreso científico.

Ante esta situación, es necesario en muchas ocasiones traducir los documentos médicos e interpretar las reuniones médicas, por lo que el papel de los traductores e intérpretes desempeña un papel importante en la comunicación médica internacional. Los especialistas dependen en la mayoría de las ocasiones de la ayuda de traductores o intérpretes para poder participar en publicaciones o congresos internacionales, tanto en el papel de emisor como en el de simple receptor. Sin embargo, existen determinadas traducciones decisivas para el desarrollo de la lengua que no respetan las normas establecidas, bien porque los propios médicos se han dedicado a efectuar una traducción aproximada del contenido, bien porque el traductor no ha encontrado un equivalente adecuado en español.

Una traducción incorrecta puede conducir a situaciones delicadas. De esta manera, Gutiérrez Rodilla (1996), a fin de ilustrar el galimatías al que conduce una traducción inadecuada, nos cuenta la historia de la Prensa de Herófilo. Herófilo de Calcedonia describió la llamada prensa de Herófilo por primera vez en el s. III a.C. a la cual bautizó con el término *lenós*, que en griego significa *cuba* o *tonel* (y no prensa) objetos en los que pensaría Herófilo para designar un lugar en que se forma una gran colección venosa con forma de cuba. Cuando se encargó a Avicena la traducción de la obra de Herófilo al árabe,

éste tradujo *lenós* por otro significado de la palabra, *al-maçara*, término que significa prensa o lagar. Cuando Gerardo de Cremona tradujo el *Quantum de Avicena* al latín, tradujo el término *al-maçara* por *torcular* (lagar, prensa), traducción muy alejada del vocablo original que hacía referencia a una cuba o tonel y no a una prensa. Este galimatías llevó durante siglos a los anatomistas a explicar que en la prensa de Herófilo se produce una presión muy fuerte de unas columnas de sangre contra otras y a discutir cómo se llevaba a cabo esta función de prensa que era totalmente inexistente; ni Herófilo ni Galeno pensaron jamás que tal función existiera, porque se trata de un almacén, un remanso; pero, una vez inventada la expresión errónea, había que darle una explicación adecuada. En resumen, el término acertado fue derivando hasta llegar a otro término que no tenía nada que ver con él:

*Lenós (cuba o tonel) < al-maçara (lagar, prensa) < torcular (lagar, prensa)*

### Diferencias y similitudes entre los lenguajes médicos inglés y español

Una de las similitudes más importantes y evidentes de los lenguajes médicos inglés y español es su base grecolatina, la cual ha dotado a ambas lenguas de una cierta uniformidad terminológica que actualmente persiste únicamente en las listas de términos anatómicos del *Nomina Anatomica* y en el *Index nominum genericorum (plantarum)* y en el *International Code of Nomenclature of Bacteria*.

En las dos lenguas se percibe la influencia del griego y del latín en la formación de palabras. Así, resulta bastante más fácil interpretar o traducir los términos más eruditos con base grecolatina del inglés al español, ya que el término prácticamente no varía. Sin embargo, la terminología inglesa suele ser más descriptiva y menos “esotérica”, tal y como la denomina Van Hoof (1999), que la española, y se tiende más a utilizar términos de extracción popular. De este modo, el inglés tiene una peculiaridad inexistente en el español médico: para un gran número de términos posee, junto al término erudito de base grecolatina, un término de extracción popular que es más común; no obstante, en otros casos no posee más que el término de extracción popular (Van Hoof 1990).



El origen de la existencia de estos binomios la podemos encontrar en la historia del lenguaje médico inglés. Los lenguajes médicos populares siempre han existido en la tradición oral en las regiones absorbidas por el Imperio Romano. Cuando éste cayó, el latín siguió siendo la única lengua para la comunicación científica en la Europa Occidental, la cual era privativa de las escuelas religiosas, pero los médicos se comunicaban a través del inglés vernacular.

El español carece de este tipo de binomios, por lo que normalmente sólo cuenta con un término equivalente para los dos vocablos ingleses:

*Coagulation* (erudito), *clotting* (común) = *coagulación*  
*Cicatrización* (erudito), *scarring* (común) = *cicatrización*  
*Lordosis* (erudito), *hollow back*, *saddle back* (comunes) = *lordosis*  
*Myopia* (erudito), *shortsightedness* (común) = *miopía*

Resulta paradójico que el término más culto sea el que más se asemeje al término correspondiente en español, por lo que para un médico o intérprete es más difícil traducir el vocablo común, es decir, lo especializado es en este caso lo más fácil.

Otras diferencias entre los lenguajes médicos inglés y español serían las siguientes:

- En aquellos casos en los que el español cuenta con dos vocablos sinónimos, ambas palabras pertenecen a un registro culto, a diferencia del inglés en el que un vocablo es culto y el otro vulgar (Van Hoof 1990): *xeroderma*, *paper skin* = *xerodermia*, *asteatosis*
- La derivación de adjetivos es más erudita en español que en inglés, ya que utiliza para su formación sufijos, mientras que el inglés deja el sustantivo tal cual:

*Taste buds* = *papilas gustativas*  
*Sweat gland* = *glándula sudorípara*  
*Ball-and-socket joint* = *articulación orbicular, multiaxial, esferoidal*  
*Pigment granules* = *gránulos pigmentarios*  
*Rice bodies* = *cuerpos riciformes*

De esta manera, cuando un adjetivo español se traduce al inglés, éste recurre a la forma más popular:

*Lengua depapilada = bald tongue*

*Gota tofácea = chalky gout*

*Tics de Salam = nodding spasm*

- Los adjetivos compuestos son muy frecuentes en el lenguaje médico español, pero no así en el inglés:

*Basal cell carcinoma = epiteloma basocelular*

*End-to-side anastomosis = anastomosis lateroterminal*

- En la traducción del inglés al español destacan los fenómenos de transposición y modulación. Algunos ejemplos de transposición serían los siguientes:

Transposición simple: *skin graft = injerto cutáneo; apical pleurisy = pleuritis apical; sliding hernia = hernia por deslizamiento.*

Transposición cruzada: *atonic bladder = atonía vesical; embolic pneumonia = embolia pulmonar.*

La modulación es una variedad de la transposición en el plano del mensaje global, es decir, que opera sobre categorías de pensamiento y no sobre categorías gramaticales. Consiste esencialmente en un cambio del punto de vista y constituye el medio más sencillo para dar cuenta de los fenómenos extralingüísticos. Algunos ejemplos de modulación serían:

- Concreto – abstracto: *systemic circulation = circulación mayor o sistémica*
- Popular – erudito: *blood picture = hemograma*
- Medio – resultado: *needle biopsy = punción-biopsia*
- Causa – efecto: *depot penicillin = penicilinas retardadas*
- Todo – parte: *meatus of nose = meato nasal*
- Parte – todo: *breast feeding = lactancia materna*
- Parte – otra parte: *biliary colic = cólico hepático*
- Geográfica: *Tashkent ulcer = botón de Oriente*
- Por cambio de símbolo: *hay fever = fiebre del heno*
- Por inversión del punto de vista: *absent breath sounds = silencio respiratorio*
- Por contrario negativo: *analgesics are supposed to be non addictive = se supone que los analgésicos no crean adicción*

## 1.5. Conclusión

El propósito de este capítulo ha sido analizar las “materias primas” que conforman la herramienta de trabajo del intérprete de congresos de medicina, a saber, el discurso especializado. Éste sería, pues, un discurso que transmite un determinado conocimiento especializado de distinto nivel mediante la utilización de un lenguaje muy específico del ámbito. El conocimiento por parte del intérprete del proceso sistemático y estructurado del conocimiento especializado y de las características del lenguaje especializado en general y del médico en particular podría constituir una ayuda para desarrollar la actividad profesional de manera más consciente y sistemática.

En la segunda parte de nuestro trabajo, nuestro propósito es conocer la percepción de intérpretes y médicos en cuanto a la importancia que supone conocer las características del lenguaje médico y su influencia en la calidad de la interpretación a fin de corroborar la importancia que concedemos al conocimiento de este lenguaje por parte del intérprete.

Para concluir, resulta bastante interesante leer algunos de los comentarios realizados por distintos autores que ilustran la realidad actual del lenguaje médico. Veamos algunos de ellos:

(...) me conformaría con no volver a ver un informe de alta hospitalaria cuyos diagnósticos finales fueran OCFA, ACFA, ICC y TEP. ¿No resultarían más comprensibles los siguientes: obstrucción crónica al flujo aéreo, arritmia completa por fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca congestiva y tromboembolismo pulmonar?

(Martínez Odriozola 1999)

¿Por qué hay que “fomentar campañas despistaje de dislipemias” cuando lo que hay que hacer es fomentar las de detección? ¿Por qué practicamos un test y no un examen o prueba? ¿Por qué utilizamos feedback, palabra que no existe en castellano, en lugar de retroalimentación, rash en lugar de exantema o erupción y relax en lugar de descanso o relajación? ¿Tanto trabajo cuesta decir “sobrefatiga” en lugar de surmenage, o “juego de reactivos en lugar de “kit de reactivos”?

(Aleixander *et al.* 1995a)

La falta de equivalentes morfosintácticos, semánticos y pragmáticos en la lengua a que se vierten contenidos de otra lengua, hace necesario que el traductor encuentre un medio

alternativo que le proporcione una solución adecuada. De entre las posibilidades existentes, los préstamos y los calcos han ofrecido muy buenos resultados a lo largo de la historia de la traducción

(Acosta 1988: 55)



**CAPÍTULO 2**  
**LA INTERPRETACIÓN DE CONFERENCIAS**  
**Y LA COMUNICACIÓN ESPECIALIZADA MULTILINGÜE**  
**LA INTERPRETACIÓN**  
**EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**



## Capítulo 2                    La interpretación de conferencias y la comunicación especializada multilingüe. La interpretación en el ámbito de la medicina

---

### Introducción

Una vez puestas de manifiesto las características del conocimiento y de los lenguajes especializados, y particularmente del lenguaje médico como pilar del discurso médico, en el presente capítulo pasaremos a analizar el contexto en el que se emite el discurso especializado y en el que se entabla la comunicación especializada, centrándonos concretamente en las reuniones que se celebran en el ámbito de la medicina.

Para ello, siguiendo una vez más la estructura piramidal, hemos considerado oportuno incluir un primer apartado general sobre los distintos tipos de acontecimientos que se celebran a nivel internacional y que recurren a los servicios de interpretación, basándonos en la clasificación de Gile (1989) y de Pöchhacker (1995). En este apartado, presentamos las características de cada uno de ellos ya que la clasificación de los eventos médicos descrita en el apartado 2.3 se basa directamente en estas dos primeras categorizaciones.

Por otra parte, su inclusión se debe igualmente a que se trata de las únicas clasificaciones descriptivas que se han establecido de las reuniones especializadas. Por último, consideramos que el conocimiento de los rasgos distintivos de cada una de ellas podría revelarse bastante útil para el intérprete que se adentre en el mundo de la interpretación especializada.

Posteriormente, analizaremos el concepto de “hipertexto” introducido por Pöchhacker (1992), autor que considera la existencia de una serie de factores externos que influyen y condicionan los procesos de comprensión y, por ende, del trabajo y la preparación del intérprete (intenciones o propósitos de los participantes, intensidad informativa, pertinencia espacio-temporal, etc.).

En este apartado, presentamos una descripción somera de las características que definen el contexto comunicativo de las reuniones especializadas (participantes, temática, formato de exposición de la información y objetivos) por tratarse de aspectos sobre los que existe muy poca bibliografía pero cuyo conocimiento previo podría ser útil al intérprete a la hora de enfrentarse a una reunión especializada. En último lugar, en la cima de la pirámide, analizaremos los acontecimientos multilingües que se suelen organizar concretamente en el ámbito de la medicina siguiendo la clasificación de Martin y Jiménez (1998) y de Martin (2002).

En el estudio exploratorio de la segunda parte, analizaremos cada uno de los aspectos relativos al contexto de la interpretación especializada descritos en este apartado para observar cómo se aplican en la situación real profesional los planteamientos teóricos que examinemos en este capítulo (*cfr. infra* Segunda Parte).

### **2.1. La comunicación especializada y los eventos multilingües. La clasificación de Gile y de Pöchhacker**

Las reuniones multilingües con interpretación son muy variadas en cuanto a la temática, identidad de los participantes, modalidades de organización y flujo de la comunicación. Sin embargo, existen elementos que permiten clasificarlas en una serie de categorías, si bien no se puede trazar una línea divisoria nítida entre ellas, y a veces se solapan, habiendo incluso reuniones que son difíciles de ubicar.

Poco se ha dicho sobre la clasificación de los eventos multilingües con interpretación. Cabe destacar el estudio de Gile (1989) en el que se analizan las diversas situaciones multilingües en las que participa el intérprete (un total de diez prototipos). Su categorización resulta bastante valiosa para tener una visión general al respecto; no obstante, el autor no se basa en un solo ámbito, de manera que algunas de las reuniones mencionadas se suelen organizar más en algunas disciplinas que en otras, y así hay algunas que casi nunca se organizan en el campo de la medicina.

Más adelante, Pöchhacker (1995) vuelve a hacer una revisión de estos encuentros internacionales y reduce la clasificación de Gile a siete categorías, para lo cual se basa en cinco rasgos distintivos: grado de complejidad estructural, homogeneidad cultural del grupo, intensidad informativa, material visual de apoyo y flujo de información.

Veamos cuáles son los eventos internacionales mencionados por estos dos autores, así como aquellas características que influyen directamente en el trabajo del intérprete.

### **Los macrocongresos científicos y técnicos**

Tanto Gile como Pöchhacker subrayan la frecuencia de los macrocongresos en el panorama internacional. Se trata de encuentros que duran varios días, a veces una semana o más, y que reúnen a varios centenares de participantes, los cuales se caracterizan por la homogeneidad de conocimientos, pero no así de intereses. Su estructura es bastante compleja, quizás la más compleja de todos los acontecimientos que mencionaremos: se componen de conferencias plenarias, comunicaciones, normalmente presentadas en el marco de “sesiones” de una media jornada o de un cuarto de jornada, concursos de *pósters* y demostraciones de material.

La información presentada es abundante y densa, de manera que incluso para los mismos participantes especialistas en el tema tratado, los cuales suelen estar dotados de un poder de concentración y de asimilación muy superior a la media, la información no se puede asimilar completamente durante el congreso. Sólo se asimilan las líneas generales o aquellos puntos que presentan un interés particular para el participante. Por otra parte, las comunicaciones incluyen frecuentemente elementos especializados que desbordan los centros de interés y los ámbitos que los participantes dominan realmente. Normalmente, ninguno de ellos es competente en todos los ámbitos simultáneamente.

De estas observaciones se deduce que, independientemente de la intervención del intérprete y de toda consideración lingüística, la pérdida de información en los participantes es considerable. De hecho, la mayoría de ellos confirman que cuando asisten a las sesiones de trabajo de los macrocongresos científicos y técnicos no esperan adquirir un bagaje



informativo importante, sino más bien captar ideas generales, para más tarde buscar un complemento fuera de la sesión, normalmente a través de documentos escritos.

Por su parte, los oradores suelen tener dificultades a la hora de expresarse en las lenguas extranjeras y de comprender a los demás participantes: la presencia de los intérpretes en estos congresos se revela fundamental.

### **Los seminarios y cursos técnicos**

Los dos autores también mencionan la importancia de este tipo de eventos. Suelen ser bastante frecuentes, dado que algunos cursos y *stages* de formación técnica se organizan con la participación de oradores extranjeros o con estudiantes de diferentes lenguas. Se diferencian de los macrocongresos científicos y técnicos en la mayor homogeneidad de intereses por parte de los participantes, si bien sus conocimientos técnicos en la materia son a veces bastante desiguales, a diferencia de lo que sucedía en los macrocongresos.

Se trata de reuniones científico-técnicas en las que el flujo es casi siempre unidireccional, ya que suele haber un conferenciante que imparte una clase magistral o taller a personas que se encuentran en un período de formación, si bien se prevén períodos de preguntas y respuestas. La información es especializada, densa y a menudo cuantitativamente importante, pero su presentación se estructura para facilitar su asimilación, en contraste con la información presentada en el anterior tipo de evento. Con tal fin, se suele prever un apoyo escrito para facilitar la transmisión de la información, que generalmente no se puede asimilar íntegramente durante la reunión. Este apoyo escrito, en caso de contar con él con antelación, constituye un material fundamental para la preparación por parte del intérprete (*cf. infra* § 3.2.).

### **Las reuniones de trabajo en los organismos internacionales**

Los organismos internacionales acometen una gran parte de su trabajo mediante la actividad de comités y de grupos de trabajo que se reúnen periódicamente en el marco de la

ejecución de un mandato que se les confía. Estas reuniones pueden durar algunos minutos o varios días, y se desarrollan siguiendo un orden del día que precisa los puntos a abordar.

En cuanto al flujo de la comunicación, no hay presentaciones unilaterales, sino debates sobre una serie de puntos, y la información básica se presenta normalmente en documentos de trabajo preparados de antemano y enviados a los participantes, los cuales constituyen una fuente de información inestimable para el intérprete. Una vez asimilada la información enviada previamente, el flujo informativo es menos denso y se compone de preguntas, comentarios y aclaraciones en lugar de datos nuevos.

Los participantes, menos numerosos que en los macrocongresos científicos y técnicos, se conocen bien en general y tienen la oportunidad de verse en otras reuniones de trabajo. En el plano de la comunicación, las reuniones de trabajo en los organismos internacionales difieren bastante de los macrocongresos científicos y técnicos:

- Existe una homogeneidad de intereses y conocimientos entre los participantes.
- El intercambio de información es continuo y se produce fundamentalmente fuera de la sesión, a diferencia del intercambio cronológicamente puntual de las macrocongresos.
- El flujo de la información adopta básicamente la forma de intercambios, donde los participantes reaccionan ante las distintas intervenciones.

### **Las negociaciones o sesiones de trabajo**

El número de interlocutores en este tipo de evento es limitado dado que normalmente se trata de delegaciones, representadas por sus directores, en lugar de individuos. Por otra parte, el intercambio informativo no tiene una finalidad informativa, como en los congresos científicos y técnicos y los cursos y seminarios, sino un objetivo práctico que sería llegar a un acuerdo concreto entre las partes.

Los interlocutores conocen bien sus posturas respectivas y sus *dossiers*, y la información que se intercambia en este tipo de reunión es escasa, pero en general precisa, sobre todo en cuanto a cifras y nombres propios. Se caracterizan por su naturaleza discontinua (interrupciones a causa de consultas), por una actividad de redacción importante y por un estilo con una tendencia más bien formal y jurídica.

### **Las visitas ministeriales**

Gile es el único que incluye la interpretación realizada para los ministros cuando visitan a sus homólogos extranjeros. Estos eventos suelen durar una hora y los participantes son poco numerosos: los ministros en cuestión, consejeros, especialistas, embajadores y otras personas. Las visitas tienen, por lo general, un carácter político, y cuando se aborda un aspecto técnico se hace a menudo de forma global, ya que los detalles los tratan los especialistas en los ministerios y otros organismos interesados.

### **Los debates de radio o de televisión**

Se trata de otro evento no mencionado por Pöchhacker en su clasificación. Gile los incluye porque considera que muchos programas en la radio y en la televisión incluyen debates con participantes extranjeros que no dominan la lengua de la emisión. En este tipo de reunión, los diálogos se basan en opiniones en vez de en información, y están destinados a alimentar una conversación interesante para los receptores. La información es poco densa, poco abundante y poco especializada, y suele ser de naturaleza anecdótica y en respuesta a preguntas del público. El registro lingüístico es menos oficial que el del resto de reuniones citadas anteriormente.

### **Las conferencias de prensa**

Estas conferencias pueden ser unidireccionales e ir acompañadas de una documentación escrita distribuida a los periodistas, o bidireccionales, cuando se trata de una conferencia de prensa acordada por una personalidad política que acepta responder a las preguntas de los periodistas. En este segundo caso, no suele haber documentación

escrita o ésta se limita a un comunicado de prensa. La información transmitida es en general poco abundante, aunque puede ser a veces muy especializada. En todo caso, es accesible al conjunto de los interlocutores.

### **Las conferencias de personalidades invitadas**

Se trata de discursos de una persona de reconocido prestigio en el ámbito en cuestión invitada por el organizador con ocasión de un “almuerzo – debate” o en el marco de otra reunión. El flujo informativo que caracteriza a estas reuniones es fundamentalmente unidireccional, aunque tras el discurso haya a menudo una rueda de preguntas y respuestas. La información transmitida por la personalidad es cuantitativamente débil, generalmente poco especializada, y no va acompañada de ninguna documentación escrita. El valor de la intervención va en función del prestigio de la personalidad invitada en lugar de su contenido informativo, cuyo interés para los participantes suele ser moderado.

### **Las cenas oficiales**

Gile también menciona las cenas oficiales en su clasificación. Éstas pueden producirse por sí solas o en el marco de otro tipo de reunión (congreso científico, visita ministerial, etc.). Los intérpretes llevan a cabo dos funciones:

- La interpretación entre dos comensales vecinos. Los intérpretes se sientan detrás de las personalidades e intervienen con la técnica del *chuchotage*.
- La interpretación de las intervenciones oficiales, los llamados “discursos de mesa”. Se trata de discursos de personalidades oficiales que tienen lugar antes, durante o después de la cena. Su contenido informativo es escaso, con elementos políticos importantes y clichés repetitivos (saludos, agradecimientos, felicitaciones, halagos). Se caracterizan por un registro más bien oficial, a menudo oratorio, y por citas y rasgos humorísticos.

## Los foros temáticos

El único tipo de evento que Pöchhacker incluye en su clasificación y que Gile no tiene en cuenta son los foros temáticos. Se trata de reuniones en las que se realiza un intercambio activo de información entre diversos participantes. La información puede ser más o menos especializada dependiendo de la temática del foro.

Consideramos que el conocimiento por parte del intérprete de los distintos tipos de reuniones especializadas multilingües susceptibles de organizarse en el panorama internacional podría resultarle de gran ayuda para saber de antemano una serie de factores: la disponibilidad de material escrito, el mayor o menor grado de formalidad o espontaneidad en los discursos, las características de los participantes y la dirección del flujo de la comunicación.

### 2.2. El concepto de hipertexto

The communication initiator uses the “conference” as a means of communication for a particular purpose. In the broadest sense, the whole conference can be viewed as a comprehensive sort of text – a “hypertext”

(Pöchhacker 1992: 215)

Si bien otros autores ya habían puesto de manifiesto la consideración holística de la situación en la que trabaja el intérprete (Thiéry 1990), Pöchhacker (1992) es el primer autor que introduce el concepto de “hipertexto” al aplicar la teoría funcionalista a la interpretación. En general, el hipertexto sería el conjunto de factores externos que influyen en la comprensión y, por ende, condicionan el trabajo y la preparación del intérprete (intenciones o propósitos de los participantes, intensidad informativa, participantes, apoyos visuales, tema, estructura, etc.). El autor considera que el intérprete, cuando trabaja en una determinada reunión, se enfrenta a un acontecimiento comunicativo complejo constituido por numerosos textos individuales, en el que las propiedades del todo presentan una mayor envergadura que la suma de sus partes. De esta manera, se subraya la complejidad de su situación.

Partiendo de la consideración del acontecimiento comunicativo como un hipertexto, en el presente apartado analizaremos los distintos elementos que forman parte del contexto comunicativo de las reuniones especializadas, así como la relevancia de la comunicación no verbal.

### **2.2.1. El contexto comunicativo y la interpretación de conferencias**

Actualmente, las reuniones que recurren a los servicios de interpretación varían enormemente en cuanto a emplazamiento, modalidad, relación entre los participantes y otros factores, lo cual supone un desafío para la teoría, la práctica y la didáctica de la interpretación. En este apartado nos detendremos en los elementos más importantes del contexto comunicativo: los participantes, la temática, el formato de exposición de la información y los objetivos.

#### **Los participantes en las reuniones multilingües**

Tras analizar la bibliografía sobre interpretación especializada, hemos podido observar un cierto vacío en cuanto a la existencia de estudios descriptivos de la tipología de los participantes que asisten a los acontecimientos multilingües. No obstante, Alexieva (1997) se detiene a realizar una categorización bastante exhaustiva en virtud de una serie de factores: el grado de dominio de las lenguas origen y meta, el estatus, la función y el número.

En primer lugar, el *dominio de las lenguas* se refiere al grado de dominio de la lengua origen por parte del orador y de la lengua meta por parte del participante, y la familiaridad de los dos participantes con ambas culturas. Cuando la lengua origen es la lengua materna del orador, el acto comunicativo incluye el contacto entre tan solo dos lenguas y culturas, aunque la mayoría son reuniones internacionales en las que se concentran participantes procedentes de más de dos culturas. Hay otros casos en los que la lengua origen no es la lengua nativa del orador y, por lo tanto, la primera lengua y cultura del mismo podrían afectar su producción verbal y no verbal. El conocimiento de la lengua meta por parte del orador podría ser también relevante desde el punto de vista cultural, no sólo en cuanto a la

sensibilidad hacia la cultura de los participantes, sino también porque este conocimiento sitúa al orador en una mejor situación para controlar y supervisar la producción del intérprete, especialmente en la interpretación consecutiva.

En segundo lugar, el *estatus* se refiere a las relaciones de poder envueltas en el evento. Las relaciones de poder más importantes derivan principalmente del estatus social de la institución de los participantes (su prestigio como autoridades en los temas discutidos), y su experiencia, aunque la edad y el sexo también pueden influir en estas relaciones dependiendo de la cultura de los participantes. Cuando el orador y el participante gozan del mismo estatus, se crea una atmósfera de equilibrio y solidaridad, mientras que cuando el estatus es diferente pueden surgir ciertas tensiones.

En tercer lugar, el *papel* o *función* de los participantes es particularmente relevante en aquellos casos en los que desempeñan un papel que no coincide con su estatus social fuera de la sala de conferencias, es decir, cuando se trata de participantes que tienen categorías diferentes (estudiantes de medicina y médicos profesionales) que tienen que participar en un congreso como iguales. Alexieva engloba las dos dimensiones de estatus y función discutidas anteriormente bajo la dicotomía “igualdad/solidaridad” *versus* “desigualdad/poder”.

Por último, el número de participantes también es importante, ya que las reuniones pequeñas crean una atmósfera más cómoda que permite un menor grado de autocontrol, lo que se refleja en una mayor incidencia de señales verbales y no verbales específicas de la cultura del participante. Se trataría de reuniones más informales frente a los eventos formales de mayores dimensiones.

### **La temática**

Alexieva (1997) distingue principalmente entre el mundo textual del conocimiento científico y el de la interacción humana. Los temas relacionados con la ciencia y la tecnología tienden a girar alrededor de temas más objetivos y universales y presentan

menos referencias culturales. Por el contrario, el mundo textual de la interacción humana consiste en temas que tratan directamente la manera en que las personas interactúan entre sí, y se caracteriza por un mayor grado de subjetividad y una implicación mayor por parte de los participantes en el mundo textual.

No nos detendremos a analizar detalladamente este punto porque ello supondría estudiar el amplio espectro temático al que se debe enfrentar el intérprete de conferencias. Simplemente aclararemos que el presente trabajo se sitúa en el marco del primer tipo de temática (conocimiento científico) mencionado anteriormente, cuyas características conceptuales y lingüísticas se han tratado en el capítulo 1.

### **El formato de exposición de la información**

Es uno de los factores que más condicionan e influyen en el trabajo y en la preparación del intérprete. La comunicación humana a través del lenguaje o de otros sistemas semióticos implica la producción, por parte del orador, y la recepción, por parte del participante, de un texto en un determinado contexto. Por lo tanto, la competencia a la hora de utilizar el lenguaje u otro código para comunicarse eficazmente debería incluir la competencia textual, es decir, saber cómo emplear los medios expresivos que ofrece la lengua para producir y recibir textos que se adapten al contexto y que satisfagan el objetivo comunicativo del orador en relación al receptor. El conocimiento de las normas textuales, tipologías textuales y procesos de producción y recepción forman parte de la competencia comunicativa.

Alexieva (1994, 1997) opina que el estudio del formato de la exposición debería realizarse desde una perspectiva más dinámica y a lo largo de una serie de parámetros que engloben los siguientes aspectos:

1. El medio de producción, distinguiendo entre los textos escritos previamente, que se pueden leer o simular que son espontáneos y que se diferencian en cuanto a las pausas y velocidad, y los textos hablados espontáneos, que se subdividen en los



textos improvisados totalmente con una planificación mínima o inexistente, y los textos con una cierta planificación previa.

2. El contenido funcional del texto en cuanto a las funciones dominantes y tipos de significado, según la función prioritaria de los textos y del tipo dominante de significado, la densidad informativa que depende de la manera en que se consigue la cohesión, y el tipo de modelos cognitivos empleados en la elaboración del texto.
3. El uso complementario de los elementos verbales y no verbales, y de otros códigos semióticos (símbolos, tablas, diagramas, códigos algebraicos o geométricos) (*cf. infra* § 2.2.2.).
4. El dominio por parte del orador de la lengua origen, ya que, a diferencia de otras esferas comunicativas, muchos de los textos que siguen los oradores en los eventos internacionales con interpretación son producidos por oradores no nativos y, a veces, éstos ni siquiera se someten a un proceso de revisión lingüística. Esto trae consigo la existencia de una serie de errores de cohesión y coherencia que ponen en peligro la comprensión del discurso por parte del intérprete, y, por ende, de la calidad de su producción, pudiéndose ver perjudicada la comprensión final por parte del participante que escucha la interpretación.
5. Las relaciones intertextuales entre el texto de una determinada ponencia y los textos externos no incluidos en el congreso pero que habría que examinar, como las actas de reuniones anteriores, folletos explicativos de la tipología de los participantes, información sobre el/los organizador/es del evento, etc.

Por otra parte, las relaciones intertextuales entre el texto de una determinada ponencia y el corpus restante de textos que forman parte del congreso.

Respecto al último parámetro, Alexieva afirma que un microtexto puede ocupar varias posiciones dentro del macrotexto, por lo que mantiene relaciones de diversa índole con el corpus restante de textos. Se puede distinguir entre los siguientes tipos de relaciones:

- *Solapamiento*: algunos textos pueden contener el grueso de la información intercambiada en el congreso (informe y documentos básicos), por lo que se denominan, en palabras de Alexieva, *parent texts*. Alrededor de cada *parent text* existe

una serie de *daughter texts*, es decir, ponencias individuales que suelen llevar parte de la información contenida en el *parent text*.

- *Contigüidad*: este tipo de relación intertextual es típica de los congresos científicos, ya que el rasgo común de las comunicaciones individuales es normalmente sólo el tema (o temas) del congreso y sus ramificaciones. Sin embargo, cada documento se convierte en el centro de la discusión y desempeña el papel de *parent text* alrededor del que aparecen varios *daughter texts*, siendo el resultado una configuración de varios grados de solapamiento.
- *Complementariedad*: se produce cuando dos textos cubren o discuten dos temas adyacentes. Las relaciones de complementariedad pueden llevar a un cierto solapamiento, ya que al introducir un tema se empieza normalmente en un marco más general que supone inevitablemente mencionar temas adyacentes.

La autora concluye diciendo que el tipo más frecuente de relación textual dentro del macrotexto en interpretación simultánea es el solapamiento, ya que se produce en todos los tipos de congresos y entre todos los tipos de microtextos, es decir, entre *parent texts*, entre *parent texts* y *daughter texts*, entre *daughter texts*, e incluso un *daughter text* se puede convertir en un *parent text*.

Otro rasgo significativo de los congresos científico-técnicos es el mayor o menor grado de espontaneidad en la transmisión de los discursos. En principio, la interpretación se asocia normalmente al modo oral, pero los estudios muestran que este modo no es el único determinante de la tipología textual, ya que incluso los textos hablados tienen grados diferentes de oralidad o literalidad. En esta línea, Schlesinger (1989, cit. en Alexieva 1997) utiliza una serie de criterios para determinar la posición de un texto en la escala de la oralidad/literalidad:

- *Grado de planificación*. Este criterio se refiere al grado de preparación o improvisación de un texto, el cual influye en la coherencia y densidad semántica. Cuando el orador lee un texto escrito o lo produce más o menos espontáneamente refleja una estrategia de elaboración textual que, en cierto modo, depende de las normas

culturales. Leer un documento tiende a aumentar la velocidad, lo que dificulta el trabajo de los intérpretes y perjudica el acto comunicativo. El grado de planificación influye en la elección por parte del orador del léxico y estructuras sintácticas y puede determinar la implicación cultural del texto y del evento en conjunto, particularmente en cuanto a los siguientes elementos: imágenes específicas de la cultura del orador, medios de expresión no verbales y referencias al conocimiento específico de la cultura que sólo comprenden los miembros de la comunidad de la lengua origen.

- *Léxico*. Este parámetro se refiere al empleo de palabras y expresiones literarias o coloquiales.
- *Grado de implicación*. Hace referencia al grado en que el orador se siente implicado en el debate de un determinado tema con un determinado grupo de interlocutores. Los textos más literarios entrañan una menor implicación por parte del orador, del receptor y de éstos con el tema en cuestión.
- *El papel del comportamiento no verbal*, que es particularmente importante en la manera en que se producen los textos espontáneos.

La forma en la que se expone la información y el grado de oralidad o literalidad influyen enormemente en el trabajo y preparación del intérprete, de ahí la importancia de analizar estos dos factores.

### **Objetivos de las reuniones multilingües**

Los individuos, grupos y representantes de las instituciones se reúnen por varias razones y para cumplir con una serie de objetivos. A pesar de la amplia gama de propósitos, Alexieva señala tres parámetros principales que ayudan a agrupar los eventos según los objetivos perseguidos por los oradores y otros participantes en el evento:

- *Intercambio de conocimientos*: algunos eventos se organizan para intercambiar conocimientos, impartir información o demostrar la validez de algo externo al

orador. Los participantes en este tipo de eventos suelen compartir objetivos similares.

- *Tomar decisiones conjuntas*: algunos eventos se organizan para tratar una estrategia común o llegar a soluciones a problemas compartidos por todos los participantes, ya sean individuos o instituciones. Sin embargo, la aplicación de las soluciones propuestas puede depender de instituciones o autoridades ajenas a los participantes. Un objetivo compartido reduce el conflicto y facilita la discusión y la toma de decisiones. En este contexto, se suelen emplear las estrategias de negociación más simples y directas.
- *Objetivos conflictivos*: algunos eventos se organizan para debatir temas de gran importancia para todos los participantes, pero resolverlos puede ir en contra de los intereses de algunos de ellos, lo cual genera una atmósfera conflictiva y complica las negociaciones. Las diferencias culturales en cuanto a la elección de la estrategia de negociación tiende a ser más prominente, especialmente si la división de los participantes en grupos de interés coincide con su división en grupos culturales (negociaciones políticas y entrevistas con líderes políticos).

Por último, nos gustaría aclarar que existen otras clasificaciones de los elementos del contexto comunicativo. La elección de la categorización de Alexieva se debe a su carácter escueto y preciso, ya que este trabajo no aspira a analizar minuciosamente cada elemento del contexto comunicativo, sino más bien a proporcionar una visión general de las distintas situaciones en las que se ven implicados los intérpretes de conferencias.

### **2.2.2. La comunicación no verbal**

Dentro del concepto de hipertexto, es decir, de la consideración del acontecimiento comunicativo como un conjunto de elementos que condicionan e influyen en la comprensión del intérprete, habría que detenerse inevitablemente a hablar de la relevancia de la comunicación no verbal puesta de manifiesto por un gran número de autores (Ekman y Friesen 1969; Argyle 1972; Bühler 1979, 1985; Lebhar Politi 1989; Patterson 1990; Thiéry 1990; Kendon; Villazón 1997; Poyatos 1997; Collados 1998).

Uno de los primeros en hablar de la comunicación no verbal fueron Ekman y Friesen (1969), quienes afirman que para comprender el comportamiento no verbal de un interlocutor es necesario explicar su uso (cuándo se utiliza), origen (cómo se adquiere) y su codificación (qué información contiene). Cabe destacar su clasificación del comportamiento no verbal en cinco categorías que se diferencian por las mencionadas características de uso, origen y codificación: emblemas, ilustradores (marcadores, ideogramas, movimientos deícticos, movimientos espaciales, cinetogramas, pictogramas), muestras de emoción, reguladores y adaptadores.

Por su parte, Bühler define el término de “comunicación no verbal”, tal y como se emplea normalmente, de la siguiente manera:

[...] all the ways in which communication is effected between persons when in each other's presence, by means other than words. It refers to the communicational functioning of bodily activities, gesture, facial expression and orientation, posture and spacing, touch and smell, and of those aspects of utterance that can be considered apart from the referential content of what is said

(Bühler 1985: 49)

En el marco de la interpretación de conferencias, Bühler distingue entre las señales no verbales del orador y las del receptor, y establece relaciones en el contexto de la interacción social en un congreso (entre los participantes, entre éstos y los intérpretes, entre los intérpretes). Concluye diciendo que conocer estas relaciones supone una gran ventaja para el intérprete.

Por su parte, Villazón (1997) introduce una diferenciación, y afirma que, a pesar de que “comunicación no verbal” es un término que en muchas ocasiones se utiliza con sentido reducido para denotar comunicación no vocal o simplemente visual, su significado correcto incluye una pléyade de factores no léxicos que provienen de distintas fuentes sensoriales: acento, ritmo, entonación, tono, intensidad y timbre de la voz, calidad fonética y articulatoria, velocidad de emisión, ruidos (respiración, carraspeos, dudas) y pausas. La autora añade que el resto de señales no verbales se agruparían bajo el término de “comunicación no vocal”, que se podría definir como el conjunto de todos aquellos factores no procedentes del canal auditivo que afectan al desarrollo de la comunicación

entre dos personas; incluiría todas las señales relevantes para obtener información sobre el resto de los participantes en la comunicación, o sobre las circunstancias en las que se desarrolla: percepciones táctiles, olfativas, espaciales y temporales.

Por último, cabe destacar el modelo funcional de Patterson (1990), el cual postula que la interacción comunicativa es un proceso en el que intervienen varios factores interdependientes: el condicionamiento genético individual y universal, las variables ambientales, la cultura, el género, la personalidad, la situación entre los participantes, los hábitos comunicativos personales, la motivación y las expectativas cognitivo-afectivas. El equilibrio entre estos factores determina el éxito de la comunicación.

### **2.2.2.1. Clasificación de los elementos no verbales**

Poyatos (1997a) concede una gran importancia al papel de la comunicación no verbal en la interpretación de conferencias. Ya en su definición de la interpretación, se detecta la relevancia que tienen para él las relaciones entre los distintos actores que participan en los actos que requieren interpretación y el mensaje no verbal. De esta manera, el autor define la interpretación de la siguiente manera:

[...] the relaying from a speaker-actor to a listener-viewer (or audience) of verbal and nonverbal messages indistinctively through verbal and nonverbal ones, as dictated by the synonymous, antonymous or absent verbal or nonverbal signs with respect to each other's communication systems

(Poyatos 1997a: 249)

Poyatos explora en más profundidad la multiplicidad de parámetros que influyen en el acto comunicativo, y llega más lejos al afirmar que la realidad del discurso es una realidad audiovisual triple compuesta del lenguaje verbal, el paralenguaje y la quinésica, es decir, qué decimos, cómo lo decimos y cómo movemos lo que decimos. El autor también cita las actividades somáticas y extrasomáticas acompañantes que pueden ocurrir a lo largo del discurso: la “copresencia” física de las personas implicadas, la presencia igualmente real de al menos dos culturas o más, en cualquier momento dado, es decir, la del orador, la del receptor, la del intérprete y alguna más cuando hay un público, y el entorno físico en sí. Ser

conscientes del funcionamiento complejo de los sistemas somáticos en la traducción oral revela no sólo cómo los mensajes se completan a veces únicamente a través de signos no verbales, sino también cuántas veces se transmite un mensaje exclusivamente con elementos no verbales.

Los componentes no verbales que describe son el paralenguaje, la quinésica, la quinésica auditiva, el silencio y la quietud, y las reacciones químicas y dérmicas. Por otra parte, el autor analiza las relaciones básicas entre los sistemas no verbales y las palabras, y advierte de las limitaciones que tienen los componentes puramente verbales, ya que la oralidad se produce de una manera visual que combina articulaciones fonéticas internas y modificaciones del sonido, y articulaciones externas que dependen de nuestra anatomía facial y corporal.

Aparte de los factores mencionados por Poyatos, el elemento no verbal por excelencia de los congresos lo constituyen los apoyos visuales. Dada su importancia y frecuencia en los congresos científico-técnicos en general y en los congresos de medicina en particular, hemos dedicado un subapartado a su análisis. Para ello, nos centraremos en el estudio de Villazón (1997), ya que se basa en los congresos de medicina a la hora de presentar una clasificación bastante precisa y exhaustiva de los distintos elementos visuales que se suelen emplear en los congresos especializados.

#### **2.2.2.1.1. Los apoyos visuales**

En este subapartado, nos basaremos en la clasificación de los apoyos visuales puesta de manifiesto por Villazón (1997) ya que su categorización procede de un estudio empírico realizado en una serie de congresos reales de medicina. Según Villazón, el término de apoyos visuales se refiere tanto al material visual utilizado para complementar una ponencia o conferencia (acepción más común) como a los distintos medios visuales que utiliza el intérprete para facilitar su trabajo y mejorar la calidad de su producto final. Las distintas asociaciones exigen tener una buena visibilidad no sólo para ver la quinésica de los interlocutores (factor mencionado en el apartado anterior) sino también para visualizar los

distintos elementos visuales que el orador utiliza. La autora destaca que no existe una lista exhaustiva de los apoyos visuales, pero en su trabajo incluye una propuesta de clasificación.

La autora divide los apoyos visuales en internos y externos. Los apoyos visuales internos serían aquellos utilizados exclusivamente por el intérprete dentro de la cabina. Se dividirían en previos (glosarios y notas recordatorias, programa, ponencias escritas, esquemas de las ponencias, copias impresas de diapositivas o transparencias) e improvisados (anotaciones de cifras, términos complejos, nombres propios o conceptos). De la misma manera, el mismo compañero podría convertirse en portador de señales visuales de apoyo a la comprensión, memoria y producción por parte del intérprete.

Los apoyos visuales externos serían aquellos utilizados por el ponente y cuyos receptores son tanto intérpretes como usuarios. Los subdivide en estáticos (transparencias, diapositivas, objetos en vivo) y dinámicos (películas, escenificaciones y demostraciones en vivo). Las transparencias y diapositivas contienen normalmente información léxica, numérica y/o icónica en forma de textos, gráficos, cuadros, tablas, ilustraciones y/o fotografías, y son las más utilizadas. La utilización de objetos en vivo sirve generalmente para ilustrar una descripción del mismo. Las películas son grabaciones en vídeo que pueden ser sólo visuales, acompañadas de explicaciones en la sala, o audiovisuales íntegras con o sin contenido léxico (subtítulos), empleadas para mostrar algún procedimiento, lo que también se puede realizar en vivo.

Los apoyos visuales externos, aparte de condensar información en poco espacio, ahorrar tiempo y llamar la atención de los receptores, están concebidos para servir de apoyo al discurso del propio orador. Hay veces en que el discurso oral consiste en un comentario o lectura de las diapositivas o transparencias.

Villazón establece una clasificación de los apoyos visuales según el tipo de relación que guardan con el contenido verbal que se emite simultáneamente. Así, distingue entre apoyos visuales de fondo (diapositivas o transparencias que no guardan relación alguna con el discurso), apoyos visuales de contenido sintético (cuando el orador se basa en esquemas o palabras clave para elaborar un discurso en el que añade mucha información a la aportada



por la diapositiva o transparencia), los apoyos visuales de contenido analítico (cuando contienen información complementaria a la ponencia y el orador tan solo extrae algún dato relevante) y los apoyos visuales de contenido similar (cuando el orador lee, a veces con pequeñas variaciones, el texto contenido en el apoyo visual).

La información contenida en los apoyos visuales puede adoptar diversas formas: texto, esquemas más o menos sintéticos, gráficos, tablas, dibujos y fotografías. Contienen una información muy variada: sobre la estructura del discurso, terminológica, equivalentes (en el caso de los ponentes que pronuncian su discurso en español pero lo acompañan de diapositivas en inglés), cifras, siglas o nombres propios.

A la clasificación de Villazón habría que añadir la presencia cada vez más frecuente del *Power Point*, que ha sustituido a las transparencias y diapositivas en los foros que permiten utilizar las nuevas tecnologías.

#### **2.2.2.2. La comunicación no verbal y la interpretación de conferencias**

En los acontecimientos multilingües y multiculturales, los elementos no verbales emitidos por los oradores plantean serias dificultades a los intérpretes, ya que la transmisión de la información puede depender parcial o completamente de los rasgos quinésicos, y los intérpretes únicamente se pueden comunicar a través de las palabras y de los rasgos prosódicos.

En esta línea, Weale (1997) subraya la importancia de la percepción de los elementos no verbales, y advierte de que en las conferencias multilingües el mensaje no verbal a menudo se vuelve confuso e incluso llega a perderse debido a que los participantes pierden la quinésica del intérprete, los factores paralingüísticos del orador, o ven la quinésica del orador pero ésta pertenece a una cultura diferente y la interpretan incorrectamente.

Algunos de los problemas derivados de la utilización de elementos no verbales que plantea Weale son los siguientes:

- El paralenguaje es el del intérprete, y no el del orador, lo que provoca en el participante una cierta confusión visual y auditiva (por ejemplo, cuando el género del intérprete es distinto del del orador).
- Siempre hay un lapso de tiempo entre lo emitido por el orador y la interpretación. Este período que el intérprete necesita para analizar el mensaje lleva inevitablemente a confusión ya que el participante trata de combinar movimiento, gestos y discurso en un mensaje coherente.
- El paralenguaje y la quinésica del discurso original pueden corresponder a una cultura distinta de la del oyente. Por lo tanto, el intérprete debería ser capaz de ofrecer una nueva versión con las inflexiones, pausas y signos paralingüísticos adaptados al público, y hacer todo lo posible por dar a su versión la inflexión, fluidez y pausas naturales del lenguaje natural del oyente, por aunar elocuencia y retórica con la voluntad de convencer y expresar un mensaje.
- Los congresos internacionales se caracterizan por su carácter artificial, ya que en éstos las personas no se expresan de forma natural en base a un protocolo estándar reconocido que las obliga a prescindir de su idiosincrasia.

De todo lo dicho en los apartados anteriores, se deduce que es fundamental que el intérprete tenga una buena visibilidad, no sólo de los ponentes, sino también del público y de toda la sala. En esta línea, Thiéry (1990) pone de manifiesto que es importante tener en cuenta la relación entre el ponente y el público, ya que, en todas las situaciones de la interpretación de conferencias, el orador no se dirige al intérprete, sino a las personas a las que está hablando directamente. El intérprete se inmiscuye en una conversación o comunicación que no le concierne directamente, y además no tiene acceso al conocimiento común del orador y su público. Por lo tanto, debe tener una visión clara de todos los participantes para sentirse más partícipe de la situación.

Sin embargo, la situación es a menudo compleja, y no se puede esperar que el intérprete sepa todo sobre el grupo, pero debe conocer al menos las relaciones básicas. A pesar de que son muchos los autores e intérpretes que resaltan la importancia de considerar el congreso como un conjunto de elementos lingüísticos y extralingüísticos que aportan

pistas y datos para una mejor comprensión, tanto Poyatos como Viaggio (1997) y Weale ponen de manifiesto la incapacidad de muchos intérpretes a la hora de explicar la necesidad de ver a todos los participantes en las conferencias. Viaggio cree que la respuesta hay que encontrarla en el hecho de que las señales no verbales no son controladas conscientemente por el orador ni recibidas o analizadas conscientemente por el receptor. Percibir, analizar y utilizar las señales no verbales no es un esfuerzo cognitivo añadido para el intérprete, sino que palia el esfuerzo total desplegado al complementar y reforzar los procesos de comprensión y descodificación lingüístico.

No obstante, parece que los intérpretes de conferencias han reconocido intuitivamente lo dicho anteriormente, ya que insisten en recibir no sólo las señales a través del canal comunicativo del auditorio, sino también a través del canal visual (Bühler 1985). Casi todos los intérpretes exigen tener una buena visibilidad de la sala, ya que consciente o inconscientemente esto les permite seguir todo el proceso, ver si se distribuyen nuevos documentos, detectar qué oradores van a leer discursos escritos y por supuesto ver los apoyos visuales que acompañan a las presentaciones.

Por lo tanto, la visión sin obstáculos del orador y la audiencia es un requisito explícito tanto en el Código Profesional de AIIC (*Association Internationale d'Interprètes de Conférence*) y de AICE (*Asociación de Intérpretes de Conferencia de España*) como en las normas del ISO (*International Organization for Standardization*) en cuanto a la situación de las cabinas.

Booths arranged in groups and slightly raised in such a way to provide the interpreters with the direct and full view of all those attending the meeting while affording the indispensable communication with the sound technician, the conference room and the outside

(Código Profesional de AIIC)

### **2.3. La interpretación en el ámbito de la medicina**

#### **2.3.1. Las reuniones médicas multilingües. La clasificación de Martín y Jiménez**

Para elaborar su propia clasificación, Martín y Jiménez (1998) se basan en las dos categorizaciones de Gile y de Pöchhacker. La diferencia entre la clasificación de Gile y

Pöchhacker y la de Martín y Jiménez es que estos últimos se centran en el sector biomédico, aunque advierten de que la mayoría de los comentarios sobre este tipo de reuniones son aplicables a cualquier otro tipo de encuentro científico o técnico. Por otra parte, los autores subrayan que la medicina se divide en tantos campos y especialidades diferentes que hay veces en que un congreso médico no guarda ninguna semejanza con otro tipo de congreso médico.

Los autores consideran que hay cinco tipos principales de reuniones en el sector biomédico: los macrocongresos científicos y técnicos, los cursos o seminarios, las presentaciones de productos, las conferencias especiales y las ruedas de prensa.

### **Los macrocongresos científicos y técnicos**

Es uno de los tipos de reuniones más frecuentes en el mundo de la medicina y normalmente presentan una estructura bastante compleja; el congreso se abre con una sesión plenaria, y a continuación se celebran varias sesiones simultáneas. Cada sesión desarrolla un aspecto distinto del tema principal del congreso y las presentaciones duran unos quince o veinte minutos, y normalmente se trata de textos leídos. El contenido informativo se caracteriza por su densidad, intensidad y tecnicidad, tanto que los mismos delegados no son a veces capaces de procesarla. El flujo es fundamentalmente unidireccional, aunque suele haber una ronda de preguntas y respuestas, pero no tiene lugar ningún debate propiamente dicho.

La tarea del intérprete es bastante ardua, debido al alto nivel de especialización y al tiempo limitado de preparación. Cabe destacar que, aunque el intérprete fuera un especialista en medicina (*cf. infra* § 3.1), no le sería mucho más fácil acometer un encargo de este tipo, puesto que la gama de temas, todos igual de especializados pero diferentes entre sí, puede llegar a ser amplísima.

La documentación previa no suele escasear, pero su gran extensión unida a las limitaciones de tiempo y el alto grado de tecnicidad de los temas dificulta la preparación.

Otro de los problemas a los que tiene que enfrentarse el intérprete es que si su público es reducido, los participantes se olvidan de los posibles problemas lingüísticos y se expresan obviando la presencia de sus colegas extranjeros. En algunos casos, Martín (2002) añade que en más de una ocasión los organizadores ni siquiera prevén la necesidad de interpretar, por lo que se les pide a los intérpretes que interpreten a otros oradores sin que hayan realizado una preparación específica.

### **Los seminarios o cursos**

Los departamentos hospitalarios y la Facultad de Medicina suelen organizarlos para facilitar la especialización o introducir nuevas técnicas. Se trata de eventos con un contenido informativo altamente especializado, cuyo flujo es fundamentalmente unidireccional. No obstante, se dan una serie de circunstancias que facilitan el proceso de preparación del intérprete: número reducido de participantes (estructura menos compleja), homogeneidad en los objetivos de los destinatarios, gran interés y motivación por parte de los mismos y dependencia de la interpretación.

El contenido suele ser denso y técnico, pero se suele centrar en un área de especialización, por lo que se evita la diversidad y fragmentación temática propia de los macrocongresos. El material, dado su objetivo didáctico, suele estar bien estructurado para facilitar su asimilación por parte de los receptores, lo cual ayuda también al intérprete. Los oradores no suelen leer discursos escritos y utilizan apoyos visuales, como transparencias, vídeos o Power Point.

En definitiva, la mayor concreción del tema permite acotar los conocimientos terminológicos y conceptuales, lo cual es una ventaja para el intérprete: la documentación suele incluir manuales o artículos escritos por los oradores y normalmente se facilita al intérprete el acceso a los mismos.

### **Las presentaciones de productos**

Es un acontecimiento bastante frecuente en el ámbito biomédico y se suele celebrar bajo los auspicios de un laboratorio. Gile (1989) las incluye dentro de la categoría de seminario o curso dado el carácter didáctico de la presentación. Suelen durar unas horas, y el propósito es lanzar nuevos productos al mercado, aunque bien es cierto que muchos seminarios y cursos tienen también ese objetivo final.

Sin embargo, las presentaciones de productos se distinguen por su mayor brevedad. Aunque la función de este tipo de evento supone en teoría que el organizador colabore con el intérprete, no suele haber normalmente un contacto directo entre ellos. En caso de proporcionarse a los intérpretes la documentación, ésta suele ser altamente especializada, por lo que el intérprete se ve obligado a realizar un buen trabajo de preparación. Por otra parte, el grado de conocimiento especializado de la persona que presenta el producto es similar a la de los receptores y mucho más elevado que el del intérprete. Esto contrasta con los seminarios y algunos macrocongresos en los que los oradores suelen poseer un conocimiento más especializado que los receptores. Además, su brevedad significa a veces que, precisamente cuando el intérprete empieza a sentirse más cómodo, se termina la presentación. Por todos estos factores, los autores consideran que este tipo de evento puede ser uno de los más difíciles de interpretar en el ámbito biomédico.

### **Las conferencias especiales**

En algunos casos, se celebran como parte de una reunión nacional de una asociación de médicos especialistas que invita a un experto extranjero para que se dirija a los miembros de la asociación; en este caso, el intérprete sólo tiene que interpretar esta conferencia y no toda la reunión. En otras ocasiones, la conferencia constituye una actividad única, con lo que las complejidades estructurales se reducen considerablemente.

Este tipo de evento se caracteriza por ser breve, con un contenido informativo denso y especializado, un flujo unidireccional y un desequilibrio total en cuanto a las lenguas utilizadas, ya que normalmente la mayoría de los oyentes no entienden la lengua del

orador y recurren a la interpretación. El intérprete suele disponer de documentación para la preparación, y el tema es más preciso que en los macrocongresos y más fácil de acotar. No obstante, existe una desproporción entre el tiempo invertido en la preparación y el dedicado a la interpretación. En este tipo de evento, se sitúan las retransmisiones de intervenciones quirúrgicas.

### **Las conferencias de prensa**

Suele tener lugar en el marco de alguno de los eventos mencionados anteriormente. De todos modos, la situación está cambiando, ya que cada vez hay más congresos médicos que se celebran en inglés, y al intérprete se le contrata exclusivamente para asistir en la conferencia de prensa. La información es menos especializada que aquella tratada en cualquier tipo de reunión anterior.

La clasificación de Martín y Jiménez resulta sumamente interesante por tratarse de una de las pocas (por no decir la única) categorizaciones existentes de los prototipos de acontecimientos multilingües que se organizan en el campo de la medicina, siendo más específica para el trabajo que nos ocupa que las dos clasificaciones de Gile y Pöchhacker. En el estudio exploratorio de la segunda parte, hemos incluido un bloque de preguntas en las que analizamos cuáles son los acontecimientos más frecuentes en el panorama internacional tanto desde la perspectiva de los intérpretes, como desde la perspectiva de los médicos.

#### **2.3.2. Interpretación y medicina**

Muchos intérpretes profesionales subrayan las enormes posibilidades laborales que ofrece el campo de la medicina al intérprete de conferencias (Cartellieri 1983; Martín y Padilla 1989; Meak 1990; Ferraz 1998; Abril y Ortiz 1998; Vankecke 1998; Jiménez 1998; Hobart-Burela 1998). Sin embargo, a pesar de la importancia de esta ciencia en las salidas profesionales del intérprete de conferencias, la literatura sobre el papel de la interpretación en los congresos médicos es bastante escasa. Por otra parte, detectamos un cierto vacío en

las Facultades de Traducción e Interpretación españolas en cuanto a la existencia de una materia específica o máster de interpretación especializada biomédica.

Sliosberg (1971) fue uno de los primeros en subrayar la importancia de la traducción de documentos de medicina, ya que, según él, ningún médico, investigador, personal de laboratorio o creador de nuevos productos farmacéuticos puede mantenerse al margen de la información aportada por las obras y especialmente por las innumerables publicaciones profesionales científicas o técnicas. Así pues, el autor apunta que toda esta información debe ser inteligible para el receptor y, en esta perspectiva, la traducción representa una actividad obligatoria para todos aquellos que se encargan de la documentación.

Más adelante, Martin y Padilla también ponen de manifiesto la importancia del mercado de los congresos médicos a partir de su propia experiencia:

By far the main source of employment for our graduates has been the private market and more specifically, medical and scientific conferences for which they had received little or no specific training

(Martin y Padilla 1989: 245)

Por otra parte, además de constituir un mercado fértil, hay autores que subrayan las ventajas del campo de la medicina para los traductores e intérpretes (Fischbach 1986; Galli 1990). De este modo, Fischbach (1986) afirma que la traducción de la literatura médica ofrece una serie de ventajas a los traductores:

- Los elementos anatómicos y fisiológicos, que son la base de los textos médicos, son los mismos en todo el mundo. Los conceptos médicos, y la ciencia en general, son universales, no están unidos a una cultura particular y por lo tanto son inmediatamente traducibles a lenguas diferentes. Ciertamente es que el traductor de textos legales, que maneja conceptos que no comparten a veces la lengua origen y la lengua meta se enfrenta a una tarea más difícil.
- El segundo factor sería la disponibilidad de la literatura médica, enciclopedias, libros de texto y diccionarios en lenguas diferentes.



- El tercer factor sería la equivalencia léxica. Hay incluso algunas expresiones y acrónimos que se emplean tal cual sin necesitar de la traducción. La terminología médica se sigue construyendo con prefijos y sufijos griegos y latinos y esto contribuye al mantenimiento de equivalencias léxicas, lo cual es sumamente útil para el traductor.

Feraz afirma igualmente que la interpretación en los congresos de medicina es más regular que en otros ámbitos y que “mientras los laboratorios sigan con sus arcas llenas seguirán habiendo congresos de medicina que interpretar” (Feraz 1998: 338).

Abril y Ortiz, refiriéndose al ámbito académico, afirman lo siguiente:

Las características del mercado laboral ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar a los estudiantes de la especialidad de interpretación una formación específica en el ámbito biosanitario y que en el mercado libre, el número de congresos biomédicos es considerablemente superior al de cualquier otro tipo de reunión internacional

(Abril y Ortiz 1998: 287)

No obstante, Hobart-Burela, aunque apoya las afirmaciones de estos autores, advierte de que el mercado de los congresos médicos se puede perder si los intérpretes no se esmeran por satisfacer las necesidades de los usuarios:

La interpretación médica puede ser un mercado muy sólido, pero hay que mimarlo porque si no, lo perderemos. Los médicos son de los profesionales que menos toleran las deficiencias en la interpretación y si no reciben un buen servicio, optarán por abandonar la interpretación simultánea y hacerlo todo en inglés. Esto ya ocurre en algunos casos. Se trata de unos profesionales que organizan congresos y cursos con el fin de informarse sobre las novedades en su campo e intercambiar experiencias y conocimientos con sus compañeros de todo el mundo. Por lo tanto, se toman muy en serio la calidad de la interpretación y son menos propensos a escatimar recursos para asegurarla

(Hobart-Burela 1998: 331)

Por lo tanto, siguiendo las palabras de Hobart-Burela (1998), el intérprete debería demostrar que es capaz de realizar un buen trabajo de interpretación, a pesar de no ser, en muchos casos, un especialista en el campo de la medicina. Esto nos lleva a plantear una disyuntiva existente desde siempre en el mundo de la interpretación: si los intérpretes

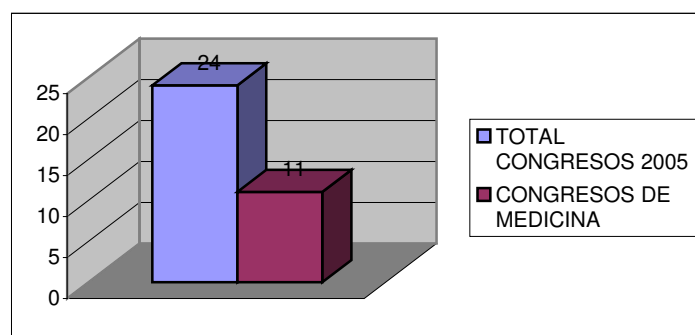
necesitan especializarse (*cf. infra* § 3.1.) para estar preparados ante cualquier encargo de interpretación médica que se les presente a fin de no defraudar a los especialistas médicos y perder en última instancia, tal y como apunta Hobart-Burela, el mercado de los congresos médicos.

En cuanto a las modalidades de interpretación más frecuentes en las reuniones celebradas en el campo de la medicina, se podría decir que la interpretación simultánea es la modalidad más común, especialmente en los macrocongresos. De esta manera, Jiménez afirma lo siguiente:

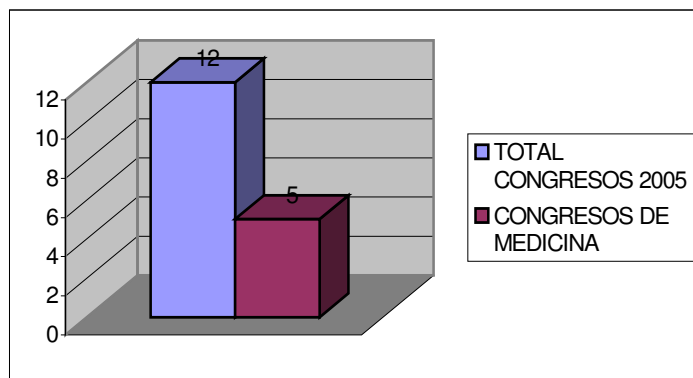
En la actualidad, se podría aventurar sin demasiado riesgo que la medicina es el terreno más fértil para la profesión de intérprete (...). Asimismo, se ha tomado como punto de referencia la modalidad de interpretación simultánea, ya que (...) se trata de la opción más frecuente tanto en la interpretación en general, como en la de medicina en particular

(Jiménez 1998: 341)

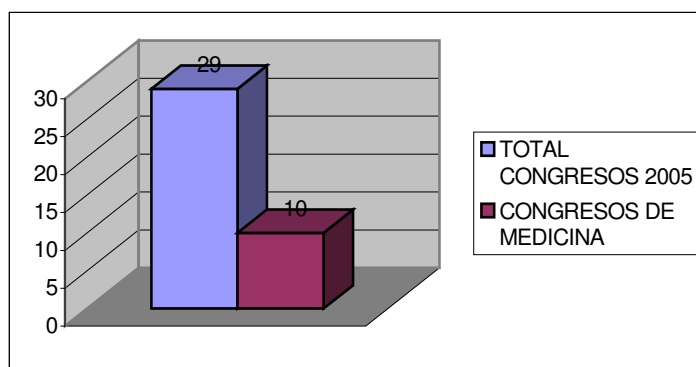
Por último, para ilustrar la frecuencia de celebración de acontecimientos médicos en España hemos analizado algunas de las agendas de los palacios de congresos españoles: el Palacio de Congresos de Canarias, Barcelona, Madrid, Sevilla y Granada. Para ello, hemos obtenido los calendarios correspondientes a la programación del año 2005 y, en algunos casos, 2006, ya que en la mayoría de los palacios de congresos no se puede acceder a agendas de años anteriores.



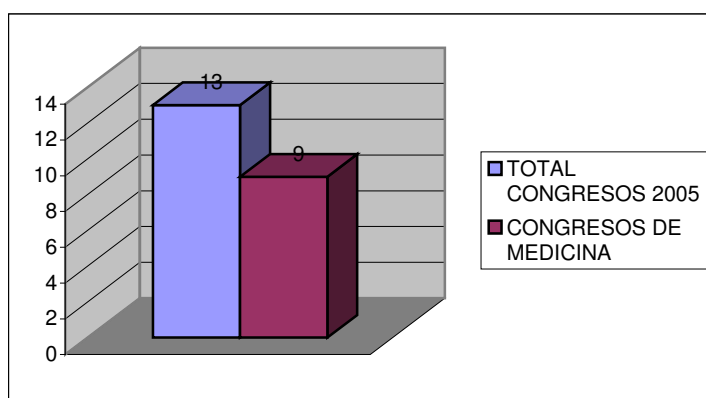
**Gráfico 2.** Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de las Palmas de Gran Canaria



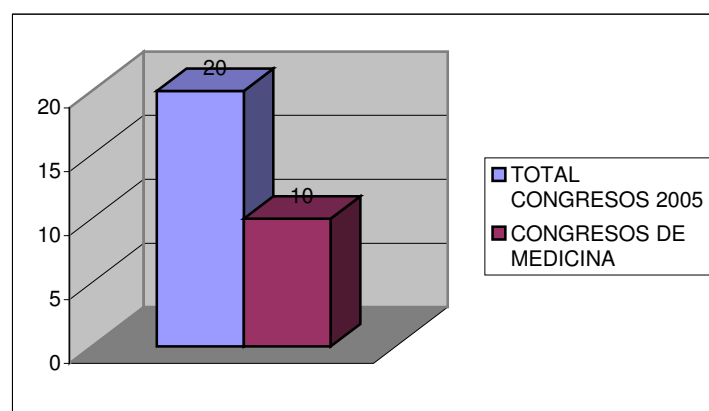
**Gráfico 3.** Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Barcelona



**Gráfico 4.** Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Madrid



**Gráfico 5.** Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Sevilla



**Gráfico 6.** Porcentaje de acontecimientos médicos previstos para el 2005 en el Palacio de Congresos de Granada

Observamos que en los palacios de congresos consultados un porcentaje considerable del total de los acontecimientos previstos para el 2005 son congresos de medicina. En Canarias, este porcentaje supone el 45,8%, en Barcelona el 41,6% y en Madrid el 34,4%. Vemos igualmente la importancia de los congresos de medicina en Andalucía, ya que en Sevilla el 69,2% de los congresos programados tratan alguna temática relacionada con el campo de la medicina, y en Granada este porcentaje representa el 50%. Por otra parte, al analizar los títulos y el contenido de estos congresos, observamos que se trata en su mayoría de congresos internacionales o europeos, por lo que se podría prever la contratación de servicios de interpretación.

V Congreso Internacional de RM, ARM y CARDIO RM  
VII Congreso Internacional del IVI + Congreso Internacional Materno Fetal  
5th International Symposium on Lysosomal Storage Diseases  
Reunión Anual de la Sociedad Europea sobre las Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID)  
Congreso Mundial de Cariología  
XXV Congreso Mundial de Hemofilia

Por otra parte, en aquellos congresos de ámbito nacional es frecuente la presencia de investigadores extranjeros, por lo que la presencia de los intérpretes también podría revelarse necesaria.

## 2.4. Conclusión

Como ya señalábamos en la introducción, la literatura existente sobre los aspectos contextuales de la interpretación en el ámbito de la medicina es bastante escasa, especialmente en el ámbito del flujo de la información en la comunicación especializada. No obstante, conocer las características del contexto en el que se circunscribe la actividad del intérprete podría ayudarle a discernir los distintos elementos que debe tener en cuenta a la hora de desempeñar su tarea. En el caso de la medicina, consideramos que el intérprete debería ser consciente de los distintos tipos de acontecimientos comunicativos en los que podría verse envuelto y de sus peculiaridades (participantes, flujo de la información, densidad informativa, modalidad de interpretación, apoyos visuales utilizados con más frecuencia) para de esta manera optimizar su proceso de preparación de cara a un tipo u otro de evento y de sus características correspondientes. Consideramos necesario conocer la percepción tanto del intérprete profesional como del médico que asiste con frecuencia a acontecimientos internacionales multilingües en cuanto al contexto que rodea a las reuniones médicas.

Cabe destacar que el análisis de todos estos aspectos es el punto de partida a partir del cual hemos establecido el estudio exploratorio de la segunda parte, en el que hemos incluido una serie de preguntas encaminadas efectivamente a conocer cómo se aplican en la realidad profesional todo estos aspectos (tipos de acontecimientos más importantes, contexto en que se desarrollan, modalidades de interpretación más frecuentes y la importancia de la comunicación no verbal) (*cf. infra* Segunda Parte).



### **CAPÍTULO 3**

## **LA ESPECIALIZACIÓN Y LA PREPARACIÓN EN LA INTERPRETACIÓN ESPECIALIZADA**



Dans le secteur médical plus que dans beaucoup d'autres secteurs scientifiques et techniques, les donneurs d'ouvrage exigent souvent que les traductions soient faites par des spécialistes, en l'occurrence des médecins, voire des médecins spécialistes qui se limiteraient à leurs propres spécialistes; les non-spécialistes, et a fortiori les non médecins sont jugés incapables de réaliser des traductions correctes

(Gile 1986b: 26)

### Introducción

Una vez analizados los elementos lingüísticos que conforman el discurso médico y los aspectos contextuales (hipertexto) de las reuniones científicas, concretamente médicas, en este capítulo pasaremos a analizar los aspectos relativos al grado de especialización y a la preparación del intérprete de discursos especializados. No habrá ningún apartado dedicado exclusivamente al ámbito de la medicina por considerar que todos los aspectos relativos a la preparación y documentación del intérprete de reuniones especializadas se pueden extrapolar a las reuniones médicas, por lo que incluir un apartado adicional sobre estos últimos supondría caer en una redundancia innecesaria.

El presente capítulo comienza con un apartado en el que se analiza la dicotomía existente entre autores, docentes y profesionales sobre cuál debe ser el papel del intérprete. Para ello veremos cuáles son las distintas tendencias y la predominancia de cada una de ellas en distintos períodos, centrándonos en dos estudios empíricos que analizan la situación desde dos perspectivas diferentes pero complementarias: el primero desde la perspectiva del intérprete profesional, y el otro desde la perspectiva del médico. Como ya comentábamos en la introducción, a pesar de tratarse de dos estudios poco recientes, hemos estimado oportuno incluirlos por tratarse de los pocos estudios experimentales realizados en el ámbito de la especialización del intérprete. Por otra parte, dada la escasez de estudios sobre el grado de especialización, no contamos con otros estudios más modernos que ilustren la situación con la misma precisión y rigor.

Cabe destacar igualmente que el formato del estudio, el material utilizado y algunas de las preguntas expuestas en estos estudios han influido e inspirado una parte de nuestro estudio exploratorio descrito en la segunda parte.

El segundo apartado del presente capítulo expone los distintos procesos y fases de preparación y documentación que suele desarrollar el intérprete especializado, así como la “disyuntiva” existente entre la preparación terminológica y la conceptual. Hablamos de “disyuntiva” ya que, tanto en la bibliografía como en la cotidianidad de la profesión, hallamos comentarios relativos a qué tipo de preparación se revela más adecuada para el intérprete especializado, y si es siempre posible acometer un trabajo de preparación óptimo que englobe tanto el conocimiento de los términos como de los conceptos de un campo determinado.

### **3.1. El papel del intérprete especializado: especialista versus generalista**

Para analizar este aspecto, partiremos de una paradoja muy debatida en el mundo de la interpretación: el hecho de que los especialistas necesiten de personas no especialistas para poder comunicarse entre sí sobre temas especializados. Ciertamente, esto es lo que suele ocurrir en la mayoría de los acontecimientos especializados multilingües: el intérprete es llamado para hacer de intermediario entre personas que comparten un alto grado de conocimiento especializado, por lo general bastante superior al suyo, y conseguir que unas y otras accedan a la información transmitida. A pesar de su superioridad de conocimientos, los expertos dependen del intérprete al no poder comunicarse entre sí a causa de la falta de conocimiento lingüístico:

The cognitive knowledge of the participants is greater than that of the interpreter, but the former are incapable of communicating this conceptual knowledge due to lack of linguistic knowledge. Understanding the concepts is much more difficult for the interpreter as receiver of the speaker's message than it is for the specialised listeners or participants, as receivers of the interpreter's message and yet the interpreter must convey these concepts as though s/he possessed the same cognitive knowledge as the speaker

(Abril y Ortiz 1998: 354)



Esta dependencia total o parcial, según los casos, del intermediario lingüístico por parte del experto trae consigo la participación del intérprete en la propagación del conocimiento científico, como bien apuntaba en su día Nekrassoff al referirse precisamente del campo de la medicina:

Il arrive que les médecins – sans parler des profanes – ne s’entendent pas sur la définition des termes. Le traducteur joue un rôle de premier plan dans la communication et la vulgarisation des découvertes médicales. À ce titre, il participe au progrès de la médecine

(Nekrassoff 1977: 105)

La pregunta que se plantean tanto intérpretes como expertos es si un intérprete no especialista en un ámbito determinado es capaz de acometer con éxito un trabajo de interpretación en ese ámbito. Hay autores que sostienen que sólo un especialista puede interpretar discursos de su especialidad, aunque ésta no es la visión más frecuente en los círculos de traducción e interpretación profesionales, en los que se suele compartir la idea de que, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones y se respeten unas pautas de preparación y documentación controladas, los intérpretes no especialistas pueden interpretar material especializado de una forma satisfactoria (Martin 2002).

### **3.1.1. Tendencias existentes sobre el nivel de especialización del intérprete**

En esta línea, a lo largo de la bibliografía consultada observamos que existen básicamente cinco vertientes:

- La que aboga por el papel generalista del intérprete.
- La que defiende la especialización del intérprete.
- La “vertiente mixta”, que opina que el intérprete debe especializarse en un campo sin dejar de trabajar en todos los demás.
- La que considera que los especialistas en un determinado ámbito se encuentran en una mejor posición para realizar ellos mismos los encargos de traducción y de interpretación.

- La que aboga por la colaboración de los intérpretes con los especialistas de un determinado campo del saber.

A continuación, analizaremos cada una de las cinco vertientes a través de un recorrido cronológico para ver cómo han ido evolucionando las distintas posturas a lo largo del desarrollo de la disciplina de la interpretación y si se han producido cambios significativos en la concepción de la especialización del intérprete. Las dos primeras son las corrientes más debatidas a lo largo de la bibliografía consultada y la que tienen un mayor peso en el estudio del grado de especialización, por lo que su análisis se revela más extenso que el de las tres vertientes restantes.

### **Primera vertiente: el intérprete como generalista**

En los años 50, Herbert (1952), uno de los autores más importantes en la teoría de la interpretación, fue uno de los primeros en introducir la disyuntiva relativa al grado de especialización del intérprete. Este autor considera que el intérprete debe poseer un conocimiento enciclopédico de numerosas disciplinas, pero advierte, a su vez de la importancia de conocer profundamente el tema debatido para no incurrir en errores de interpretación. No obstante, Herbert es igualmente consciente de las ventajas que supone la especialización, y afirma que aquél que sea médico, ingeniero, etc. más o menos especializado y conozca la terminología técnica de su profesión en varias lenguas posiblemente tenga más ofertas para trabajar en congresos que traten estos campos, y sea ocasionalmente un buen intérprete.

La postura de Herbert en cuanto al conocimiento del intérprete en muchas materias es la predominante en las siguientes décadas. Así, Seleskovitch (1968), firme defensora de la *théorie du sens*, cree que el intérprete generalista debe comprender perfectamente el mensaje para interpretar, pero para ello no necesita tener el conocimiento de un especialista, y afirma que la especialización es realmente difícil dado que en los congresos los participantes se reúnen para discutir aspectos muy concretos de su especialización, por lo que el intérprete tendría que ser un especialista en un área sumamente limitada.

Sin embargo, ya preveía que en el futuro el intérprete tal vez dejara de ser un generalista capacitado, dispuesto a trabajar en cualquier área del saber, ya que la distancia entre su conocimiento y el del especialista se habrá expandido tanto que no será capaz de entender nada. Especializarse debería ser, llegado el momento, no que el intérprete se convierta en un experto en determinadas disciplinas, sino que adquiriera más conocimientos de manera sistemática en las mismas, de modo que sea un especialista tanto en las técnicas de interpretación como en ciertas áreas temáticas.

Más adelante, en la década de los 60, 70 y 80 la situación no cambia demasiado, ya que se sigue apoyando básicamente la corriente generalista (Nilski 1969; Lochner 1976; Watson 1982; Kopczynski 1986). Las reflexiones de Henderson (1982) son ilustradoras de la creencia generalizada en esta época, ya que afirma que un intérprete de conferencias debe tener un conocimiento superficial de muchos temas y que es, en cierto modo, un *Jack of all trades and master of none*<sup>1</sup>.

En esta época Cartellieri (1983) llama la atención sobre el hecho de que algunas personas ya empiezan a plantearse que los intérpretes y traductores deberían trabajar únicamente con temas en los que posean una comprensión y conocimiento suficientes, y añade que, aunque esta idea es correcta en principio, no se puede pretender que el intérprete tenga que entender todo lo que interpreta, sino que debe ser capaz de introducirse en cualquier tema en unos dos o tres días a través de una preparación y documentación adecuadas a las exigencias del encargo de trabajo, sin olvidar que los conocimientos que el intérprete adquiriera en estos días previos al congreso no dejarán de ser reducidos, y se limitarán a la temática de ese congreso en particular.

En esta época, aunque la tendencia general sigue defendiendo el papel generalista, ya se vislumbran los primeros comentarios sólidos que apuntan a la especialización del intérprete. Así, Romer (1985), aunque opina que “les interprètes qui ont plus d’une corde à leur arc sont parmi les plus recherchés”, señala que muchos intérpretes de la época ya

---

<sup>1</sup> “*Jack of all trades and masters of none*” sirve para denominar a alguien que sabe un poco de todo y mucho de nada.

comienzan a cursar estudios en ámbitos especializados y que, de la misma manera, los especialistas en determinados campos del saber con conocimientos en una o más lenguas extranjeras trabajan a menudo como intérpretes de conferencias.

En la década de los 90, la opinión generalizada sigue siendo que el intérprete debe ser capaz de trabajar en ámbitos muy diversos y no limitarse a determinadas áreas. De esta manera, Martin y Jiménez (1998) continúan defendiendo que es posible que un no especialista facilite la comunicación entre expertos, pero señalan que el conocimiento del intérprete es menor que el de los participantes, y que comprender los conceptos resulta mucho más complicado para el intérprete como receptor del mensaje que para los participantes especialistas; sin embargo, el intérprete debe conseguir transmitir estos conceptos como si tuviera el mismo conocimiento que el orador e “imitarlo” en cierto modo.

En la misma línea, Collados (1998) plantea que, aunque el intérprete no experto no forme parte de la diacultura de los participantes del congreso, con una buena preparación puede hacer frente a una labor comunicativa que, sin las diferencias lingüísticas, no plantearía excesivos problemas culturales a los interlocutores (*cf. infra* § 3.2).

Al hablar del campo de los congresos médicos en particular, Viaggio afirma que el traductor y el intérprete sólo necesitan tener un conocimiento superficial y que no es necesario que posean los mismos conocimientos que el médico. En cuanto a la cuestión de si sería preferible enseñar a traducir al médico especialista, en lugar de enseñar al traductor medicina, las palabras de Viaggio son bastante significativas:

The argument goes that one thing is to teach a surgeon to translate and quite another to teach a translator to operate. Viewed this way, translation, even successful translation, looks much easier than medicine. The fallacy is that by teaching a physician to translate, we are not doing the equivalent of teaching a translator to operate, but of teaching him to treat a wound or mend a bone; and that is something men have been doing for time immemorial without any need for literacy. Sure enough, most translations can be accomplished by superficially qualified practitioners, exactly the same way most colds can be treated by a nurse. Now it is definitely not so difficult to turn a translator into a nurse; easier, perhaps, than making a translator out of a neurosurgeon

(Viaggio 1992: 312)

En estas cinco décadas, una de las causas principales que argumentan los intérpretes para oponerse a la especialización es el factor económico. Son varios los autores que creen que es económicamente imposible especializarse (Lederer 1973; Lochner 1976; Martín y Jiménez 1998; Martín 2002) ya que son muy pocos los intérpretes especializados que reciben ofertas periódicas en un área limitada.

Keiser (1984, cit. en Schweda-Nicholson 1989a), que comparte esta misma opinión, introduce una idea adicional. Considera que, si bien la idea de especializarse podría ser buena, existen muy pocas organizaciones especializadas que permitan que un traductor o intérprete pueda vivir únicamente de sus conocimientos especializados en una determinada materia. La especialización sería una adquisición complementaria que no debería hacerse en detrimento de la adaptabilidad a todo tipo de ámbitos que se tratan en los congresos.

Por último, los autores que defienden que el intérprete no tiene por qué especializarse (Kopczynski 1976; Nilski 1969; Seleskovitch 1968) opinan que un intérprete competente ya es un especialista de la lengua y que, en este ámbito, el intérprete es superior a los participantes de los congresos internacionales.

En definitiva, observamos a lo largo de este breve análisis cronológico el predominio de la corriente generalista a lo largo de la historia de la interpretación. A continuación, veremos cómo se han ido introduciendo paulatinamente otras tendencias que defienden la especialización del intérprete.

### **Segunda vertiente: el intérprete como especialista en un determinado campo del saber**

El grupo de los partidarios de la especialización es bastante más reducido. En este subapartado volveremos a realizar un recorrido por las distintas décadas para observar la progresión de las ideas existentes.

En los años 60, Longley (1968), al reflexionar sobre la situación de la profesión en el futuro, pone de manifiesto el aumento futuro del número de intérpretes especializados,

afirmando que los mejores intérpretes son cada vez más conscientes de las limitaciones de la versatilidad de trabajar en todos los campos, y comienzan a mirar el día en que la especialización temática pase a formar parte de su sistema acreditativo. Su pronóstico se cumplió sólo en parte, ya que, si bien el número de intérpretes especializados ha aumentado con los años, sigue habiendo un grupo mayoritario de intérpretes generalistas.

En la década de los 70, Nefrassoff (1977), al referirse a la traducción en el campo de la medicina, subraya la importancia de que el traductor tenga no sólo conocimientos en las lenguas origen y meta, sino también una formación sólida en medicina, y afirma que el individuo con una formación en lenguas y en el ámbito de las ciencias médicas desempeña un papel fundamental en la diseminación pronta y correcta del conocimiento médico. Por otro lado, pone de manifiesto que las dificultades terminológicas han llevado a los traductores a limitar su trabajo a un ámbito científico y que la medicina representa uno de estos ámbitos, que, a su vez, se subdivide en áreas e incluso estas áreas se dividen en subespecialidades.

En la década de los 80, y especialmente en los 90, se observa un auge de la corriente especialista (Schweda-Nicholson 1989a; Feldweg 1990; Moser-Mercer 1992). Para ilustrar la evolución de las posturas sobre el tema de la especialización, nos centraremos en las reflexiones de Feldweg, quien aboga claramente por la especialización apoyándose en argumentos bastante sólidos y novedosos. La autora compara la situación cuando empezó a trabajar como intérprete en los años 50 con la situación predominante en los 90, y confirma la afirmación de Herbert (1952) sobre el papel generalista del intérprete en la década de los 50:

When I joined the ranks of conference interpreters about thirty-five years ago, we were told by our teachers and senior colleagues that we all had to be generalists, with a good well-rounded education and with encyclopaedic knowledge. That was what we were supposed to strive for through a sound formal education, perpetual curiosity and life-long learning. Subject specialization among conference interpreters was a non-subject

(Feldweg 1990: 161)

Feldweg cree que la respuesta a la polémica en cuanto al tema de la especialización hay que buscarla en la “juventud” de la profesión, ya que lo que ocurre es una repetición de

lo que pasó en otras profesiones hace años o siglos. Según la autora, en 1990, en Europa prevalecía la noción de que los intérpretes *freelance* deben ser generalistas que, con una buena dosis de preparación, son capaces de realizar cualquier encargo, independientemente de su grado de especialización. Sin embargo, indica que la realidad está destruyendo esta concepción, y subraya la complejidad creciente del panorama internacional, la mayor especialización de los clientes y la aparición de nuevas disciplinas.

La autora introduce los conceptos de especialización negativa y especialización positiva. La primera es la que se expresa diciendo, por ejemplo, “nunca aceptaría un encargo de química”, lo que constituye una manera de decir “no me siento propiamente cualificado para hacer ese tipo de trabajo”. La especialización positiva la considera más difícil de definir. Puede significar que sólo se acepta un determinado tipo de encargo, que se acepta principalmente un determinado tipo de encargo o que se prefiere hacer un determinado tipo de encargo. La especialización se adquiriría a través de la educación formal o de la experiencia laboral.

Al centrarse en la interpretación en el campo de la medicina, Feldweg declara que la profesión médica es una profesión establecida, y la gente sabe muy bien a dónde acudir para encontrar a la persona propiamente cualificada. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los intérpretes de congresos especializados, de los que se tiene una idea bastante vaga, por lo que los organizadores de congresos se lamentan frecuentemente de que son difíciles de encontrar. De esta manera, Feldweg da por hecho que existe una creciente demanda de intérpretes especializados, pero señala que es difícil ver cómo esta demanda se puede manifestar para que proporcione un incentivo al lado de la oferta. Su teoría es que, mientras no haya un incentivo para los proveedores potenciales de servicios especializados, no habrá más oferta para generar demanda. En primer lugar, propone que se reconozca que existen intérpretes que poseen una especialización, lo cual no se puede mantener en secreto, sino más bien decirlo abiertamente en beneficio del cliente que puede necesitar precisamente esos conocimientos especializados. En segundo lugar, advierte de que son las fuerzas del mercado las que deben decidir qué especialidad es la que más oportunidades ofrece.

De esta manera, sugiere que se revisen dos dogmas principales:

- que los generalistas pueden hacerlo todo siempre que se preparen adecuadamente.
- que cuando se trabaja en el mismo equipo, todos hacen el mismo trabajo y merecen la misma remuneración. El motivo que Feldweg alega para la revisión de este segundo dogma es que el intérprete especializado que ha invertido tiempo, esfuerzo y dinero en adquirir dicha especialización debería obtener una recompensa mayor que aquel que no se ha especializado.

No obstante, a pesar de defender la especialización, Feldweg no es partidaria de que el intérprete se limite únicamente a una especialidad, ya que, dada la complejidad de los congresos actuales y el enfoque multidisciplinar de los contenidos, el intérprete necesita adquirir conocimientos en disciplinas afines y complementarias.

### **Tercera vertiente: el intérprete como especialista en un determinado campo del saber, pero que también trabaja en otros campos**

Es la corriente que incluye a aquellos intérpretes que se plantean la posibilidad de que los expertos lingüísticos e intérpretes de conferencias adquieran un conocimiento técnico profundo en un campo determinado (Lederer 1981; Paneth 1962), sin rechazar encargos en otros congresos de temática diferente.

### **Cuarta vertiente: el especialista en un determinado campo del saber que trabaja como intérprete**

En contraposición a la tercera vertiente, algunos intérpretes han especulado sobre si tiene más sentido formar en interpretación a los especialistas en un determinado ámbito (médicos, bioquímicos, etc.) con un dominio casi perfecto de lenguas extranjeras (Kopczynski 1976; Van Slype *et al.* 1983).



### **Quinta vertiente: la colaboración entre los intérpretes y los especialistas en un determinado campo del saber**

Al referirse específicamente al ámbito de la medicina, Gile (1986b) señala las ventajas que supone la colaboración entre el traductor y el especialista en medicina, ya que el traductor que no cuenta con la ayuda de ningún especialista podría encontrarse con determinados problemas cognitivos y terminológicos:

Etant donné l'infériorité cognitive du traducteur par rapport à l'auteur du texte spécialisé qu'il traduit, sa compréhension de l'énoncé est inférieure à celle du spécialiste, ce qui peut se manifester par des termes incompris ou mal compris, ainsi que par l'incapacité d'interpréter ou une interprétation erronée de certains liens logiques ou fonctionnels que l'énoncé linguistique ne précise pas de manière univoque. En outre, le traducteur qui ne possède pas la matière dans laquelle se situe le texte ne possède en règle générale que fragmentairement le vocabulaire et les structures linguistiques qui y correspondent, ce qui pose des problèmes de réexpression lors de la deuxième phase de la traduction

El autor subraya que descifrar y volver a expresar un texto médico exige, por lo general, poseer conocimientos bastante amplios, y entiende por qué muchos autores piensan que únicamente los médicos pueden traducir correctamente un texto médico. Por otra parte, la proliferación del léxico médico ha dado lugar a la publicación de muchos diccionarios enciclopédicos, también destinados a los médicos, en los que se encuentran los conceptos fundamentales, pero los términos compuestos por estos conceptos fundamentales y modificadores, que los médicos comprenden fácilmente gracias a su saber especializado, sólo figuran parcialmente. Para el profano, estos conceptos no siempre resultan comprensibles, y cuando lo son, suele faltar el conocimiento de los términos idiomáticos equivalentes en la lengua meta.

Sin embargo, el mismo Gile se pregunta si basta con ser médico y conocer la lengua origen para traducir textos médicos hacia la lengua materna, ya que, teniendo en cuenta que la parte de la reexpresión es tan importante como la de la comprensión del texto origen, el médico puede encontrarse con problemas ajenos a su especialización, debido a la falta de dominio de las destrezas traductorales requeridas. En la fase de la reexpresión, el traductor debe redactar un texto claro y comprensible que sea fiel al texto origen sin estar

contaminado por la lengua origen. La experiencia le lleva a decir que en general tan sólo los traductores profesionales son capaces de ello; los no profesionales, incluidos aquellos traductores ocasionales que dominan bien la lengua origen en otras circunstancias, tienden a traducir literalmente, lo que hace que el texto sea poco elegante, en el mejor de los casos, y a veces incomprensible. De hecho, los traductores no profesionales temen alejarse del sentido utilizando estructuras lingüísticas distintas de las del texto origen.

En estas condiciones, Gile opina que la solución más lógica consiste en aunar las dos competencias, lo cual se traduciría en tres fórmulas básicas:

- El médico-traductor, es decir, aquellos médicos que se han convertido en traductores, y aquellos médicos que hacen las dos carreras a la vez. Estos profesionales son escasos y sumamente valiosos. Dados sus conocimientos, no se enfrentan a los problemas de traducción y redacción citados anteriormente.
- El médico-traductor ocasional, que considera la traducción como una actividad ocasional complementaria. En general, estos médicos no dominan el método y no siempre son buenos redactores. Suelen trabajar para intermediarios o agencias de traducción que deben revisar a fondo su trabajo para convertir una traducción mediocre en un texto de calidad, y la revisión suele ser una tarea tan ardua como la traducción.
- La colaboración entre médicos y traductores. Otro método consiste en que el traductor busque el apoyo de médicos para los problemas de comprensión y de reexpresión. El traductor lee el texto origen, detecta los problemas y pide consejo al médico sobre el significado de los términos y su redacción en la lengua meta.

### 3.1.2. Estudios sobre el nivel de especialización del intérprete

There has long been much discussion in the interpretation field as to whether interpreters should be generalists or specialists

(Schweda-Nicholson 1989a: 67)

Existen pocos estudios experimentales o empíricos que analicen el grado de especialización del intérprete. De este modo, hemos dedicado un subapartado a dos estudios que examinan la cuestión de la especialización del intérprete: el estudio de Nancy Schweda-Nicholson (1989a, 1989b), que analiza la situación desde la perspectiva de los propios intérpretes, y el estudio de Marla O'Neill (1988), quien dirige su estudio a los médicos que recurren con frecuencia a los servicios de interpretación. Hemos elegido estos dos estudios por considerar que ilustran la situación descrita en el presente apartado y por ofrecer una visión general que aúna dos perspectivas complementarias: la del intérprete y la del médico acostumbrado a trabajar con él.

Hasta el momento hemos ido analizando las tendencias existentes sobre el nivel de especialización del intérprete a través de un recorrido cronológico en el que hemos examinado la evolución de este aspecto a lo largo de la bibliografía. No obstante, en el apartado que nos ocupa presentaremos los dos estudios mencionados en la introducción sin orden cronológico, ya que, siguiendo una vez más nuestro esquema piramidal, si bien el estudio de O'Neill es más antiguo que el de Schweda-Nicholson, este último analiza la especialización sin limitarse a un campo determinado, mientras que el de O'Neill se centra en el campo de la medicina. Se trata de volver a ir de los aspectos más generales a los más específicos.

Cabe destacar que el material utilizado en estos estudios, así como la organización de las preguntas, ha condicionado el trabajo exploratorio que describiremos en la segunda parte, por lo que hemos tenido a bien detenernos y analizar cada uno de los aspectos analizados en ambos estudios.

**Schweda-Nicholson (1989)**

En 1989, Schweda-Nicholson decidió llevar a cabo un estudio retrospectivo sobre la polémica cuestión del nivel de especialización del intérprete en respuesta a la carencia de los trabajos experimentales o empíricos realizados hasta la fecha. El estudio lo realizó en dos fases: en la primera fase distribuyó un cuestionario entre intérpretes en plantilla de las Naciones Unidas (encuesta A, 1989a) y en una segunda fase encuestó a intérpretes *freelance* de los Estados Unidos (encuesta B, 1989b). Su estudio le permitió extraer conclusiones sobre la dicotomía generalista/especialista y sobre el futuro de la especialización del intérprete, así como realizar un estudio contrastivo entre los resultados del cuestionario A con los del cuestionario B.

Las dos encuestas se dividen en las mismas secciones:

- Sección I: datos personales (edad, nacionalidad, años de experiencia como intérpretes, porcentaje de tiempo dedicado a la interpretación simultánea, consecutiva u otras, nivel de estudios, formación institucional, afiliación a asociaciones profesionales, lenguas de trabajo).
- Sección II: dicotomía generalista/especialista.
- Sección III: especulaciones sobre la situación de la interpretación en el futuro.
- Sección IV: conclusiones.

**Sección I.** El perfil más común del intérprete en plantilla de la ONU es el siguiente: intérprete entre 31 y 45 años, de diversas nacionalidades, con menos de cinco años de experiencia, con la interpretación simultánea como modalidad principal, no afiliado en la mayoría de los casos a ninguna asociación profesional, y que tiene como lenguas de trabajo principales el inglés, el francés y el español (seguidas del ruso, chino y árabe).

Por otra parte, el perfil más común del intérprete *freelance* es el siguiente: intérprete entre 30 y 60 años, con unos 20 años de experiencia (en algunos casos más), trabaja fundamentalmente con interpretación simultánea, consecutiva y bilateral, tiene algún tipo

de formación académica, pertenece a una organización profesional y sus principales lenguas de trabajo son el inglés, el francés y el español.

**Sección II.** Los resultados de la segunda sección varían. Los intérpretes de la ONU, si bien deben ser capaces de interpretar temas de índole muy diversa, es decir, ser un generalista, para poder enfrentarse con los numerosos tipos de encargos que reciben diariamente, trabajan en una gama más reducida de temas que los *freelance*. Schweda-Nicholson plantea incluso la cuestión de si los intérpretes de la ONU son ya especialistas en cierto modo, es decir, especialistas en los temas de la ONU.

La mayoría de los intérpretes de la ONU respondió que la especialización no es imperativa para garantizar una interpretación de calidad; otros respondieron que, si bien la especialización constituye en principio una baza para mejorar la calidad de la interpretación, en la práctica es poco factible. De este modo, los intérpretes de la ONU afirman no especializarse en un tema concreto, y los que sí lo hacen destacan la economía y la política como campos de especialización principales. Sin embargo, cabe observar en las respuestas una cierta paradoja, ya que, si bien los partidarios de la tendencia generalista constituyen una mayoría (60%), es sorprendente que casi el 40% cree que la especialización es imperativa, aunque ellos mismos sean intérpretes generalistas.

En el cuestionario B, los resultados son diferentes dado que los sujetos son intérpretes *freelance*. La mayoría de ellos están a favor de ser generalistas, afirmando que de este modo se trabaja más a menudo que cuando se está especializado en un determinado tema.

En el estudio de Schweda-Nicholson también se trata el tema de la documentación (*cf. infra* § 3.2.1.). Resulta interesante que tanto los intérpretes en plantilla como los *freelance* declaran que, con una documentación y preparación adecuadas, aceptarían encargos de interpretación en todas las disciplinas. Sin embargo, algunos mencionaron precisamente la medicina como un tema en el que no suelen aceptar encargos, principalmente por su naturaleza sumamente técnica.

**Sección III.** En esta sección se pedía a los intérpretes que especularan sobre la preparación y las necesidades de intérpretes en el futuro, y sobre las tendencias laborales dentro de la profesión. La mayoría de los intérpretes de la ONU aconsejó a los futuros intérpretes que fueran generalistas, aunque muchos enumeraron áreas en las que la especialización se revela interesante (economía, derecho, informática, finanzas y relaciones internacionales). Otros opinan que al principio el intérprete debe ser generalista para con los años ir adquiriendo un cierto nivel de especialización en un campo determinado.

En cuanto a los intérpretes *freelance*, éstos subrayan como posibles campos de especialización el derecho, la economía, la medicina, las finanzas y la informática, seguidas de la publicidad, la energía, el ámbito militar, la agricultura, la aviación, el desempleo y la física. Sin embargo, como consejo a los futuros intérpretes, la mayoría afirmó que no deben especializarse al principio, en todo caso, más tarde, cuando ya hayan adquirido una experiencia sólida.

**Sección IV.** Para concluir, algunos comentarios interesantes emitidos por los intérpretes de la ONU fueron los siguientes:

“Junto con un conocimiento general continuo, la especialización está a la orden del día”.

“Especializarse está bien, pero se consigue mediante el trabajo diario”.

“Una buena técnica y método de trabajo son más importantes que cualquier otra cosa para un intérprete”.

“Los intérpretes especializados pueden interpretar temas generales, pero no al revés”.

“El principio básico es que un intérprete no puede interpretar lo que no comprende”.

En cuanto a los intérpretes *freelance*, varios de sus comentarios se pueden resumir en esta frase:

“Lo que es importante es el conocimiento y la comprensión generales, no la información en un ámbito o ámbitos determinados”

Hemos incluido el estudio de Schweda-Nicholson por ser uno de los pocos que se han realizado sobre la dicotomía del intérprete especialista/generalista. No obstante, cabe destacar que sus resultados no son extrapolables a otros contextos profesionales ni a otros colectivos de intérpretes dado que los sujetos representan una población de estudio

sumamente limitada (fracción de intérpretes de las Naciones Unidas e intérpretes *freelance* miembros de AIIC ubicados en los Estados Unidos).

### **Marla O'Neill (1988)**

Marla O'Neill (1988), experta en medicina, realizó un estudio empírico a través de cuestionarios dirigido a expertos del ámbito de la medicina, traductores y revisores para conocer sus opiniones respecto a la pregunta que nos interesa en el presente trabajo, es decir, si las traducciones las deberían realizar los traductores o los médicos. Su estudio experimental nos resulta especialmente interesante por tratar el tema de la especialización fundamentalmente desde la perspectiva de los médicos. Por otra parte, cabe destacar los comentarios procedentes de personalidades muy diversas relacionadas con el ámbito médico que opinan sobre la traducción de documentos especializados.

Entre estos comentarios, se pueden hallar posturas a favor y en contra de la especialización del traductor, pero lo que sí predomina es la creencia de que el traductor debería contar con amplios conocimientos en medicina como requisito mínimo, y son varios los que abogan por una especialización del mismo. Si bien su estudio se centra en la traducción, los resultados son extrapolables al campo de la interpretación.

O'Neill describe las ventajas que presenta el médico sobre el traductor no especializado. Afirma que hay muchos términos médicos específicos que se han ido desarrollando a lo largo de los siglos para describir una enfermedad, medicamento o dosis con tanta precisión que cualquier médico que oiga o lea la descripción entiende perfectamente lo que significa. Por otra parte, hay también conocimientos implícitos que subyacen detrás de las palabras.

For instance, steps or conditions in an operation – a physician knows what is involved because her anatomic knowledge allows her to form a complete mental picture of the operation from a brief description; there's no way that a non-physician translator can understand the implicit information. Generally speaking, the non-physician isn't aware of it at all

(O'Neill: 70)

La autora menciona los errores de contenido que a veces cometen los traductores y las consecuencias tan graves que pueden llegar a tener. No obstante, si bien los traductores fallan en cuanto a la comprensión y reexpresión del contenido, coincide con Gile (1986) al afirmar que los médicos se encuentran con problemas de precisión lingüística y, curiosamente, con obstáculos terminológicos, derivados de la falta de dominio de las destrezas traductoras.

Even physicians who translate have difficulty consistently maintaining an appropriate register and must verify specific terminology. However, the fact of the matter is that there are relatively few medical professionals doing translation work, and the vast majority of medical translation is being done by linguists who have developed some degree of medical knowledge. How are they able to do this and are they turning out credible work?

(O'Neill: 71)

Algunos encuestados declaran que los traductores con conocimientos en medicina son mejores a la hora de traducir que los médicos con conocimientos en lenguas extranjeras:

Although there are obviously translators who write badly, in general their livelihood depends partly on their writing ability, in contrast to that of physicians. Many physicians, even those writing in their mother tongue, need heavy editing; translators, one would hope, require only a light hand. Most medical journals provide neither, as far as I can see. If translated articles (especially in English) are to fulfil their primary purpose of providing useful scientific information to physicians throughout the world, they need content but they also need concise, clear communication. I think that is most likely to come from professional translators

(Jo Ann Cahn<sup>2</sup>, cit. en O'Neill: 73)

Por el contrario, otros encuestados son partidarios de la especialización del traductor. Así, Mary O'Neill (presidenta de una agencia en Estados Unidos) opina que el traductor debería ser un especialista en la materia:

I would be really hard put to choose between a qualified linguist and a qualified physician, because if they both are qualified, theoretically they should be able to do the same job. I do think we should place a lot of stress on technical qualifications, however, because linguistic skills are the base and technical skills are the superstructure and it is much harder to find the superstructure. Finding qualified technical translators is a much harder challenge than

---

<sup>2</sup> Traductora-médico de París que revisa trabajos escritos por médicos para su publicación.



finding good customers. Translator training should be at the graduate level and should build on a four-year program of technical skill

(Mary O'Neill, cit. en O'Neill: 75)

Hay incluso algunos encuestados que opinan que ni un médico ni un lingüista con conocimientos médicos son capaces de realizar un buen trabajo de traducción médica; no obstante, al sopesar los puntos débiles y fuertes de ambas partes, lo ideal sería que el profesional médico que tradujera fuera revisado por un lingüista, y que el lingüista que traduzca textos médicos sea revisado por un profesional médico.

Teniendo en cuenta todos estos factores, O'Neill plantea la cuestión de si hay alguna manera de realizar una buena traducción médica. Tras reflexionar sobre el tema, la autora se da cuenta de que lo que hacen los traductores es simplemente pretender que son el neurólogo o el ingeniero que escribió el texto, es decir, hacen como si tuvieran los mismos conocimientos que el experto, e incluso cuando tienen la suerte de traducir un texto de su especialidad, también adoptan conscientemente el estilo y las convenciones apropiadas para el tema y los receptores. Para ilustrar esta constatación, uno de los traductores encuestados, al responder cómo ha desarrollado su registro médico, declara: *"Faking it mostly"*.

O'Neill llegó a la conclusión de que, además de imitar al especialista, el traductor debe llevar a cabo un trabajo de investigación y documentación exhaustivo (*cf. infra* § 3.2.):

Research is the key to success in medical translation. Medicine is so highly compartmentalized that, for example, my background in surgery and emergency medicine offers little help when I'm faced with a dermatology translation. So research is crucial, even for a physician doing medical translations. And when I do my research, I'm looking both for terminology and for style

(O'Neill: 76)

Al igual que sucedía con el estudio de Schweda-Nicholson, el estudio de O'Neill no es representativo de toda la comunidad médica. No obstante, es uno de los pocos estudios que se ha realizado conjuntamente entre profesionales del ámbito médico y de la traducción sobre el nivel de especialización del traductor de documentos médicos.

Como conclusión de este apartado, cabe destacar la imposibilidad de poseer un conocimiento especializado y sofisticado en todas las áreas temáticas que se tratan en los congresos y reuniones internacionales. La postura predominante es, pues, aquella que aboga por el papel del intérprete generalista, si bien ya son más los que opinan que es conveniente que el intérprete esté especializado en un determinado ámbito aunque acepte encargos de interpretación en campos diversos aparte de aquel en el que se ha especializado.

Tras considerar estos comentarios, nuestra hipótesis es que el intérprete que trabaje con frecuencia en reuniones médicas no tiene por qué ser médico para llevar a cabo una excelente labor de interpretación, siempre y cuando respete las fases de preparación y documentación que exija la reunión (*cf. infra* § 3.2). Como bien dicen Martín y Jiménez:

We are not alone in believing that, given certain conditions, non-specialists can deal with specialized material in a fairly successful way (Seleskovitch, Lederer, Gile, etc.). This conclusion has been borne out by our own professional experience together with that of colleagues, and has been demonstrated experimentally (Gile, 1985). One of the reasons it is possible may be due to the fact that it is more feasible for the interpreter, through preparation to acquire enough specialist knowledge to allow communication between specialists to take place than it is for the specialist to acquire competence in simultaneous interpretation”

(Martín y Jiménez 1998: 354)

Uno de los objetivos de nuestro estudio exploratorio (*cf. infra* Segunda Parte) es efectivamente corroborar esta hipótesis y averiguar qué grado de especialización se le exige al intérprete de discursos médicos, tanto desde la perspectiva del intérprete profesional como del médico usuario de la interpretación.

### 3.2. La preparación del intérprete especializado

Il n'en reste pas moins que les interprètes n'auront jamais les mêmes connaissances que les orateurs et ne pourront connaître tous les mots susceptibles d'être utilisés en conférence. Le problème fondamental restera donc le même, et les interprètes devront continuer à s'appuyer sur un travail de préparation fondé sur les documents (sur papier ou autres) pour travailler dans les meilleures conditions

(Gile 1986a: 36)

La mayor parte de la bibliografía consultada sobre interpretación de discursos de medicina se centra en la importancia de la preparación del intérprete, por lo que se trata de uno de los temas que más han interesado a los distintos autores, investigadores y docentes en el campo de la interpretación médica (Altman 1984; Quicheron 1984; Gile 1985, 1986a; O'Neill 1988; Martin y Padilla 1989; Loose 1989; Meak 1990; Gallardo *et al.* 1992; Rouleau 1993a; Lederer 1994; Feraz 1998; Abrily Ortiz 1998; Vankecke 1998; Jiménez 1998; Lynch 1998, Padilla 1998).

En este apartado, analizaremos las fuentes documentales y las fases y procedimientos de preparación de los acontecimientos especializados en general. La preparación de una reunión médica se realizaría prácticamente del mismo modo que la de otro tipo de reunión especializada; de este modo, no dedicaremos ningún apartado específico a la preparación en el campo de la medicina por considerar que el análisis de las fuentes documentales y del procedimiento de preparación se aplica del mismo modo a la interpretación en este ámbito.

### **3.2.1. Las fuentes documentales**

La documentación tiene como objeto de estudio la gestión eficiente del conocimiento social para ponerlo a disposición de un determinado colectivo de usuarios o de la humanidad con el objetivo de permitir y facilitar el proceso de obtención de nuevos conocimientos, es decir, la documentación se encarga de dirigir, canalizar racional, epistemológica, creativa y exhaustivamente la producción, distribución y consumo del conocimiento en todas sus formas (Codina 1997: 23). Para conseguir esta gestión eficaz, la Documentación ha desarrollado instrumentos intelectuales, métodos y técnicas para diseñar e implementar sistemas de información y documentación cada vez más complejos.

El conocimiento y uso de las fuentes de información son herramientas esenciales en el proceso de interpretación. El término “fuente” tomado en sentido amplio puede nombrarse cualquier material o producto, ya sea original o elaborado, que tenga potencialidad para aportar noticias o informaciones o que pueda usarse como testimonio para acceder al conocimiento (Torres 2002).

Al referirse a la documentación aplicada a la interpretación, Altman opina que la documentación, en un sentido amplio de la palabra, no es un proceso que empiece inmediatamente antes de un determinado congreso, sino que comienza mucho antes, y considera que documentarse incluye cualquier proceso que contribuya a la preparación del intérprete y que condicione e influya positivamente en su trabajo:

One can often draw upon knowledge assimilated before the career of interpreter was ever embarked on, and, similarly, upon information absorbed whilst exercising the profession but in a context quite different from that of the latest conference

(Altman 1984)

En traducción e interpretación, las fuentes se suelen clasificar atendiendo a la información que proporcionan: las fuentes de información directa o inmediata serían aquellas que proporcionan la información directamente sin necesidad de recurrir a otra fuente, y las fuentes de información indirecta o diferida serían aquellas que no proporcionan directamente la información sino la descripción de los documentos susceptibles de contenerla. Dentro de las fuentes de información directa, se destacan las obras lexicográficas, entre las que se encuentran los diccionarios normativos y descriptivos, monolingües, bilingües o multilingües, los diccionarios especializados, los de usos y dudas, los de sinónimos, y las enciclopedias.

En la línea de la importancia del conocimiento del lenguaje médico, cabe destacar la relevancia de las fuentes terminológicas, como diccionarios generales de ciencia y técnica, diccionarios especializados o glosarios terminológicos, diccionarios visuales especializados, bases de datos terminológicos, publicaciones, informes, comunicados de las asociaciones internacionales y redes de terminología, y léxicos o vocabularios sin definición ordenados temáticamente que ofrecen información sobre la estructura conceptual del dominio de la especialidad del que tratan, como los tesauros, los encabezamientos de materia y las clasificaciones.

En cuanto a las fuentes no lexicográficas ni terminológicas cabe destacar las gramaticales y discursivas, especializadas, personales, instrumentales, históricas, geográficas, institucionales, normativas y telemáticas. Por último, entre las fuentes que ofrecen

información indirecta encontramos las bibliografías, los catálogos de bibliotecas, los repertorios de obras de referencia y los directorios analíticos (Merlo Vega 2004; Gonzalo 2004).

Sin embargo, la consulta de estas obras se ha visto reducida con la aparición de Internet, la red que se ha convertido en los últimos años en la fuente de consulta por excelencia de traductores e intérpretes (Lynch 1998). No obstante, dada la convivencia en la red de información fidedigna y de información “basura”, se considera conveniente en determinadas ocasiones consultar otras obras documentales que avalen la información consultada en Internet.

Cabe destacar que el proceso de documentación en interpretación difiere en algunos puntos del proceso documental que se lleva a cabo en traducción, de manera que también suelen ser diferentes las fuentes que se consultan con más frecuencia. De este modo, a pesar de la existencia de esta amplia gama de fuentes de consulta, en la bibliografía sobre documentación aplicada a la interpretación los autores suelen destacar como obras de consulta las obras lexicográficas y terminológicas, así como las fuentes no lexicográficas ni terminológicas especializadas (Altman 1984; Quicheron 1984; Gile 1985, 1986; O'Neill 1988; Hobart-Burela 1998; Lynch 1998).

En respuesta a la utilización de los diccionarios como herramienta de documentación, Sournia en la década de los 80 ya ponía de manifiesto las deficiencias de los diccionarios bilingües y multilingües, declarando que se trata de instrumentos indispensables pero insuficientes si se quiere realizar una buena traducción:

Aucun d'entre eux [dictionnaires] ne peut se substituer à l'usage et à l'expérience des langues: la diffusion des dictionnaires ne peut pas s'opposer à la multiplication de traducteurs compétents et bien formés dans les servitudes propres à la médecine moderne

(Sournia 1986: 10)

Por su parte, Quicheron (1984) cree en la necesidad de que el intérprete, durante su formación y posteriormente, se introduzca en la ciencia a través de la lectura de obras divulgativas y revistas científicas, y vaya profundizando sus conocimientos paulatinamente

a través de obras más complejas (manuales, diccionarios explicativos, etc.), cursos y seminarios. Sin embargo, esta iniciación y conocimientos previos no bastan para salvar al intérprete de cualquier imprevisto, ya que cada vez que reciba un encargo, tendrá que prepararse de manera específica y complementaria.

Sin lugar a dudas, uno de los autores que más páginas ha dedicado al tema de las fuentes documentales y a la preparación del intérprete de conferencias es Gile (1985, 1986). Al ser partidario de una preparación progresiva, es decir, que vaya de los aspectos más generales a los más específicos (*cf. infra* § 3.2.3.), considera que el intérprete debería consultar en primer lugar enciclopedias, obras de carácter divulgativo y manuales (obras no lexicográficas ni terminológicas con un nivel medio de especialización) para pasar más adelante a la lectura de documentos más técnicos y a la consulta a especialistas. Esta actuación permite al intérprete adquirir un bagaje cognitivo útil, adquirir una visión general de la terminología susceptible de aparecer en el transcurso de la reunión e identificar sus características (palabras de origen grecolatino, palabras clásicas, compuestas, etc.), lo cual facilita el análisis una vez en el congreso.

Por otra parte, el autor establece otra división diferente de las fuentes de documentación, y las divide en léxicos externos e internos (*in-house glossaries*). En cuanto a los externos, afirma que la herramienta principal que utiliza el intérprete en su trabajo de preparación terminológica es el diccionario, glosario o léxico monolingüe o multilingüe. Sin embargo, al igual que Sournia, advierte de los problemas que plantea el uso indebido de los diccionarios, ya que a los problemas de fidelidad y de retraso relacionados con la evolución terminológica de los mismos se añade, en la interpretación de conferencias, el de la especificidad del sociolecto de un grupo muy especializado que trata temas de vanguardia. De esta situación se deriva que la eficacia del diccionario en interpretación sea generalmente inferior que en traducción, con la excepción de los glosarios y léxicos de los organismos responsables de los congresos y algunos diccionarios más científicos que técnicos, que cubren ámbitos cuyo vocabulario no varía demasiado en función de distintos sociolectos.

En cuanto a los léxicos internos, Gile afirma que el proceso suele ser el siguiente: a lo largo de las distintas fases de preparación, los intérpretes detectan los términos o expresiones que pueden plantearles problemas y los subrayan o escriben al margen de los documentos o en folios aparte. A continuación, anotan en los documentos del congreso o en hojas aparte los equivalentes encontrados.

Años más tarde, Gile (1995a) vuelve a revisar las fuentes documentales del intérprete y las clasifica en tres categorías:

- Fuentes disponibles en soporte papel, que se subdividen a su vez en terminológicas (diccionarios, glosarios, léxicos) y no terminológicas o indirectas, las cuales no están diseñadas para ser utilizadas como fuentes terminológicas (artículos temáticos, libros, catálogos).
- Fuentes humanas.
- Fuentes electrónicas.

La utilidad de una u otra fuente dependería de cinco variables: existencia, acceso externo, acceso interno, cobertura (información que cubre la fuente) y fiabilidad. Por otra parte, Gile sugiere saber con qué fuentes habría que empezar a documentarse y con cuáles seguir y terminar, lo que él llama “fuentes de partida”, “fuentes intermedias” y “fuentes finales”. Las de partida serían los textos monolingües en la lengua origen y las finales serían los textos monolingües en la lengua meta. Las fuentes finales deben ser sumamente fiables, ya que de su consulta depende la reformulación del texto origen. A este respecto, Gile apunta que las fuentes más fiables son las fuentes humanas, es decir, la consulta a especialistas en el ámbito en cuestión.

En cuanto a las fuentes documentales más utilizadas en la preparación de un congreso médico concretamente, O'Neill (1988), desde su visión de médico, señala como material imprescindible *El Manual Merck* y los artículos escritos por médicos nativos de la lengua meta. Por el contrario, no recomienda los diccionarios bilingües ya que considera que no tienen en cuenta el uso real de un término en un contexto determinado.

Otras obras fundamentales en el ámbito de la medicina serían las citadas por Hobart-Burela (1998): atlas de anatomía, libros de anatomía descriptiva, el *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary* (diccionario de terminología médica que incluye breves descripciones), el diccionario enciclopédico *Dorland*, un diccionario de siglas médicas y un listado de farmacología.

A modo de recopilación, las fuentes documentales que suelen consultar mayoritariamente los intérpretes a la hora de prepararse un determinado congreso especializado serían las siguientes:

- Enciclopedias.
- Libros de referencia.
- Diccionarios especializados.
- Glosarios personales.
- Manuales de gramática.
- Diccionarios técnicos monolingües.
- Diccionarios técnicos bilingües.
- Diccionarios técnicos multilingües.
- Obras divulgativas.
- Revistas especializadas.
- Libros especializados.
- Léxicos elaborados por el intérprete.
- Consulta a expertos.

### **Internet y medicina**

Hoy día, uno de los rasgos más destacados de la profesión es la creciente automatización y tecnologización de la actividad traductora. Las demandas de un mercado laboral cada vez más global y virtual exige la existencia de profesionales que estén a la altura de las expectativas, lo cual supone que el traductor y el intérprete sean capaces de especializarse en temas muy concretos en un breve período de tiempo, que empleen los



entornos informáticos y los recursos telemáticos (Corpas 2004). En este contexto, la red Internet se configura como el recurso documental por excelencia de la comunidad traductora, ya que ofrece en un tiempo récord múltiples documentos paralelos y comparables escritos en las lenguas origen y meta, diccionarios bilingües y monolingües *on-line*, así como referencias de manuales y obras del campo del saber en cuestión. No obstante, dada la proliferación de todos estos documentos, el principal problema que se le plantea al intérprete es saber seleccionar las fuentes, lo cual significa desarrollar un proceso exhaustivo de evaluación de las mismas y determinar su utilidad en el trabajo a realizar.

Por lo tanto, el acceso a los recursos terminológicos médicos vía Internet ofrece tanto ventajas como inconvenientes. Entre las ventajas principales, cabe mencionar la disponibilidad inmediata, el coste mínimo, la interactividad, la actualización y la existencia de hipervínculos que permiten conectar con páginas de contenido relacionado, lo cual supone un gran ahorro de tiempo. Entre los inconvenientes, destacan un contenido a veces pobre o escaso, la fiabilidad reducida de las fuentes, la desorganización y el hecho de que la mayoría de la información médica en Internet no está dirigida a los profesionales de la traducción y de la terminología, sino más bien a estudiantes de medicina, pacientes y médicos.

Entre los recursos convencionales más fiables para el terminólogo y traductor médicos, Lynch (1998) destaca las revistas especializadas, las actas de congresos y la interacción frecuente con expertos en la materia, pero afirma que, por desgracia, el acceso a estos canales de información simultáneamente no está al alcance de todos los profesionales del lenguaje implicados en la traducción médica y en la terminología, de ahí la necesidad imperativa de crear un recurso accesible y dinámico que proporcione una información de gran calidad en poco tiempo.

### 3.2.2. Preparación terminológica *versus* preparación conceptual

En este apartado, comenzaremos con una reflexión:

¿Es suficiente con una buena preparación terminológica para realizar con éxito un trabajo de interpretación, sin realizar una preparación conceptual profunda?

O, por el contrario, ¿basta con una buena preparación conceptual para realizar satisfactoriamente una interpretación, sin realizar una preparación terminológica profunda?

Tras analizar la bibliografía, encontramos tres tendencias principales en cuanto al tipo de preparación:

- Un grupo que defiende la preparación conceptual, alegando que sin comprender un determinado tema no se puede realizar un buen trabajo de interpretación.
- Otro grupo de autores para los que la preparación es básicamente sinónimo de documentación terminológica.
- Un tercer grupo que aboga por realizar un trabajo de preparación tanto conceptual como terminológica.

Lógicamente, esta tercera vertiente sería la ideal. No obstante, dadas las frecuentes limitaciones de tiempo, el intérprete se ve obligado normalmente a elegir o priorizar uno de los dos tipos de preparación. Veamos cada una de las vertientes.

#### **Preparación conceptual**

En este grupo se sitúan aquellos autores que opinan que el intérprete no es capaz de interpretar un discurso especializado sin comprenderlo. Herbert es uno de los primeros en abogar por la preparación conceptual afirmando lo siguiente:

Sauf rarissimes exceptions, on ne peut bien interpréter que ce que l'on comprend intelligemment. Il est impossible de traduire un discours sur l'extraction du charbon sans savoir comment fonctionne une mine ou un débat technique sur les armes atomiques sans avoir quelques notions de physique nucléaire

(1952: 34)

Entre los autores partidarios de la preparación conceptual se encuentra Seleskovitch, firme defensora de la *théorie du sens*, quien afirma que el intérprete no puede limitarse a aprender una serie de términos y sus equivalentes sin saber lo que significan realmente. No obstante, la misma Seleskovitch reconoce que la situación es distinta en los congresos más especializados:

There are fields where literal translation is possible, where a word has an exact equivalent in the other language, and where problems of interpretation are due as much – if not more – to unfamiliarity with the specialized language used as to a lack of subject knowledge

(1968: 67)

Loose, por su parte, defiende asimismo la opción de la preparación conceptual alegando que los intérpretes “should know what they are talking about, not as experts but enough to make intelligent guesses. (...) Interpreters today should be polymaths, in a modest way” (1989: 241). El autor considera que la “ciencia general” para intérpretes es posible, y que hay muchos textos sobre conceptos generales que podrían utilizarse como base. El intérprete, cuando trabaja en reuniones científicas, se ve expuesto a ideas que se encuentran en las fronteras de la ciencia, y necesitan saber conceptos muy básicos, muchos de los cuales son comunes a ramas diferentes de la ciencia.

En la misma línea que Seleskovitch y Loose, Lederer (1994) también cree en la importancia de una preparación conceptual, pero advierte de que el intérprete no tiene por qué tener el mismo grado de comprensión que los participantes (*cf. supra* § 3.1). De todos modos, afirma que las dificultades de los temas técnicos se resuelven mediante una buena preparación, pero no aquella en la que se “amasan” simplemente conocimientos deslavazados ni en la que el intérprete pretende imitar a los especialistas, sino una preparación que permita adquirir los conocimientos necesarios para comprender ciertos temas que, en un principio, se desconocen.

A este respecto, Gile (1986) opina que la opción de la adquisición de conocimientos globales corresponde a una óptica muy amplia que se va precisando poco a poco, a medida que se pasa de los principios generales a los elementos específicos de los que trata el congreso, y que se apoya en obras divulgativas y después en documentos cada vez más técnicos. El intérprete, en su opinión, sólo adquiere la terminología propia del congreso, en caso de adquirirla, tras un largo recorrido. El autor apunta que la filosofía que se enseña en los centros de interpretación privilegia la comprensión en relación a las palabras, ya que se supone que ésta es la opción más intelectualmente atractiva y que parece proceder del sentido común. Así pues, al salir de la facultad, es la preferida por la mayoría de los intérpretes.

### **Preparación terminológica**

La opción de la preparación terminológica consistiría en centrarse en los términos que aparecen en la documentación, tratar de encontrar sus equivalentes y, de manera adicional, de comprenderlos para integrarlos finalmente en el bagaje cognitivo, lo que no siempre ocurre, dada la cantidad ingente de términos a estudiar y las limitaciones de tiempo. Un análisis de las necesidades y posibilidades del intérprete pone de manifiesto la eficacia de esta filosofía en las reuniones muy técnicas en las que se excluye una comprensión profunda del mensaje que permita al intérprete reformularlo libremente utilizando todos los recursos lingüísticos de los que dispone.

Para justificar la preparación terminológica, Gile (1986) subraya que el enunciado de los discursos científicos se compone de relaciones, normalmente simples, sobre los planos lógico y lingüístico, entre conceptos a veces complicados, por lo que, mediante la lengua y un análisis lógico, el intérprete es capaz de comprender los vínculos. La restitución es posible desde el momento en que sabe volver a expresar los conceptos, lo que quiere decir que un conocimiento adecuado de los equivalentes terminológicos basta para llevar a cabo una interpretación.

El autor añade que, si bien es cierto que en la terminología general no existen reglas de equivalencia léxicas invariables, ya que cada término representa una idea que puede

transmitirse mediante expresiones y palabras distintas, cuanto más especializado es el ámbito más nos acercamos a una relación biunívoca entre el significante y el significado. Pasado un cierto grado de tecnicismo, las equivalencias terminológicas se cristalizan, por lo que la preparación puramente terminológica de un congreso especializado, si se acompaña de una escucha inteligente de los discursos durante el mismo, puede revelarse muy eficaz.

Por lo tanto, un cierto conocimiento del tema no garantiza una buena calidad del trabajo a menos que vaya acompañado de un conocimiento de la terminología correspondiente. En efecto, la precisión del lenguaje técnico hace que sea muy denso y toda paráfrasis debida a la incapacidad de evocar rápidamente el equivalente adecuado hace que el intérprete corra el riesgo de distanciarse demasiado del orador y de perder información.

La preparación terminológica tiene, según Gile, un mayor valor inmediato que la preparación conceptual, dicho de otro modo, a falta de tiempo, una preparación estrictamente terminológica puede resultar más eficaz que una preparación conceptual. Sin embargo, a medio y largo plazo, pone de manifiesto que esta última resulta útil por tres razones principales:

- La base cognitiva permite integrar y consolidar mejor los conocimientos nuevos.
- La comprensión del tema permite evitar ciertos errores graves que los mismos intérpretes reconocen haber cometido.
- En el plano psicológico, es más agradable y más motivador entender lo que se interpreta. Dada la intensidad de los esfuerzos que exige la interpretación, el autor cree que tal motivación influye en la calidad del trabajo.

Por su parte, O'Neill (1988), como experta en el campo de la medicina, también aboga por la preparación terminológica, y declara que incluso los mismos médicos han de acometer un trabajo de preparación terminológica completo si quieren producir una traducción correcta.

La confirmación de los resultados del estudio de Castro *et al.* (2004) (*cf. supra* § 1.1.2) reforzaría la relevancia de la preparación terminológica, ya que esto implicaría que la organización sistemática del conocimiento especializado por parte del intérprete a través de un proceso de estructuración de la terminología le capacitaría para adquirir el conocimiento especializado de ese determinado ámbito y, por lo tanto, le situaría en una buena posición para desarrollar un trabajo adecuado de interpretación.

### **Preparación conceptual y terminológica**

Se trata de la opción que cualquier intérprete profesional escogería. No obstante, a pesar de ser la vertiente ideal, no siempre se puede llevar a la práctica por las limitaciones de tiempo a las que se ve sometido el intérprete. Entre los autores partidarios de una preparación mixta destacan Feraz (1998), Abril y Ortiz (1998), Jiménez (1998) o Vanhecke (1998).

No entraremos en detalle en esta corriente por tratarse de una combinación de las dos vertientes analizadas anteriormente.

Como conclusión, una vez analizadas las distintas posturas, consideramos que, si bien la preparación ideal sería aquella que englobe tanto comprensión como terminología, en caso de existir estrictas limitaciones de tiempo, la preparación terminológica podría revelarse eficaz en las reuniones médicas. Esto se debe a que la terminología es el rasgo más característico de las reuniones especializadas (*cf. supra* §1.3.2), y aquél que garantiza la fluidez y transmisión correcta de la información. Por lo tanto, el intérprete que trabaje en este tipo de acontecimiento tan sumamente técnico debería caracterizarse por su precisión y corrección terminológica. Por otra parte, hay reuniones cuya temática es tan sumamente técnica que la comprensión total por parte del intérprete es prácticamente imposible. Sin embargo, a medio y largo plazo, estimamos que sería conveniente que el intérprete interesado en trabajar asiduamente en el campo de la medicina se adentre en el campo de la medicina gradualmente para obtener unos conocimientos cada vez más profundos, de manera que su nivel de comprensión sea cada vez mayor.

### 3.2.3. Procedimientos y fases de preparación

En este apartado, haremos un recorrido cronológico con el objetivo de saber si los procedimientos de preparación aconsejados por los autores han evolucionado con los años o no han experimentado cambio alguno.

Altman fue una de las primeras en proponer una preparación innovadora en cuatro fases, las cuales resume en la siguiente declaración:

I shall identify, and comment upon, four chronological phases in the working life of the interpreter. Phase One is that of general, advance preparation for as many unspecified job situations as possible, whilst Phase Two is meeting-specific: the interpreter knows that he is to work at a given conference and must prepare accordingly. During Phase Three, the interpreter is actually present at the meeting in question. Phase Four consists in consolidating for future use the knowledge acquired on that occasion

(Altman 1984)

La mayoría de sus comentarios se refieren a la interpretación simultánea ya que, según su propia experiencia, aproximadamente el 90% de las reuniones multilingües recurren a esta modalidad.

En la primera fase, la autora propone activar los conocimientos adquiridos con la experiencia, es decir, los que el intérprete ha ido asimilando a lo largo de su vida. La segunda fase incluye una serie de pasos a seguir: subrayar las palabras desconocidas, buscar las equivalencias en diccionarios u otros documentos, elaborar listas con los términos y sus equivalencias y preguntar a colegas o expertos en el último momento antes del congreso. En la tercera fase, propone leer la documentación de última hora, y, por último, en la cuarta fase, subraya la importancia de organizar la información consultada y de elaborar glosarios que puedan resultarle útiles en el futuro:

The documentary preparation of an interpreter for a given conference does not begin and end with the studying of meeting documents supplied to him by the organizer, vital though these of course are

La mayoría de los autores siguen este esquema de división en fases propuesto por Altman. De este modo, Quicheron (1984) también distingue varias fases en el proceso de preparación, concretamente tres: exploración del tema a través de la lectura de antiguos libros de ciencias, búsqueda terminológica, en diccionarios explicativos monolingües y en glosarios técnicos multilingües, y elaboración de una base de datos lexicográfica.

El autor advierte de que los dos mayores obstáculos a una buena interpretación son la falta de los documentos antes del congreso y la lectura frenética de los textos que los intérpretes reciben a última hora. Lo recomendable, y lo menos frecuente, es que el intérprete disponga con antelación de los textos definitivos tal y como se presentan en el congreso: la comunicación oral (tal y como se expone en el congreso) o, en su defecto, la comunicación escrita (tal y como se publica en las actas).

La clasificación de Gile (1985, 1986) es una de las más consideradas en el mundo de la interpretación. El autor divide igualmente el procedimiento de preparación en tres fases. La primera fase es la que él denomina la preparación en casa, que se realiza durante los días o semanas antes del congreso. Las ventajas de esta preparación son obvias: el intérprete puede disponer de su tiempo como guste y desplazarse a su antojo, así como detectar los términos susceptibles de plantear problemas y buscar soluciones con la ayuda de especialistas o de documentos paralelos. La segunda fase sería la preparación de última hora, que se llevaría a cabo en el lugar de celebración del congreso antes de su comienzo. El problema principal lo constituyen las limitaciones de tiempo. Los intérpretes sólo disponen de algunos minutos o decenas de minutos (en pocos casos de horas cuando se organizan *briefings* o durante un viaje con los delegados) para preguntar a especialistas o colegas sobre términos que pueden plantear problemas. Esta segunda fase permite la recopilación de datos terminológicos más fiables y pertinentes que aquellos recogidos durante la preparación en casa, ya que las fuentes son los propios participantes del congreso que comunican al intérprete el vocabulario que ellos mismos utilizan.

La última fase sería la preparación durante el congreso, que se produciría una vez que éste ya ha comenzado. Tiene aún más restricciones de tiempo y de acción que la fase



anterior. Sin embargo, en cabina, el intérprete escucha a menudo pronunciar palabras que buscaba en la lengua meta, lo que le permite resolver algunas dudas puntuales.

El sentido común lleva al intérprete a realizar una preparación en casa lo más completa posible, seguida de una preparación de última hora y durante el congreso complementarias, con una ponderación de los esfuerzos que favorece con mucho la primera fase.

En el ámbito académico, cabe destacar el método de Schweda-Nicholson (1994) para enseñar a los estudiantes a enfocar y preparar un texto escrito que será leído en un congreso. La autora considera que, dado que en los congresos internacionales se suelen leer textos preparados en lugar de hablar espontáneamente, se debería prestar una mayor atención metodológica a la preparación de textos escritos en los programas de formación en interpretación simultánea.

Su proceso de preparación también se divide en varias fases: en primer lugar, aconseja leer el material sin detenerse a consultar fuentes de referencia externas, concentrarse en captar las ideas principales y el desarrollo argumental y conseguir una perspectiva general del texto y de su tono y objetivos. En la segunda fase, se volvería a leer el texto, pero deteniéndose en las palabras y pasajes que planteen algún tipo de dificultad intentando discernir el significado del contexto pero sin mirar en ninguna fuente de referencia. Esto ayuda a instaurar la importancia de la flexibilidad mental y a saber utilizar sabiamente el contexto y no trabajar con palabras sueltas. En la tercera fase, en caso de que aún haya áreas del texto difíciles de comprender, se pueden buscar algunas palabras, pero siempre teniendo en cuenta el contexto. Por último, recomienda meter entre paréntesis grupos de palabras que constituyan unidades de sentido, lo cual ayuda al intérprete a evitar interpretaciones extrañas.

Moser-Mercer (1992) también detalla cómo suele ser la preparación de un intérprete. Para esta autora, el trabajo del intérprete de conferencias comienza en el momento en que acepta un encargo. Las condiciones generales de trabajo, según la normativa de AIIC, estipula que, para su preparación técnica y terminológica, el

organizador debe enviar a los intérpretes un conjunto completo de documentos (programa, agenda, actas de la reunión anterior, informes, etc.) en cada una de las lenguas de trabajo del congreso con al menos quince días de antelación con relación al comienzo del congreso.

Aunque la autora advierte de la falta de un modelo de preparación aceptado universalmente, opina que el proceso generalizado es el siguiente: leer el material distribuido (o la literatura pertinente en caso de no haberlo recibido), subrayar las expresiones y los términos desconocidos, buscar sus equivalentes en sus otras lenguas de trabajo, establecer listas terminológicas con los términos en la lengua origen en el margen izquierdo y en el centro de la página, y los equivalentes en la lengua meta en el margen derecho, y proceder a su estudio. Durante la sesión de *briefing*, organizada poco antes del congreso, o bien durante el mismo congreso, a medida que los oradores pronuncian sus discursos, los intérpretes actualizan sus listas terminológicas, sustituyen los equivalentes por términos más utilizados o más adecuados o simplemente por aquellos preferidos por los asistentes. Después del congreso, la autora recomienda pulir la lista terminológica, y archivarla junto con los documentos del congreso.

Hasta ahora hemos analizado las fases y procedimientos de preparación de congresos especializados en general. A continuación nos centraremos en algunos comentarios de autores que han opinado específicamente sobre la preparación de congresos de medicina. Si bien las fases y procedimientos mencionados anteriormente se aplican igualmente a los congresos de medicina, existen ciertas particularidades de la preparación intrínseca de este tipo de congresos que merece la pena señalar.

Feraz (1998) es partidario de una fase de preparación inicial en la que se adquieran unos conocimientos generales de anatomía sin entrar en detalles. De este modo, el autor propone familiarizarse con los sistemas o aparatos (funciones y tejidos de que están compuestas sus distintas partes), la histología (saber reconocer los tejidos y sus características), la fisiología y la bioquímica. En una segunda fase, considera imprescindible adquirir unos conocimientos generales de patología, síndromes, enfermedades infecciosas, especialidades clínicas, ginecología, obstetricia, medicina pediátrica, embriología, práctica

general, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, ortopedia y traumatología, anestesia, reconocimiento, medicina geriátrica, cirugía, procedimientos clínicos, técnicas de laboratorio, instrumental de quirófano, maquinaria y tecnología médica, prefijos y sufijos griegos y latinos.

Por su parte, Vankecke (1998) defiende que el intérprete debe llevar a cabo una preparación “constante” y otra *ad hoc*, y su formación debe ir más allá del tema en cuestión, ya que afirma que en los congresos médicos suele haber referencias a otros hechos culturales, en particular de la actualidad social, económica, política o tecnológica, que van más allá del contenido del congreso.

En cuanto a la importancia del contexto (*cf. supra* Capítulo 2) la autora afirma que el intérprete debe centrarse en los elementos extralingüísticos al igual que en los lingüísticos, y subraya la importancia de conocer no sólo el término, sino también su significado para poder utilizarlo en el momento adecuado. Asimismo añade que la formación de los intérpretes debe consistir tanto en la formación de la técnica de la simultánea y/o consecutiva propiamente dicha y la adquisición de conocimientos temáticos.

Por último, cabe destacar el proceso de preparación propuesto por Abril y Ortiz (1998) desde el ámbito académico. Estas autoras sugieren proporcionar a los estudiantes una visión de conjunto sobre los congresos biosanitarios, los problemas a los que se enfrentarán y la forma más práctica y eficaz de afrontarlos.

La primera fase consistiría en una introducción a la interpretación en el ámbito biosanitario, en la que se tratarían los siguientes puntos:

- Situar las reuniones médicas en el contexto de las reuniones internacionales.
- Definir las características del público asistente, necesidades y expectativas y la relación emisor-receptor.
- Destacar la importancia de la preparación previa.

- Introducir la técnica del *lateral thinking* (práctica de identificar todos los campos conceptuales afines al tema central y que podrían tratarse en el desarrollo del mismo).
- Señalar las fuentes de documentación (distintos tipos de publicaciones científicas).
- Discernir la utilidad y fiabilidad de cada tipo de publicación y cuándo utilizarla.
- Señalar las características del lenguaje médico (*cf. supra* 1.3).

La segunda fase se centraría en la terminología médica: etimología y formación de palabras, dificultades terminológicas, coexistencia de términos comunes y términos técnicos en inglés, especialmente en anatomía, palabras de traducción engañosa que suelen provocar calcos y falsos amigos, pares de términos cuyo uso preciso plantea ciertas dificultades, términos cuyo uso depende de la preferencia cultural, términos con la misma pronunciación pero con grafía y significado distintos, acrónimos, siglas y abreviaciones, es decir, todos los aspectos analizados en el capítulo 1.

Por último, la tercera fase trataría los aspectos conceptuales, ofreciéndose una visión de conjunto sobre la ciencia médica y sus ramas: anatomía, patología, fisiología y farmacología.

No obstante, a pesar de su importancia reconocida en el mundo de la interpretación, la realidad no permite en muchos casos llevar a cabo un trabajo de preparación óptimo. Así, Gile (1986a) señala los siguientes problemas a los que se suele enfrentar el intérprete:

- El envío de documentos al intérprete es aleatorio. En la mayoría de los casos, los documentos están incompletos, ya sea a causa de una organización deficiente del congreso, de la falta de preparación previa del documento por parte de los oradores o de la negativa de éstos a entregárselos al intérprete.
- Los documentos no suelen estar en todas las lenguas del congreso, excepto en las reuniones de los organismos internacionales y de algunas organizaciones gubernamentales que disponen de servicios de traducción. Durante la preparación

en casa, los términos problemáticos se subrayan en la lengua origen, pero los equivalentes se tienen que buscar en otra parte. Gile afirma por experiencia que los diccionarios sólo proporcionan una parte de estos equivalentes, y que su fiabilidad es dudosa, lo que hace que la preparación de última hora y durante el congreso sean cruciales.

- Durante la temporada alta, el intervalo de tiempo entre congreso y congreso es muy breve. El intérprete no dispone del tiempo necesario para repasar en profundidad los documentos cuyo volumen supera a menudo varias centenas de páginas.

Como conclusión de este apartado dedicado a la preparación, se podría decir que cualquiera de las fases y de los procedimientos mencionados resultan útiles para el intérprete de congresos especializados. Establecer una metodología de preparación única no resultaría eficaz, ya que cada intérprete, dependiendo de sus necesidades y conocimientos, requiere un proceso distinto, por lo que la preparación se concibe como un proceso personalizado. Por otra parte, al intérprete es a quien corresponde elegir la técnica de preparación que más le convenga en cada caso, dependiendo de las circunstancias laborales del acontecimiento comunicativo, la disponibilidad de tiempo y material, etc.

### 3.3. Conclusión

Este capítulo pone de manifiesto la variedad de corrientes que existen en cuanto al papel del intérprete y su grado de especialización, siendo la más aceptada aquella que reconoce al intérprete como intermediario capacitado para trabajar en cualquier tipo de congreso, lo cual se debe en gran parte a la insuficiente demanda de interpretación que ofrece un determinado ámbito.

De esta manera, si bien se opta mayoritariamente por la vertiente del intérprete generalista, en la literatura se subraya el carácter imprescindible del proceso de preparación y documentación, ya que el intérprete suele ser el único que no posee un conocimiento especializado, por lo que se impone la necesidad de adquirirlo en un plazo de tiempo muy limitado para poder hacer frente al encargo de interpretación (*cf. supra* § 1.2). Por lo tanto, se aboga por la corriente generalista pero siempre que el intérprete desarrolle

adecuadamente una buena metodología de preparación y una búsqueda documental apropiada al encargo de interpretación. No obstante, en la bibliografía se observa la multitud de enfoques de preparación, de lo cual se deduce que cada intérprete, dependiendo de su bagaje cognitivo previo sobre el tema y de sus necesidades en cada momento desarrolla un esquema de preparación diferente, por lo que se podría afirmar que este proceso es personalizado y dependiente de las variables del contexto en el que se desarrolla la actividad.

En la segunda parte, hemos incluido un bloque de preguntas para conocer la percepción tanto de intérpretes como de médicos usuarios de la interpretación en cuanto a la importancia de la preparación y documentación del intérprete y el grado de especialización que éste debe tener para acometer con éxito un encargo de interpretación en el campo de la medicina.



## **CAPÍTULO 4**

### **LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN ESPECIALIZADA**

### **LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**



Quality in interpreting is a relative concept and its evaluation is only possible taking into account the interaction of the variables involved in the communicative event in which it takes place, such as the speaker, the audience, the subject matter, the language-pair and the interpreter with her/his linguistic and extra-linguistic knowledge and individual interpreting style

(Riccardi 2003: 257)

### Introducción

Hasta este punto, hemos ido analizando los distintos elementos que rodean a la interpretación en el ámbito especializada, en general, y de la medicina, en particular, partiendo de los aspectos más generales hasta llegar a los más específicos. En este último capítulo de la primera parte nos detendremos a examinar el aspecto sobre el que influyen todos estos factores analizados hasta el momento (conocimiento del lenguaje médico, consideración del congreso como hipertexto, preparación y documentación adecuadas): la calidad de la interpretación. Consideramos que un conocimiento de estos factores podría influir directamente en la mejora de la calidad de la interpretación.

Para ello, analizaremos las distintas definiciones del concepto de calidad y los parámetros más relevantes que condicionan la calidad de la interpretación y, por último, nos detendremos en examinar los estudios experimentales o empíricos más relevantes e innovadores que se han llevado a cabo para determinar la importancia de determinados parámetros en la evaluación global o parcial de la calidad. Para ello, los dividiremos según la perspectiva de estudio: intérprete profesional o usuario. En cada uno de los apartados recurriremos una vez más a la exposición cronológica con el propósito de analizar el desarrollo que ha experimentado la evaluación de la calidad a lo largo de las distintas décadas y comprobar si se han producido cambios significativos en la concepción y definición del concepto de calidad y en la confección de los distintos estudios que se centran en el examen de este concepto.



El análisis de la bibliografía existente en torno a la evaluación de la calidad en la interpretación especializada, y médica concretamente, ha resultado fundamental en nuestro trabajo. Esto se debe a que el examen de los estudios empíricos y experimentales realizados en este ámbito ha servido en cierto modo de base para la construcción posterior de nuestro estudio exploratorio presentado en la segunda parte. Esto es así porque cada uno de los estudios analizados en los apartados 4.2.3 y 4.2.4 nos han inspirado en la elaboración de nuestro propio estudio, de ahí que hallamos creído conveniente incluir una descripción de cada uno de ellos. Cabe destacar que tan solo hemos incluido los estudios más relevantes y que han influido directamente en la confección de nuestro propio estudio, bien a través de la metodología empleada, los objetivos planteados o el análisis de los resultados.

Por otra parte, en el estudio de la segunda parte incluimos una serie de preguntas encaminadas a corroborar cómo influyen distintos aspectos analizados en los tres primeros capítulos en la calidad de la interpretación y cuáles son los criterios que más influyen tanto negativa como positivamente en la evaluación de la calidad, tanto desde la perspectiva del intérprete como del usuario final.

#### **4.1. Definiciones del concepto de “calidad”**

Resulta paradójico que en el estudio de la calidad en interpretación de conferencias, si bien existe un consenso generalizado sobre la importancia de establecer una definición clara de la calidad, no haya ningún intento real por materializar dicha definición (Stenzl 1983; Gile 1983; Cartellieri 1983; Altman 1990; Marrone 1993; Kurz 1993, 2001; Pöchhacker 1994; Kopczynski 1994; Mack y Cattaruzza 1995; Schjoldager 1996; Schlesinger *et al.* 1997; Kahane 2001; Martín y Abril 2002). De esta manera, no existe una definición establecida y consensuada de “calidad”, sino una amplia gama de definiciones que analizan este concepto desde distintos puntos de vista. La calidad, pues, se suele concebir en interpretación como un fenómeno sumamente complejo dado su carácter multidimensional y su variabilidad (Cartellieri 1983).

El tema de la calidad empezó a despertar un interés creciente a partir de la década de los 80, y a convertirse en un objeto de investigación cada vez más fructífero. En esta

época, Gile (1983), para responder a la falta de definición funcional y a la carencia de criterios objetivos de aquellos juicios emitidos por unos y otros, realizó un estudio multifactorial sobre la calidad de la interpretación en el que ponía de manifiesto que la percepción por parte de los participantes varía en función de múltiples factores. En la mayoría de los casos, las expectativas de éstos y de los organizadores se basan en experiencias pasadas o en comentarios o experiencias de colegas y conocidos: unos ni siquiera imaginan la existencia de pérdidas informativas, otros estiman que los intérpretes, al no ser especialistas, no pueden comprender los discursos técnicos ni interpretarlos (*cf. supra* § 3.1.), e incluso algunos creen que los intérpretes transmiten un discurso parcial que permite saber de qué trata el discurso original y del que se desprenden las ideas principales del orador, pero que no se asimila al original. No obstante, dado que el estudio data de 1983, habría que comprobar en qué medida ha cambiado la percepción de los participantes y de los organizadores.

Para Gile, la calidad de la interpretación simultánea sería una suma de la fidelidad informativa y de la calidad de la presentación del discurso del intérprete, cuyos coeficientes dependerían de la naturaleza del mensaje y de la situación. Esta definición se basaría en el resultado y no en el proceso, ya que la interpretación simultánea tiene una misión práctica, y para los usuarios lo que cuenta es el producto final. De esta manera, los esfuerzos del intérprete pueden ser de una calidad excelente pero fracasar debido a unas condiciones técnicas deficientes (sonido de mala calidad, mal acondicionamiento de la cabina) y a una actitud reticente por parte de los participantes.

Posteriormente, Gile (1989), al analizar de manera más exhaustiva los factores que influyen en la calidad de la interpretación, añade cinco criterios nuevos: el nivel de especialidad del congreso, el equilibrio lingüístico, los parámetros organizativos, el desarrollo cronológico y los parámetros psicológicos y sociológicos.

En cuanto al nivel de especialidad, Gile opina que la dificultad de una reunión interlingüística depende sobre todo de su grado de especialización, ya que éste acentúa la diferencia entre el bagaje cognitivo del intérprete y el de los participantes. Cuando la cantidad de información es escasa, el intérprete puede circunscribir tanto los razonamientos

como los conceptos básicos; sin embargo, cuando la información es técnica y cuantitativamente importante, el intérprete no dispone del tiempo necesario para asimilar los razonamientos, conceptos y términos, aunque disponga de una documentación abundante.

De la misma manera, la cantidad de información transmitida a lo largo de un congreso no constituye un factor de dificultad, ya que ésta no es necesariamente externa al bagaje cognitivo del intérprete y no lo obliga a intensificar sus esfuerzos de escucha y análisis, de memoria a corto plazo y de producción. Por el contrario, unida a un cierto grado de tecnicidad, se convierte en un obstáculo considerable.

Respecto al equilibrio lingüístico, Gile declara que el equilibrio cuantitativo entre las distintas lenguas de la reunión es muy importante para los intérpretes. En una reunión lingüísticamente equilibrada, los intérpretes tienen más ocasiones de oír a los participantes emplear los términos apropiados en distintas lenguas y de encontrar una documentación multilingüe, factores que constituyen una ayuda inestimable para adquirir el bagaje terminológico necesario. Por otra parte, en cada reunión interlingüística, se puede distinguir un grupo de participantes que utiliza la interpretación (para comprender o expresarse) y otro grupo que no la utiliza. Cuando el primer grupo es relativamente importante, tanto los oradores como los organizadores toman conciencia de los problemas lingüísticos y dan más importancia a la interpretación. Cuando los intérpretes tienen pocos “clientes” en la sala, los oradores se olvidan de los problemas lingüísticos y de la interpretación, y suelen expresarse sin tener en cuenta a sus colegas extranjeros. Todo esto influye positiva o negativamente en la calidad de la interpretación.

Los factores organizativos son también importantes, en cuanto que afectan a la calidad del trabajo del intérprete. El factor organizativo más importante para los intérpretes es la documentación. Algunos documentos constituyen paquetes cognitivos completos (actas en los congresos científicos y técnicos, documentos de trabajo de los comités y grupos de trabajo constituidos en los organismos internacionales); otros sirven de apoyo a una presentación (documentos distribuidos en los cursos técnicos y seminarios), y otros

tienen una clara función administrativa (orden del día o programa del congreso y comunicaciones).

El desarrollo cronológico de la reunión redundante igualmente en una mejor o peor calidad, ya que el cansancio puede traer consigo una caída de la calidad de la interpretación si las sesiones son demasiado largas, si no hay pausas o si las pausas son tan cortas que no permiten a los intérpretes descansar. Otros elementos organizativos serían la situación de la cabina en relación a los participantes y a la pantalla en la que se proyectan los apoyos visuales (condiciones de visibilidad), las condiciones acústicas y electrónicas (calidad del sonido), las dimensiones de la cabina y la ventilación e iluminación de la sala y de la cabina.

Por último, en lo que respecta a los parámetros psicológicos y sociológicos, la incorporación de elementos informativos en el discurso de los oradores no implica su asimilación por los participantes por razones cognitivas y de motivación: una parte más o menos importante de la información emitida a lo largo de las reuniones no interesa a todo el auditorio, y las motivaciones de los participantes en las distintas reuniones varían, tanto cuantitativa como cualitativamente. La mayoría afirma que no participa en las reuniones simplemente para obtener nueva información, sino con otros objetivos que pueden redundar en el nivel de receptividad de los participantes. Cuando se desinteresan de la información emitida en la reunión, los participantes se desinteresan también de los problemas lingüísticos y de la interpretación.

En la década de los 90, la calidad en interpretación sigue suscitando un interés creciente ante la necesidad reconocida de investigar sobre las expectativas y preferencias del público teniendo en cuenta particularmente la definición y evaluación de la calidad de la interpretación (Pöchhacker 1994). Esta importancia creciente concedida a la cuestión de la calidad se advierte en el programa innovador del congreso celebrado en Turku en 1994 sobre los estudios de investigación en el campo de la interpretación (*Conference on Interpretation Research*) (actas disponibles en Gambier *et al.* 1997) y en el simposio celebrado en Saarbrücken en el 2000, cuyo título fue *Translation and Interpretation: Models in Quality Assessment* (actas disponibles en Kurz 2001). Muchos oradores pusieron de manifiesto en este simposio que los estudios de traducción deberían determinar los perfiles de

expectativas de distintos grupos de usuarios para que los intérpretes puedan centrar sus estrategias en satisfacer las expectativas de los mismos.

Al hacer un recorrido por la década de los 90, nos detendremos en la definición de calidad que plantean Kopczynski (1994) y Schlesinger *et al.* (1997) por tratarse de dos definiciones que analizan el concepto de calidad desde una perspectiva multidimensional y comprehensiva.

Según Kopczynski, la calidad sería un *grado de excelencia o de conformidad con unos estándares establecidos, que se puede considerar desde una perspectiva lingüística o pragmática*. En su sentido lingüístico, la calidad sería una serie de normas rígidas de equivalencia de contenido y forma entre los mensajes en la lengua origen y en la lengua meta que miden en definitiva la fidelidad de la interpretación, la cual constituye, a fin de cuentas, el criterio de calidad que se ha tenido más en cuenta en los estudios de traducción e interpretación. No obstante, para este autor, la calidad no es un valor absoluto, sino que viene determinada por el contexto (*cf. supra* § 2.2), el cual aumenta la complejidad de los problemas de calidad al introducir variables situacionales en las que las prioridades son distintas dependiendo de las distintas situaciones de interpretación. Estas variables podrían ser las siguientes:

- El orador, su estatus y el estatus de los receptores.
- La intención del orador al transmitir el mensaje.
- La actitud del orador hacia el mensaje y los receptores.
- La actitud de los receptores hacia el mensaje y el orador.
- El intérprete, su competencia, opiniones, actitudes y estrategias.
- La forma del mensaje.
- La fuerza de locución del mensaje.
- Las normas existentes de interacción e interpretación de una comunidad discursiva.
- Otros factores, como el campo del discurso (tema de la presentación, tema del congreso), el nivel de formalidad, los gustos personales, etc.

Todos estos aspectos serían inherentes a la calidad de la interpretación, ya que el concepto de calidad es un conglomerado de factores que hacen que el establecimiento de una definición nítida resulte bastante complicado.

Schlesinger *et al.* (1997) también parten de la base de que las definiciones de calidad vertidas por los intérpretes reflejan las normas que han sido interiorizadas por la mayoría de los profesionales, como la premisa de la fidelidad, pero que, aparte de estas formulaciones vagas, no está claro en qué grado se puede hablar de “normas” sobre las cuales estén de acuerdo la mayoría de los intérpretes, aunque sólo sea intuitivamente, ya que el principal problema es que el intérprete individual sólo tiene un acceso limitado a unas normas establecidas, con la salvedad de los centros de reconocido prestigio en los que se utiliza ampliamente la interpretación. Según estos autores, la calidad del discurso meta se debería examinar en tres niveles:

- Nivel intertextual: una comparación del texto origen y del texto meta, basada en las similitudes y diferencias.
- Nivel intratextual: como un producto independiente, basado en sus rasgos acústicos, lingüísticos y lógicos.
- Nivel instrumental: como servicio prestado al cliente, basado en la utilidad del texto meta y en el nivel de comprensión.

Por su parte, Collados (1998) introduce una nueva distinción entre el concepto general de la calidad y una calidad concreta. El primero de ellos se refiere a la interpretación perfecta que puede existir y que sería la medida de calidad base; estaría formado por todos aquellos parámetros que afectan a la misma, independientemente de la evaluación concreta a la que pudiera someterse y a las condiciones específicas de los distintos actos interpretativos (p. 22). La calidad concreta hace referencia a un acto concreto de interpretación, en una situación concreta que determina la ponderación establecida de forma genérica en el concepto general de los parámetros de calidad.

En la década actual siguen existiendo distintas definiciones de calidad. Así, Kahane (2001) afirma que, a pesar de vivir en una era obsesionada por el control de calidad, no hay un consenso definitivo sobre las expectativas de calidad de los usuarios de la interpretación, si bien es cierto que existen algunas coincidencias entre usuarios e intérpretes respecto a algunos criterios determinantes. No obstante, persisten las diferencias en la valoración de determinados matices que son importantes y sobre la esencia misma del concepto de calidad, debidas quizá a la complejidad del propio concepto, el cual engloba múltiples factores, todos ellos importantes en un menor o mayor grado.

Esta línea es compartida por otros autores (Riccardi 2002, Garzone 2003). Riccardi (2002) subraya que una evaluación de la actuación del intérprete significa tener en cuenta una multiplicidad de factores, como las peculiaridades del evento comunicativo específico y el entorno del congreso, el público, el discurso original, la intención del orador y la velocidad de transmisión, la entonación y la prosodia. También significa considerar la transmisión del intérprete como un servicio global orientado hacia la satisfacción de los objetivos comunicativos de los participantes en el evento. Por lo tanto, el intérprete elabora un modelo de referencia de lo que cabría llamar una interpretación ideal bajo determinadas circunstancias, que suele cambiar cuando se produce una mera modificación parcial de los factores.

Dentro de esta línea, nos centraremos en el estudio de Garzone (2002) por considerarlo innovador ya que introduce un principio que intenta cubrir la multiplicidad y complejidad de los elementos que determinan la calidad de la interpretación simultánea.

La autora declara que el carácter escurridizo de la calidad se debe a que este concepto es el resultado de la suma de varios aspectos diferentes y heterogéneos, a lo que habría que añadir la evanescencia inherente del producto, que es difícil de analizar y que no se puede evaluar repetidas veces. Por otra parte, la extrema complejidad y heterogeneidad de los aspectos a evaluar explica la dificultad que la investigación en calidad parece tener a la hora de dibujar un cuadro unificado de todos los elementos diferentes implicados o de encontrar un concepto que explique un número satisfactorio de ellos.

Lo que la autora sugiere es la formulación de un principio que se sitúe en un nivel lo suficientemente alto de generalización que explique el fundamento que subyace en la conducta y elecciones de los intérpretes, que proporcione una base para comprender la calidad intrínseca de una determinada interpretación y las expectativas de calidad de los usuarios. La autora propone que tal principio se podría encontrar en el concepto de “normas” (Toury 1997; Chesterman 1997; Hermans 1999) como categoría para el análisis descriptivo del fenómeno de traducción. La autora propone utilizar este concepto como instrumento para explicar la variabilidad en los criterios de calidad y los estándares tal y como los perciben y los practican los intérpretes y los usuarios. Esta variabilidad iría en función de la situación y de los grupos sociales implicados en cada evento interpretativo.

En este marco, las normas se pueden considerar como limitaciones de conducta interiorizadas que rigen las elecciones de los intérpretes en relación a los distintos contextos donde actúan, con el objetivo de cumplir con los estándares de calidad, que a su vez están estrechamente vinculados con el contexto sociocultural y se basan, pues, en las normas.

Esta definición de “normas” que se centra en la producción textual tiene su homólogo en la recepción del texto, ya que las expectativas de los usuarios referentes a la interpretación también están basadas en las normas, que derivan de un sistema de creencias en parte modificadas por la experiencia, sobre lo que una buena interpretación debería ser. Estas expectativas se organizan en modelos normativos que se relacionan con la cultura de distintos subgrupos, los cuales se pueden reconstruir analizando las expectativas y los criterios de calidad aplicados por los usuarios de la interpretación como producto.

Según este enfoque de las normas, en el ámbito de la interpretación, el concepto de calidad es esencialmente normativo y se basa en normas que se negocian entre todos los actores implicados. Para los actores que tratan con el producto final directamente (intérpretes y usuarios), la evaluación de la calidad se basa en un compromiso entre un sistema de creencias que conciernen los estándares de calidad ideales y las condiciones reales bajo las que se trabaja. En la práctica profesional, los intérpretes intentan estar a la altura de los estándares de calidad, pero la mayor parte del tiempo trabajan en situaciones de emergencia. La calidad es un compromiso entre los estándares abstractos y las



limitaciones impuestas por las condiciones reales. Esto se podría aplicar a los usuarios también, ya que no hay ninguna garantía de que las opiniones de los encuestados reflejen realmente los criterios que aplican en la práctica cuando evalúan una actuación real (Garzone 2003).

Concluyendo, consideramos que este último enfoque más reciente que considera la calidad como un aspecto multidisciplinar en el que influyen, entre otros factores, las normas y los estándares ideales, es el enfoque más global que tiene en cuenta no solamente parámetros de calidad, sino también las normas aprendidas por el intérprete a lo largo de su formación y profesión según las cuales actúa y desarrolla su actividad de una manera u otra, lo cual influye indudablemente en la calidad de la interpretación.

#### **4.2. Criterios utilizados en la evaluación de la calidad**

En este apartado, la metodología utilizada consiste de nuevo en realizar un recorrido cronológico por la bibliografía, señalando los parámetros planteados por los autores para comprobar si con el desarrollo de la investigación en interpretación se ha producido un cambio en la valoración de los parámetros de calidad o si se han añadido parámetros nuevos.

En los 80, Bühler (1986) fue la primera en establecer una categorización bastante exhaustiva de los parámetros de calidad, dividiéndolos en lingüísticos y extralingüísticos. Los criterios lingüísticos serían los siguientes: consistencia de sentido con el mensaje original, cohesión lógica, transmisión completa de la interpretación, uso gramatical correcto, estilo adecuado, utilización de la terminología adecuada y acento nativo. Por otra parte, los criterios extralingüísticos serían: fluidez, voz agradable, desenvoltura, resistencia física y mental, fidelidad, preparación exhaustiva de los documentos del congreso, y otras características de la personalidad del intérprete (inteligencia, curiosidad, amplitud de mente, puntualidad, conducta profesional, comportamiento en cabina, buenas maneras, honestidad intelectual, carácter equilibrado, respeto a las normas y condiciones de AIIC, criterios convergentes hacia la habilidad de trabajar en equipo). La clasificación de Bühler ha sido

una de las más utilizadas en los estudios sobre evaluación de la calidad, y una categorización que sigue aún en vigor.

En la década de los 90, los criterios siguen siendo prácticamente los mismos, y hay que esperar hasta la siguiente década para observar un cambio en la categorización de los parámetros de calidad. De esta manera, a principios de la década actual, Kalina (2000) introduce una clasificación innovadora ya que introduce una clasificación de las dimensiones y factores más relevantes en la calidad de la interpretación que incluye la gran mayoría de los parámetros observados en los distintos autores pero divididos en categorías.

Contenido semántico	Actuación lingüística	Presentación
Consistencia	Corrección gramatical	Calidad de la voz
Lógica, coherencia	Cumplimiento de las normas de la LM	Articulación
Transmisión completa	Comprensibilidad	Habla en público
Precisión	Adecuación estilística	Disciplina
No ambigüedad	Adecuación terminológica	Simultaneidad
Claridad	Discreción	Maestría técnica
Fiabilidad	Falta de elementos molestos	Conduct

**Tabla 5.** Dimensiones de la calidad de la producción del intérprete (Kalina 2000: 125)

Prerrequisitos antes del proceso	Condiciones que rodean al proceso	Requisitos en el proceso	Esfuerzos después del proceso
Destrezas y competencias	Número de participantes	Conocimiento y presuposiciones	Seguimiento terminológico
Especificaciones contractuales	Lenguas de trabajo	Condiciones de la presentación del TO	Documentación
Definición de la tarea	Equipo técnico	Requisitos de la LM	Control de calidad
Preparación	Posición de la cabina	Competencia interactiva	Formación posterior
	Composición del equipo		Especialización
	Horas de trabajo, duración del evento		Adaptación al progreso técnico
	Combinaciones lingüísticas		
	Cantidad/calidad del relay		
	Disponibilidad de los documentos		
	Información en las actas		

**Tabla 6.** Factores relevantes en la calidad de la interpretación (Kalina 2000: 126)

### 4.3. Perspectivas en la evaluación de la calidad

Analizar la calidad en interpretación de conferencias significa considerar distintos ángulos y perspectivas, teniendo en cuenta tanto el producto como el servicio proporcionado (Kurz 2003). La percepción de los usuarios de la calidad no puede ser el único criterio para evaluar la calidad de la interpretación. El examen del producto real, es decir, de la interpretación, es un componente importante para garantizar la calidad de la misma. Por lo tanto sería interesante establecer un modelo multiparametral para la descripción y el análisis.

En esta línea, Gile (1991) sostiene que la calidad de la interpretación depende en un grado considerable de los puntos de vista de cada actor envuelto en el acto comunicativo. En interpretación, la evaluación de la calidad por los organizadores y participantes a menudo incluye un componente de conducta y apariencia externa importante, sobre todo en reuniones y congresos políticos y diplomáticos. Por otra parte, la evaluación también dependería de la motivación y atención de los actores implicados y de su interés en la información transmitida.

Se impone, pues, la necesidad de establecer quién o quiénes se encuentran en una mejor posición para evaluar la calidad de una determinada interpretación y qué métodos existen para medir esta calidad. De esta manera, el presente apartado se divide en cuatro subapartados: en primer lugar, haremos un breve análisis sobre qué actores implicados en el proceso de la interpretación se encuentra en una mejor situación para evaluar la calidad de la misma y, en segundo lugar, presentaremos un análisis de los distintos estudios empíricos o experimentales realizados en el campo de la calidad en interpretación desde dos perspectivas: la del intérprete profesional (*cf. infra* § 4.3.2) y la de los usuarios (*cf. infra* 4.3.3).

#### 4.3.1. Los evaluadores de la calidad

A la hora de establecer los posibles evaluadores de la calidad, Gile (1983) advierte de la presencia de tres tipos de evaluadores:

- Los participantes que no entienden la lengua del orador.
- Los colegas pasivos del intérprete.
- El propio intérprete.

En primer lugar, los participantes sólo escuchan al orador o al intérprete, por lo que, si bien se encuentran en una buena posición para juzgar la calidad y coherencia de la interpretación, no pueden evaluar su fidelidad al texto origen. Esta falta de elementos objetivos y de medios directos para comprobar la coherencia intertextual entre el texto origen (TO) y el texto meta (TM) ha sido puesta de manifiesto por varios autores (Kalina 2000, Riccardi 2002, Garzone 2003; Kurz 2003; Gile 2003), los cuales afirman que los participantes deben basarse en indicadores indirectos y en la compatibilidad del significado del texto traducido con su conocimiento del tema que se discute para poder evaluar la interpretación.

Los intérpretes pasivos son otros posibles evaluadores de la calidad. Gile sostiene que, en un congreso, son los mejores jueces de la interpretación simultánea, pero advierte de que esta hipótesis se debería confirmar en dos planos: la verificación de la exactitud de su evaluación de la fidelidad informativa, y la verificación de la convergencia de sus criterios y los de los participantes. No obstante, en muchas ocasiones no pueden escuchar todo el discurso original y la interpretación simultánea al mismo tiempo. Por otra parte, incluso en aquellos casos en los que puedan juzgar la actuación del intérprete, los compañeros de cabina no suelen criticarla so pena de echar a perder la atmósfera de trabajo en equipo.

El propio intérprete es otro posible evaluador de la calidad, y suele ser el más crítico, ya que a veces puede olvidar que la situacionalidad, los antecedentes y el conocimiento técnico del público a menudo suplen lo que no se ha interpretado. No obstante, el intérprete activo no es siempre consciente de todas las pérdidas de información, por lo que en ciertas ocasiones le resulta difícil evaluar globalmente su propia fidelidad informativa.

Posteriormente, Bühler (1986) ofrece una clasificación distinta de los posibles evaluadores: el profesor en el ámbito académico (situación artificial), la organización profesional (mediante exámenes de acreditación igual de artificiales), el intérprete pasivo con experiencia en una situación real, el cliente (organizador, representante de un organismo internacional) o el usuario final.

Lo que Bühler se cuestiona es si los exámenes de los organismos profesionales evalúan a los candidatos teniendo en cuenta los criterios de los usuarios finales. De la misma manera, puede ser que el que contrata a los intérpretes piense en factores económicos en lugar de considerar las expectativas y necesidades de los usuarios e intentar conseguir una buena interpretación a toda costa. En cuanto a los usuarios finales, las expectativas y necesidades varían considerablemente de uno a otro, y éstas no son siempre realistas.

En la década actual, Riccardi (2002) subraya que, si bien el público a menudo no es capaz de darse cuenta de diferencias entre el TO y el TM o de desviaciones o errores, sí percibe los contenidos sin sentido, las dificultades en la transmisión, las frases inacabadas, la falta de dominio en la terminología técnica o los elementos contradictorios. Si la transmisión es fluida y las palabras técnicas son correctas, nadie criticará la actuación del intérprete, y el intérprete se quedaría solo ante su responsabilidad de ofrecer un texto correcto. Esto quiere decir que la evaluación del *packaging* por parte del público tiende a dar una evaluación sesgada hacia la forma en lugar del contenido, lo cual puede conducir a una evaluación sorprendentemente favorable de la calidad en ciertos congresos en los que los intérpretes creían haber realizado una interpretación de baja calidad.

Más adelante, Gile (2003) introduce nuevos evaluadores posibles, afirmando que los usuarios son en primer lugar los oradores a los que se interpreta y los oyentes que reciben el discurso meta, pero, dado que la interpretación tiene lugar en un ambiente profesional y económico, también habría que incluir a las personas que no participan directamente en el acto comunicativo pero que forman parte del proceso, como los organizadores, los que pagan el servicio, los técnicos que están a cargo del equipo de sonido y los que introducen a nuevos intérpretes en la profesión, es decir, los formadores y los seleccionadores. Para ellos, los parámetros más importantes de calidad pueden no ser los mismos que para los oyentes de la interpretación.

#### 4.3.2. La evaluación de la calidad desde la perspectiva del intérprete

Existen determinados estudios empíricos o experimentales que se han llevado a cabo para corroborar los planteamientos teóricos vertidos en el ámbito de la calidad. A la hora de realizar un estudio empírico que evalúe la calidad de la interpretación, el investigador debe decidir de antemano quiénes deben ser los sujetos que proporcionen una valoración de la interpretación de acuerdo a una serie de parámetros establecidos. En la bibliografía consultada vemos que existen dos tendencias principales:

- Una tendencia mayoritaria que prioriza las necesidades del usuario y que considera que éste es el que debe evaluar la interpretación (Gold 1973, 1976; Seleskovitch 1986; Kurz 1989, 1993, 2001; Gile 1990; Meak 1990; Déjean Le Féal 1990; Ng 1992; Marrone 1993; Vuorikoski 1993; Kopczynski 1994; Mack y Cattaruzza 1995; Moser 1995, 1996; Collados 1998; Andres 2000) (*cf. infra* 4.3.3.).
- Otra tendencia que prefiere atender a las opiniones de los propios intérpretes a la hora de definir los parámetros que influyen en la calidad de la interpretación, y que estima que éstos están en una mejor posición para evaluar la calidad (Bühler 1986; Altman 1990) (*cf. infra* 4.3.2.).

Según Kurz (2003) los dos enfoques básicos de evaluación de la calidad de un servicio serían complementarios y no excluyentes.

En este apartado y en el siguiente expondremos los estudios realizados en cada uno de los enfoques básicos de la evaluación de la calidad; por una parte, el presente apartado aborda los estudios más relevantes que se han centrado en la perspectiva de los intérpretes profesionales y que constituyen una minoría en el espectro de estudios realizados sobre la calidad. Por otra parte, el siguiente apartado se centra en el análisis de los estudios realizados desde la perspectiva del usuario.

Cabe destacar que nuestra intención no es exponer todos los estudios realizados de manera exhaustiva, sino sólo aquéllos que por su carácter innovador resultan más relevantes en el trabajo que nos ocupa y que han influido en la realización de nuestro estudio exploratorio. Por lo tanto, en este apartado nos centraremos en tres estudios que, a pesar de ser poco recientes, consideramos relevantes por su aportación al campo de la calidad en interpretación: el de Bühler (1986), Altman (1990) y Lamberger-Felber (2003).

### **Bühler (1986)**

En el campo de la evaluación de la calidad, sin lugar a dudas el estudio que encabeza la lista de los estudios de calidad desde la perspectiva del intérprete es el de Bühler, ya que fue la primera en analizar las opiniones de los intérpretes, basándose en los comentarios de algunos miembros de la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia (AIIC) y del CACL<sup>3</sup>.

En primer lugar, cabe destacar que, a pesar de que AIIC tiene en cierto modo en cuenta la opinión de los usuarios al establecer sus criterios de admisión, la mayoría de los miembros no considera esta opinión demasiado importante. A este respecto, Bühler se pregunta si verdaderamente se puede esperar que un participante juzgue la calidad de la interpretación dado que no conoce el original, y si una valoración positiva refleja simplemente una impresión subjetiva que los intérpretes profesionales no tienen en cuenta en todas las situaciones.

---

<sup>3</sup> Para garantizar que sus miembros cumplen altos estándares de calidad, AIIC estableció un Comité de Admisión y Clasificación Lingüística de los candidatos (CACL).

Entre los criterios lingüísticos que los miembros de AIIC y de CACL tienen en cuenta a la hora de evaluar el trabajo de un candidato, se encuentran los siguientes (por orden de importancia):

- Consistencia de sentido con el mensaje original. Este criterio se corresponde con la fidelidad del traductor que aparece en los códigos profesionales de las organizaciones de traductores, y con la línea de la escuela de París.
- Cohesión lógica.
- Utilización de la terminología adecuada.
- Transmisión completa de la interpretación. Al ver que este parámetro no se encuentra entre los tres más importantes, Bühler se pregunta si esto quiere decir que una transmisión completa durante un período de tiempo más prolongado no es realista o si, como algunos dicen, resumir es una función importante que se espera del intérprete.
- Fenómenos estructurales lingüísticos, como uso gramatical correcto y estilo adecuado, considerados menos importantes siempre y cuando no perjudiquen la comunicación.
- Acento nativo. En este parámetro se produjeron algunas discrepancias, ya que los hablantes nativos de inglés suelen aceptar de mejor grado un acento no nativo que los hablantes nativos de francés.
- Fluidez. La autora considera que debería considerarse no sólo un criterio lingüístico, sino también una apreciación subjetiva (el 100% del CACL considera este parámetro muy importante frente a un 49% del grupo total). Bühler plantea la cuestión de si este bajo porcentaje del grupo total refleja realmente las necesidades de los participantes, ya que éstos se pueden cansar más fácilmente y sentirse incómodos si tienen que escuchar una interpretación que carece de fluidez, aunque sea coherente y correcta desde el punto de vista gramatical y terminológico.



Entre los criterios extralingüísticos, los miembros de AIIC y de CACL citaron la fidelidad, la voz agradable, la resistencia física y mental, la apariencia agradable, más importante en consecutiva que en simultánea y la desenvoltura.

En cuanto a la preparación exhaustiva de los documentos del congreso, considerada un hábito de trabajo muy importante, los encuestados no le concedieron tanta importancia como a otros aspectos (73% grupo total, 67% CACL). La autora opina que el uso correcto de la terminología y la preparación exhaustiva de los documentos del congreso van de la mano, ya que estos documentos son los que ofrecen la terminología más adecuada.

Las características relativas a la personalidad mencionadas anteriormente se complementaron con más rasgos, como inteligencia, curiosidad, amplitud de mente, puntualidad, conducta profesional, comportamiento en cabina, buenas maneras, honestidad intelectual, carácter equilibrado, y respeto a las normas y condiciones de AIIC. Todos estos criterios convergen hacia la predisposición de trabajar en equipo.

En cuanto a la pregunta de si estos criterios reflejan las expectativas y necesidades de los participantes, de los colegas intérpretes o de los dos, la respuesta fue que los criterios de consistencia con el discurso original y transmisión completa, fundamentales para la comunicación interlingüística y para la calidad de la interpretación, sólo se pueden juzgar comparando el discurso meta con el discurso origen. Los participantes no suelen conocer el original y su calidad y no están en condiciones de juzgar la calidad de la interpretación mediante criterios tan superficiales como el acento nativo, la voz agradable y la fluidez. Por lo tanto, habría que diferenciar entre las expectativas y las necesidades de los participantes, y, dado que las expectativas son a menudo irreales, Bühler opina que se debería introducir y estudiar en más profundidad el concepto de “educación del usuario”, en el sentido de que lo primero que habría que hacer es enseñar al usuario en qué consiste realmente interpretar.

Este estudio pionero nos parece fundamental en cuanto que es tomado como punto de referencia en estudios posteriores relacionados con el tema de la calidad. No obstante, el estudio no se puede considerar del todo representativo de las expectativas y criterios de los intérpretes, dado que se centra únicamente en los miembros de AIIC y de

CACL, es decir, la muestra es limitada. Sin embargo, es interesante por ser uno de los primeros estudios realizados sobre los aspectos que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación.

### **Altman (1990)**

En la década de los 90, cabe destacar el estudio de Altman, quien realizó un análisis contrastivo entre las opiniones de intérpretes de la Comunidad Europea y de AIIC para establecer la opinión que tienen los intérpretes de la contribución que hacen, los factores que más afectan a su trabajo y bajo qué circunstancias consideran que no han conseguido establecer la comunicación entre orador y receptor. Con tal fin, la autora realizó en primer lugar una encuesta entre intérpretes funcionarios o *freelance* de la, por aquel entonces, Comunidad Europea en Bruselas (1989), y en segundo lugar una encuesta entre miembros de AIIC (1990).

En cuanto a las causas de los problemas comunicativos, algunos intérpretes denunciaron el hecho de que los participantes no tuvieran en cuenta a los intérpretes, y muchos admitieron que los intérpretes no siempre son responsables de los errores en la transmisión del discurso, ya que a veces se les acusa injustificadamente. Respecto a las influencias específicas en la capacidad de los intérpretes a la hora de facilitar la comunicación, el factor más crucial es la calidad de la transmisión del sonido. El segundo, la familiaridad con el tema, ya que la interpretación se puede ver fuertemente perjudicada cuando no se dispone de los documentos del congreso y, en tercer lugar, una visión clara del orador, factor considerado fundamental para los miembros de AIIC (*cf. supra* § 2.2.3.1).

La segunda encuesta era casi idéntica para determinar en qué grado los resultados de otro grupo de intérpretes distinto coincidían con los de la encuesta de Bruselas. Se encuestó a miembros de AIIC que eran intérpretes activos, *freelance* y residentes en el Reino Unido, con más experiencia (19 años) que los de Bruselas (13 años). Las lenguas de trabajo más comunes eran el inglés y el francés, pero en general los intérpretes de AIIC tendían a tener menos combinaciones lingüísticas que los de la Comunidad Europea. Por otra parte,

la gran variedad de encargos que reciben los *freelance* hace que estén más familiarizados con los errores comunicativos y dependan más de los documentos del congreso.

Algunas de las conclusiones que Altman extrajo tras comparar los resultados de las dos encuestas serían las siguientes:

- Muchos intérpretes de AIIC consideran que el intérprete tiene un efecto muy positivo en el proceso de comunicación, mientras que muy pocos intérpretes de la Comunidad Europea piensan lo mismo. Esto denota una mayor satisfacción laboral entre los intérpretes de AIIC.
- Los intérpretes de AIIC suelen estar de acuerdo con el grupo de Bruselas en que las diferencias culturales son un mayor obstáculo que las lingüísticas, aunque algunos respondieron que existe una simbiosis natural entre lengua y cultura que hace imposible dissociar la una de la otra.
- La mayoría de los dos grupos dice ser consciente normalmente de los errores.
- Los intérpretes de AIIC tienden más que los de la CE a admitir que los intérpretes también son responsables de la falta de entendimiento, tal vez debido a la dificultad de los temas que suelen interpretar, aunque ambos grupos afirman que a menudo se les suele culpar injustificadamente.
- En cuanto a la pregunta de si los intérpretes son capaces de mejorar la calidad de un discurso original, la mayoría opina que sí. Esto se aplica especialmente a la consecutiva (más precisión y coherencia) y a aquellas situaciones en las que el orador no domina demasiado bien la lengua en la que está hablando.

En cuanto a los factores individuales que más afectan a la interpretación, los más importantes son los siguientes (ordenados por orden de importancia):

- Familiaridad con el tema.
- Calidad de la transmisión del sonido.
- Debate de un documento no disponible.
- Velocidad del orador.

- Calidad del discurso original.
- Visión clara del orador.
- Que los delegados hablen en una lengua que no es la nativa.
- El estado de cansancio del intérprete.
- Que el orador utilice la lengua extranjera más sólida del intérprete.
- El estado de salud del intérprete.
- La grabación del intérprete en audio o en vídeo.

Como conclusión, cabe destacar que la inclusión de este estudio se debe a que la realización de un análisis contrastivo como método para obtener resultados sobre la evaluación de la calidad ha influido considerablemente en el desarrollo de nuestro estudio exploratorio de la segunda parte.

### **Lamberger-Felber (2003)**

Por último, ya en el nuevo siglo, nos parece particularmente interesante el estudio de Lamberger-Felber, ya que se diferencia de los otros dos en que analiza el efecto de una sola variable en la calidad de la interpretación: la disponibilidad del texto origen, por lo que el estudio se circunscribiría en la categoría de análisis de la calidad como variable dependiente.

La autora realizó un estudio para investigar la influencia de la disponibilidad del documento del orador cuando se interpretan discursos leídos en voz alta. Los sujetos eran 12 intérpretes de conferencias austríacos con al menos 10 años de experiencia profesional, a los cuales se pedía que interpretaran 3 discursos leídos en voz alta de 8-10 minutos del inglés al alemán. Los intérpretes se dividieron en 3 grupos, A, B y C. El grupo A tenía que interpretar un discurso con el texto con el tiempo suficiente para prepararlo, el grupo B tenía que interpretar un discurso con el texto disponible para usarlo en cabina pero sin tiempo de preparación, y el grupo C un tercer discurso sin haber leído el texto del orador. Los intérpretes recibían la misma documentación e información que sus colegas que habían trabajado en el congreso real. Después de interpretar, los intérpretes tenían que rellenar un cuestionario sobre los discursos que habían interpretado. Las dos hipótesis de partida eran

las siguientes: (1) que la disponibilidad del texto original en cabina reduce la cantidad de omisiones o errores en nombres y números, y (2) que los intérpretes generalmente producen menos errores semánticos y omisiones cuando tienen el texto original.

Al analizar los resultados, se confirmó la primera hipótesis, pero la cantidad media de omisiones o errores en nombres y números varía considerablemente entre los intérpretes de un mismo grupo, de manera que no hubo ningún número o nombre en los 3 discursos que se interpretara de forma incorrecta por todos los intérpretes del grupo. No obstante, si bien la cantidad media de números y nombres correctos es mayor para los dos grupos de intérpretes que trabajan con el texto, se observa una actuación bastante desigual dentro de cada grupo de intérpretes, con lo que se pone de manifiesto que las condiciones de trabajo del estudio no son las únicas que determinan la calidad de la interpretación.

A modo de conclusión, se podría decir que la interpretación correcta de un determinado número o nombre y, en definitiva, de un fragmento de información concreto no depende tanto de la disponibilidad del texto como de la capacidad de trabajo del propio intérprete.

#### **4.3.3. La evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario**

Si bien hay algunos estudios sobre la evaluación de la calidad desde la perspectiva del intérprete, son muchos más aquellos que se han centrado en la perspectiva del usuario final. De hecho, la investigación en las expectativas y preferencias de los usuarios es fundamental, ya que un mejor conocimiento de lo que éstos desean puede ayudar al intérprete a comunicarse más fácilmente con ellos, a reforzar su postura en las negociaciones con los organizadores y a mejorar su formación (Kurz 2003). No obstante, a pesar de la naturaleza orientada al usuario de la profesión de la interpretación de conferencias, los estudios sobre las expectativas del usuario constituyen un tema de investigación desde hace tan solo una década.

Dado que la calidad “must begin with customer needs and end with customer perception” (Kotler & Armstrong 1994: 568, cit. en Kurz 2003), aquellos que se encargan

de proporcionar un servicio se deberían esforzar por comprender mejor lo que sus usuarios esperan exactamente de ellos. Por desgracia, el concepto de calidad es escurridizo (*cf. supra* § 4.1), y se plantea la pregunta de qué es lo que quieren y esperan, qué entienden por una buena interpretación, si todos ellos quieren lo mismo, y cuáles son los parámetros que consideran más importantes. No obstante, como bien subraya Pradas (2003), se plantea la cuestión de qué valor atribuir a las respuestas de los usuarios a los parámetros de calidad si no se tiene la seguridad de que entienden perfectamente lo mismo por cada uno de ellos.

Antes de pasar a analizar la evaluación de la calidad desde la perspectiva de los usuarios, habría que tener en cuenta en base a qué emiten éstos su evaluación. Suscribiendo las palabras de Kotler & Armstrong (1994, cit. en Kurz 2003), en la evaluación de la calidad desde la perspectiva de los usuarios habría que considerar las expectativas previas de los mismos, ya que la calidad se evalúa de acuerdo a las mismas:

A customer may experience various degrees of satisfaction. If the product's/service's performance falls short of expectations, the customer is dissatisfied. If performance matches expectations, the customer is satisfied. If performance exceeds expectations, the customer is highly satisfied or delighted

(Kotler & Armstrong 1994: 553)

(...)The key is to exceed the customers' service-quality expectations. (...) The service provider needs to identify the expectations of target customers concerning service quality

(Kotler & Armstrong 1994: 646)

De esta manera, se podría afirmar que la calidad es evaluada por los usuarios dependiendo de lo que realmente reciben en relación con lo que esperaban. El usuario es el que define la calidad, por lo que las medidas absolutas de la calidad de un servicio que no incluyan sus expectativas no tendrían mucho sentido.

Pasaremos a analizar los estudios más relevantes que se han centrado en la perspectiva de los participantes, y que constituyen el grueso de los estudios realizados sobre la calidad en interpretación de conferencias. Al igual que en el apartado anterior, no pretendemos analizar todos los estudios que se han realizado de manera exhaustiva, sino simplemente destacar las aportaciones más significativas de cada uno de ellos, haciendo

especial hincapié en aquellos estudios que por su carácter innovador suponen un descubrimiento o un avance en la investigación sobre calidad en interpretación.

### **Ng (1992)**

En la década de los 90 comenzó a experimentarse un auge en los estudios sobre calidad en interpretación. Uno de los primeros estudios realizados en esta década fue el de Ng, el cual resulta especialmente innovador ya que es prácticamente el único que analiza la influencia del sexo de los participantes en su evaluación de la calidad, descubriendo así que los criterios de evaluación y las exigencias y expectativas de las mujeres son distintas de la de los hombres.

El objetivo de este estudio es analizar las opiniones de oradores japoneses nativos que suelen recurrir a los servicios de interpretación, centrándose en el uso adecuado de los niveles discursivos. El autor parte de la siguiente hipótesis: un uso adecuado de los niveles discursivos es importante en la interpretación del inglés al japonés. Con este fin, Ng entrevistó a diez usuarios finales nativos de japonés que recurren con frecuencia a los servicios de interpretación para evaluar la actuación de algunos estudiantes de interpretación en la combinación lingüística inglés-japonés. En el estudio había dos fases: la primera fase consistía en un cuestionario con preguntas más generales para que las respuestas fueran más espontáneas, y la segunda fase planteaba cuestiones más específicas ya relativas a los niveles discursivos o los niveles de cortesía utilizados en la interpretación. Otros criterios sobre los que se preguntaba eran la naturalidad (entonación, pronunciación, acento), estructura gramatical y terminología.

Al analizar los resultados, Ng se dio cuenta de que existen diferencias en las respuestas vinculadas al género del encuestado. De esta manera, si bien los encuestados consideran que la facilidad de comprensión es el factor más importante, se observan ciertas diferencias: las mujeres tienden a concederle una mayor importancia a la corrección gramatical y a los niveles discursivos, mientras que los hombres se centran básicamente en la terminología adecuada y en la fluidez. Todos los sujetos conceden una gran importancia a la comprensión del mensaje original por parte del intérprete y a los niveles discursivos, y

admitieron que les molestaban los titubeos. Entre los factores extralingüísticos, los comentarios se centraron en los aspectos sobre la velocidad, calidad de voz y autoconfianza.

La hipótesis inicial se vio corroborada sólo en parte, ya que el 90% de los encuestados reconoció que, aunque el uso adecuado de los niveles discursivos es importante en la interpretación de conferencias, no se sienten ofendidos o incómodos ante un uso incorrecto de los mismos.

A pesar de que este estudio se centra en una combinación lingüística que en principio no es el objeto de nuestro trabajo, lo hemos incluido por ser uno de los pocos estudios que menciona las diferencias de opinión según el género en cuanto a la evaluación de la calidad, de manera que las prioridades de un género y otro a la hora de valorar la interpretación no son las mismas. Cabría preguntarse si esto se produce únicamente en la cultura japonesa o si las diferencias de género en los criterios de calidad se producen en todas las culturas, y, si esto fuera así, si las diferencias en los criterios del estudio de Ng según el género son las mismas en otras culturas.

### **Marrone (1993)**

El estudio de Marrone tiene como objetivo analizar tanto las expectativas de los usuarios como la evaluación real de una determinada interpretación, en este caso, consecutiva. Para ello, el autor distribuyó un cuestionario a los participantes a una conferencia sobre Derecho Constitucional Comparado.

Si bien se destaca la heterogeneidad de los encuestados, según los resultados los parámetros más importantes fueron la transmisión completa del discurso original y el empleo de la terminología adecuada. La entonación fue considerada el criterio menos importante, en la línea de los estudios anteriores. Del mismo modo, los errores que más molestan a los participantes fueron el uso de una terminología incorrecta, una presentación poco cuidada y la reproducción de los errores del orador (redundancias, frases inacabadas).



Marrone concluye subrayando las diferencias existentes entre intérpretes y usuarios en cuanto a la relevancia de determinados parámetros de calidad.

### **Kopczynski (1994)**

En la década de los 90 otro estudio pionero en la evaluación de la calidad desde la perspectiva de los usuarios es el de Kopczynski, quien realizó un estudio a través de cuestionarios entre usuarios polacos para conocer sus actitudes y expectativas sobre la interpretación simultánea. Cabe destacar que este estudio es innovador ya que introduce una diferenciación en cuanto al punto de vista de los participantes, distinguiendo entre oradores y receptores.

Con tal fin, el cuestionario iba dirigido a dos tipos de participantes: oradores y participantes. Las preguntas, aunque formuladas de distinta manera, preguntaban básicamente lo mismo para ver si el punto de vista del participante en un congreso entraña una actitud diferente al mismo problema. Se entrevistó a tres grupos profesionales: humanidades, ciencia y tecnología, y diplomacia, con un total de 57 encuestados.

A la pregunta de qué función de la interpretación consideran la más importante en un congreso (transmisión del contenido general del texto origen, transmisión detallada del contenido del texto origen, precisión terminológica, estilo, corrección gramatical, fluidez del discurso, dicción, voz agradable), tanto los oradores como los receptores opinan que la transmisión detallada del contenido es una función más importante de la interpretación simultánea que la transmisión de la forma. Lo segundo más importante es la precisión terminológica. La forma ocupa el tercer lugar: para los oradores lo más importante es la fluidez y para los receptores el estilo y la fluidez.

No se detectaron diferencias relevantes entre los tres grupos profesionales, ya que en los tres casos el parámetro más importante resultó ser el contenido detallado, seguido de la terminología. No obstante, mientras que el grupo de humanidades favorece la precisión gramatical y el estilo, los otros dos anteponen la fluidez.

Como respuesta a la pregunta de qué factor consideran más molesto (terminología inadecuada, frases con errores gramaticales, errores estilísticos, frases sin terminar, falta de fluidez, mala dicción, entonación monótona, mismo ritmo del discurso, transmisión demasiado general del contenido, transmisión demasiado detallada del contenido), los oradores y receptores están de acuerdo en que lo que más les molesta es la terminología inadecuada. Los oradores mencionan a continuación la transmisión inexacta del contenido de sus discursos y los receptores las frases inacabadas y los errores gramaticales. El segundo factor más irritante para los de humanidades y los diplomáticos son las frases inacabadas, y para los científicos, una vez más, la terminología. Lo tercero para los científicos y diplomáticos es la falta de fluidez y los errores gramaticales, respectivamente, y para los de humanidades, las frases inacabadas.

Las cinco preguntas siguientes se referían al papel más o menos activo del intérprete (*ghost role versus intruder role*). Todos están a favor de la empatía con el orador y prefieren el *ghost role*. La mayoría afirma que el intérprete debe imitar el ritmo y la intensidad de la voz del orador, pero no los gestos, aunque, de todos modos, la mayoría permite las correcciones del orador y la adición de explicaciones, en contradicción con el *ghost role*. Los oradores dicen que pueden ser corregidos mientras que los participantes se oponen a esta idea, y la mayoría excluye la posibilidad de resumir los discursos.

A modo de conclusión, Kopczynski pone de manifiesto que, si bien existen ciertas diferencias entre los tres grupos profesionales, existe una uniformidad generalizada entre las opiniones, ya que se suele dar prioridad al contenido sobre la forma, especialmente al contenido detallado y a la precisión terminológica. Donde difieren los distintos grupos es en la elección de las categorías formales que son importantes en la interpretación, aunque la mayoría prefiere el *ghost role*, si bien permite algunas actividades propias del *intruder role*.

### **Mack y Cattaruzza (1995)**

Cabe destacar el estudio de Mack y Cattaruzza por ser uno de los pocos que se basa en un corpus bastante amplio de reuniones. El estudio, que utilizó el cuestionario como instrumento de medida, se realizó en catorce reuniones bilingües celebradas en Italia entre

octubre de 1993 y mayo de 1994 y en cinco reuniones sobre cooperación comercial celebradas en Europa en las que la mayoría de los participantes dependían completamente de la interpretación. El estudio se centró en los participantes italianos, y se excluyeron los extranjeros, con lo que el número de cuestionarios respondidos quedó reducido a los 58 entregados por los participantes italianos.

El estudio resulta innovador ya que los participantes tenían que responder a preguntas relativas no sólo a la evaluación de la interpretación, sino también a las expectativas a priori, es decir, se pretendía comparar las expectativas previas con la experiencia posterior, y comprobar si la interpretación había satisfecho las expectativas de los participantes. En cuanto a la evaluación de la interpretación, tenían que decidir si la interpretación había sido fácil de seguir, exacta, con un ritmo agradable, fluida, con una terminología correcta y si los intérpretes demostraban un nivel adecuado de preparación y documentación.

En cuanto a la experiencia con la interpretación, la mayoría consideró que ésta había sido fácil de seguir, que los intérpretes habían realizado un buen trabajo de preparación y documentación, y que el ritmo era agradable. Por el contrario, concedieron puntuaciones más bajas a la corrección terminológica y a la exactitud. Según 56 de los 58 encuestados, la interpretación ideal debería ser, en primer lugar, terminológicamente correcta, exacta y fácil de seguir y, en último lugar, fluida y con un ritmo de producción agradable.

La mayor desviación negativa entre la experiencia y las expectativas se produjo en el criterio de “corrección terminológica”, seguido por el de “precisión”, mientras que las puntuaciones para la calidad experimentada fueron mayores que las de las expectativas en las características “fácil de seguir” y “fluidez y ritmo de producción agradables”.

Los datos no explican los motivos de las pequeñas diferencias registradas entre las percepciones y las expectativas de los usuarios. Las autoras suponen que son una consecuencia, bien de una muy buena interpretación, bien del desconocimiento por parte de los participantes de lo que son capaces de hacer los intérpretes; también podría deberse

a un desconocimiento del aspecto lingüístico en un contexto intercultural o a las dificultades experimentadas por los participantes al evaluar la interpretación en categorías normalmente irrelevantes para ellos en su vida cotidiana.

Por último, las autoras opinan que se debería hacer una clara distinción entre la calidad relativa requerida por un intérprete profesional en determinadas circunstancias en una determinada reunión, y la calidad absoluta, la cual es subjetiva al basarse en factores humanos que pueden evolucionar diacrónicamente, pero que debería ser evaluable a través de criterios definidos racionalmente.

### **Moser (1996)**

El estudio de Moser se realizó como un encargo del Comité de investigación de AIIC. Su objetivo, en la línea de la evaluación desde la perspectiva del usuario, consiste en aunar las evaluaciones producidas por una amplia gama de usuarios e intentar interpretar su importancia, a través de la utilización de los métodos de la investigación empírica de las ciencias sociales.

El estudio fue realizado durante 1993 y 1994 por 94 intérpretes que distribuyeron cuestionarios a participantes a un total de 84 congresos distintos. La mayoría de los participantes actuaba en el papel pasivo de oyentes, pero había un porcentaje significativo que actuaba también como orador. La mayor parte de ellos había utilizado anteriormente los servicios de interpretación. El estudio resulta novedoso porque tiene en cuenta el grado en que las características individuales de los encuestados puede influir en sus respuestas o expectativas hacia la actuación del intérprete, ya que considera el tipo de congreso en el que se enmarca la interpretación: macroreuniones técnicas, reuniones técnicas pequeñas, reuniones generales pequeñas y macroreuniones generales.

Siguiendo en la línea de estudios empíricos anteriores (Kurz 1989, 1993), la hipótesis que se investiga es que distintos grupos de usuarios podrían tener expectativas diferentes dependiendo del tipo de congreso. Consideramos que las cuestiones que plantea

el autor son fundamentales para desarrollar un estudio de la calidad desde la perspectiva del usuario, de ahí la inclusión de algunas de estas preguntas en el trabajo que nos ocupa:

- ¿Qué constituye una buena interpretación desde el punto de vista de los usuarios?
- ¿Cómo evalúan los usuarios la importancia de varios criterios de calidad en la interpretación? Si la evalúan ¿son las evaluaciones fiables y coherentes?
- ¿Varían las expectativas de los usuarios mucho de una serie de circunstancias a otras (distintos tipos de congreso) o tienen los usuarios una serie de expectativas básicas que prevalecen independientemente del tipo de congreso?

Los criterios más mencionados fueron la transmisión completa del contenido, la precisión terminológica (sobre todo en reuniones grandes y pequeñas de contenido técnico) y la fidelidad al discurso original. No obstante, se observa una mayor preferencia hacia la concentración por parte del intérprete en los aspectos esenciales en detrimento de la transmisión completa, sobre todo en aquellos usuarios que habían utilizado anteriormente los servicios de interpretación, lo cual sugiere que este aspecto depende de la experiencia que los usuarios han tenido en ocasiones pasadas, ya que ni el tipo de congreso ni la experiencia como usuario de la interpretación explican la importancia atribuida a este factor. Por otra parte, existe una preferencia hacia la fidelidad al significado original que hacia una reproducción literal de las palabras. El cuestionario no corrobora la presuposición de que los participantes en congresos técnicos prefieren una reproducción más literal.

La claridad de expresión es muy importante, al igual que la corrección gramatical y la terminación de las frases. También es importante la voz agradable, pero no así el acento nativo, siendo los españoles o italianos los que más se molestan con acentos extranjeros o regionales.

Existen algunas diferencias entre los parámetros mencionados entre las macroreuniones y las reuniones pequeñas. En el primer tipo, se consideran importantes la calidad de la voz (casi tanto como la fidelidad al texto original) o la interpretación completa

del discurso original, frente a la concentración en los aspectos esenciales de los participantes en reuniones pequeñas. En cuanto a la especialización del evento, en las reuniones técnicas, ya sean grandes o pequeñas, se subraya la importancia de la exactitud terminológica, pero no así la literalidad de la interpretación como se creía en un principio. No obstante, Moser pone de manifiesto que, si bien hay parámetros más valorados en un tipo de evento más que en otro, en definitiva el grado de importancia concedido a los factores mencionados no depende tanto del tipo de evento como de las características del propio usuario, siendo la frecuencia con que utilizan los servicios de la interpretación un factor que influye en la evaluación de la interpretación.

Como conclusión, cabe destacar que nos hemos detenido en este estudio porque en la segunda parte veremos si los resultados de Moser en cuanto a los criterios considerados más importantes en las reuniones técnicas coinciden con los resultados extraídos de nuestro estudio exploratorio. Por otra parte, consideramos que su análisis contrastivo entre las opiniones de participantes a distintos tipos de reuniones resulta sumamente interesante e innovador.

### **Collados (1998)**

Collados realizó otro estudio innovador desde la perspectiva de los participantes, ya que se centra en analizar cómo afecta un parámetro de calidad concreto, la entonación monótona, a la evaluación de la interpretación simultánea realizada por dos grupos de sujetos: usuarios e intérpretes. La autora afirma que los estudios empíricos sobre las expectativas de los intérpretes y de los participantes indican que los intérpretes son, por regla general, más exigentes, pero que la voz agradable y/o la entonación no son criterios importantes en la evaluación de ninguno de los dos grupos.

Por otra parte, Collados plantea la cuestión de que la evaluación real de la producción no tiene por qué corresponder necesariamente con las expectativas de los usuarios o intérpretes. Esto la llevó a analizar cómo se comportan los grupos de usuarios finales cuando evalúan el criterio de consistencia del sentido con el mensaje original, especialmente debido a los estudios empíricos anteriores sobre las expectativas y evaluación

de los usuarios en los que este criterio era considerado unánimemente como el más importante. Con este análisis, la autora pretende:

- verificar la hipótesis de que algunos errores de contenido pasarían desapercibidos a ambos grupos (usuarios e intérpretes).
- verificar la hipótesis de que los errores que pasan desapercibidos no afectan a la evaluación de la interpretación por parte de los sujetos.

Los sujetos eran juristas que utilizaban con cierta frecuencia los servicios de interpretación, es decir, usuarios ocasionales o habituales, con un total desconocimiento de la lengua alemana. Concretamente los sujetos eran profesores de la Facultad de Derecho o de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada. El tema era la financiación de los partidos políticos en la RFA.

En definitiva, el propósito del estudio de Collados consistía en medir el efecto de los criterios de entonación y consistencia del sentido con el mensaje original basándose en distintas versiones de la interpretación de un mismo texto original grabado por un profesor de lengua alemana con voz monótona. Para ello, se elaboraron tres grabaciones de la interpretación simultánea:

- Versión 1: IS con entonación monótona del intérprete y coherente con el sentido del discurso original.
- Versión 2: IS con una entonación no monótona del intérprete, pero con fallos en la transmisión del sentido del discurso original.
- Versión 3: IS con entonación no monótona y coherente con el sentido del discurso original.

Los juristas fueron divididos en 3 grupos y cada grupo escuchaba una de las versiones. Se introdujeron seis tipos de errores de contenido: errores en la transmisión de los números, omisiones, incoherencias, adiciones y transmisiones incorrectas del significado. Se repartieron dos cuestionarios: un cuestionario distribuido antes de escuchar

la interpretación simultánea, que preguntaba a los participantes sobre sus expectativas, y otro distribuido después de escucharla en el que se incluían cuatro puntos adicionales: evaluación global de la interpretación, impresión del profesionalismo del intérprete, impresión de la fiabilidad del intérprete y evaluación del discurso original.

Los resultados muestran que, en cuanto al acceso de los participantes a determinados criterios, a pesar del hecho de que es imposible para ellos proporcionar una evaluación objetiva de algunos criterios que consideran muy importantes, al menos en un plano teórico (consistencia de sentido con el discurso original, transmisión completa) muy pocos parecían ser conscientes de esta limitación. El hecho de que la gran mayoría evaluó estos criterios indica que sus evaluaciones se basan en una impresión general subjetiva o en otros criterios aparte de los analizados en este estudio. De esta manera, en la evaluación de la consistencia del sentido con el mensaje original, los resultados obtenidos parecen indicar que los usuarios no detectaron los errores de contenido insertados en la versión 2 de la interpretación.

En cuanto a la evaluación global de la interpretación, la versión 3 recibió la puntuación más alta, seguida por la 2. Dado que el criterio de consistencia con el mensaje original no podía ser evaluado por los sujetos, éste no influyó en su evaluación global de la interpretación.

En la evaluación de los criterios de calidad analizados, las diferencias entre las versiones 1 y 2 no son significativas en ninguno de los ocho criterios restantes (acento nativo, voz agradable, fluidez, cohesión lógica, interpretación completa, empleo de la terminología adecuada, estilo y dicción). Sin embargo, la versión 1 recibió puntuaciones menores, lo que parece indicar que la entonación monótona tiene un efecto negativo en la evaluación de los otros criterios de calidad. Por su parte, la versión 2 obtuvo las puntuaciones mayores en todos los criterios, lo cual pone de manifiesto que cuanto menos monótona es la entonación, más positiva es la evaluación de los usuarios.

Las conclusiones de Collados son cruciales en el tema de la calidad. Los resultados de su estudio muestran que existe una clara separación entre la calidad real y la calidad



percibida o éxito de la interpretación. Los usuarios no son buenos jueces de la calidad, y sus expectativas están relacionadas con el concepto de calidad, pero no con la percepción real de la calidad.

Por otro lado, las expectativas de los participantes no son decisivas, ni en su evaluación ni en la importancia relativa y peso real que conceden a los distintos criterios. La autora cree que esto significa que los usuarios desean y exigen, implícitamente, un cierto grado de intrusión por parte del intérprete.

### **Garzone (2002, 2003)**

El estudio de Garzone (2003) resulta innovador porque tiene un objetivo diferente: verificar la correspondencia entre las opiniones abstractas sobre calidad en interpretación dadas por los usuarios en respuesta a cuestionarios o encuestas y los criterios reales que utilizan al evaluar la interpretación real. Esto se debe a que la autora sostiene que en los estudios en los que se pide a los participantes a un congreso que puntúen la importancia relativa que atribuyen a los criterios de evaluación de la calidad, no hay ninguna garantía de que las opiniones expresadas por los encuestados reflejen realmente los parámetros que aplican en la práctica cuando evalúan una interpretación real, de manera que la calidad de una interpretación simultánea podría ser el resultado de un compromiso entre estándares abstractos y las limitaciones impuestas por las condiciones reales en las que se trabaja.

El material utilizado fueron los primeros nueve minutos de la interpretación de un texto sobre asma, en la que la traducción era exacta y fluida, sin dudas o falsos comienzos. A continuación, se volvió a grabar la interpretación por otro intérprete introduciendo algunos cambios poco importantes pero añadiendo una serie de dudas y alterando los rasgos prosódicos del texto.

El experimento consistió en dos fases: en la primera fase se distribuyó un breve cuestionario a 16 sujetos (8 médicos y otros 8 profesionales, la mayoría ingenieros), todos con alguna experiencia como usuarios de la interpretación en congresos internacionales. En el cuestionario se les pedía que puntuaran cuatro de los criterios de calidad utilizados por

Kurz en sus estudios (1988, 1993): fluidez, voz agradable, cohesión lógica, y consistencia del sentido con el mensaje original. Los resultados mostraron que los requisitos formales son considerados mucho menos importantes que la cohesión y la consistencia de sentido con el mensaje original, criterios que, como ya hemos visto en la mayoría de los estudios analizados, son siempre los más relevantes.

La segunda fase tenía el objetivo de comprobar si en realidad los encuestados aplican los mismos criterios al evaluar la interpretación. Así, se pidió a los sujetos que escucharan las dos versiones interpretadas del mismo texto, la original, que era correcta y caracterizada por la voz agradable y la fluidez, y la interpretación manipulada, con diferencias formales.

Según los resultados, aunque en el cuestionario todos los encuestados consideraron que la voz agradable y la fluidez eran menos importantes, en la práctica las características formales de la interpretación tienen un gran impacto en su evaluación de los demás aspectos. Así, las dudas y la prosodia errática interfirieron bastante en la evaluación, ya que en la segunda interpretación, aunque era correcta en su contenido, se evaluó con una menor puntuación la consistencia y la cohesión.

A modo de conclusión, la autora pone de manifiesto que las respuestas a los cuestionarios a menudo reflejan ideas abstractas sobre los criterios de calidad, por lo que no son fidedignas si no se formula un concepto de calidad que se pueda aplicar en la práctica: cuando se habla en términos puramente abstractos, la evaluación de cada criterio aparece aislado, mientras que en el proceso de una evaluación real los distintos elementos se solapan e interfieren unos con otros.

Como conclusión de este apartado, podríamos decir que estos estudios corroboran la hipótesis de los autores (*cf. supra* § 4.2) sobre los criterios que más influyen en la evaluación de la calidad por parte de los participantes, e incluso el orden de importancia de los criterios también se confirma en muchos casos, especialmente en cuanto a la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión lógica, la transmisión completa de la información y la utilización de la terminología adecuada, que son los cuatro

parámetros más relevantes desde el punto de vista de los participantes en la mayoría de los estudios teóricos y experimentales.

A pesar de que el presente trabajo se centra en los congresos de medicina, hemos considerado pertinente incluir este apartado sobre la evaluación de la calidad para contrastar posteriormente los resultados con los del análisis de la evaluación de la calidad en congresos de medicina, y comprobar si los criterios considerados más importantes en los congresos de medicina por parte de los intérpretes y participantes son distintos de los criterios más importantes en los congresos de otra temática.

Por último, nos gustaría decir que cada uno de los estudios aquí descritos nos han ayudado a elaborar nuestro propio estudio, por lo que consideramos que el análisis de cada uno de ellos facilita la comprensión de la metodología utilizada en nuestro estudio exploratorio.

#### **4.4. La evaluación de la calidad de la interpretación en el ámbito de la medicina**

En el apartado anterior (*cf. supra* § 4.3) hemos analizado los distintos estudios realizados en el plano de la calidad tanto desde la perspectiva de los intérpretes profesionales como de los participantes, sin limitarnos a un ámbito concreto, es decir, estos estudios se han llevado a cabo en reuniones de temática muy diversa. En el presente capítulo, siguiendo con nuestro análisis piramidal, hemos decidido concluir con un apartado dedicado a la evaluación de la calidad de la interpretación en el ámbito de la medicina. Cabe destacar que los estudios realizados en este ámbito son bastante escasos, por lo que nos hemos centrado en tres estudios que han influido directamente en la elaboración de nuestro estudio exploratorio de la segunda parte.

##### **Gile (1990)**

El estudio de Gile es innovador ya que hace una distinción entre las lenguas de los participantes, en este caso, el inglés y el francés. Para analizar el juicio real tal y como se cristaliza en la mente de los participantes al escuchar la interpretación, Gile elaboró un

cuestionario para evaluar la calidad de la interpretación durante un congreso de oftalmología genética en el que asistieron participantes anglófonos y francófonos, si bien el número de francófonos superaba con creces el de los anglófonos. Por consiguiente, existían dos versiones del cuestionario, una en inglés y otra en francés. Para obtener un mayor índice de respuesta y una mayor espontaneidad, el cuestionario incluía en primer lugar preguntas sobre una serie de criterios más globales que los de Bühler (1986) que no exigieran demasiada reflexión. Los participantes tenían que dar su opinión sobre la calidad general de la interpretación y, a continuación, sobre la calidad general del lenguaje utilizado, la terminología, la fidelidad, la voz, el ritmo y la entonación. El cuestionario concluía con una pregunta sobre las deficiencias principales de la interpretación y se pedía que se comentaran otros aspectos.

Los resultados muestran que la evaluación de la calidad por parte de los participantes francófonos es muy parecida a la de los participantes anglófonos. La mayoría de los encuestados francófonos la consideraron “buena”, y una minoría “media”. En cuanto a los anglófonos, la homogeneidad de las respuestas fue aún mayor, ya que consideraron la interpretación “muy buena”. No obstante, los resultados indican que las evaluaciones de los participantes anglófonos son mejores que las de los colegas francófonos, ya que no sólo responden “muy buena” a todas las preguntas, sino que hay participantes que incluso escriben que la interpretación es excelente. Esto puede ser debido a dos hipótesis:

- Los participantes anglófonos en general son menos críticos que los francófonos, hipótesis comentada normalmente entre los intérpretes.
- Los participantes anglófonos son menos críticos en el congreso analizado por constituir una minoría de extranjeros que no comprenden la lengua del lugar, y que por lo tanto agradecen a los intérpretes que les permitan participar.

Los sujetos de este estudio no consideran la calidad de los rasgos prosódicos demasiado importante (cabe recordar que la pregunta sobre la calidad global de la interpretación precede a todas las demás, de manera que corresponde probablemente a una primera reacción espontánea y no a una ponderación a posteriori de los demás

componentes). Así, se podría formular la hipótesis de que los médicos conceden una menor importancia a la calidad de la voz, del ritmo y de la entonación que otros tipos de público.

### **Kurz (1989, 1993)**

Los dos estudios de Kurz no sólo son interesantes por centrarse en congresos de medicina, sino por la comparación de los resultados con los del estudio de Bühler (1986) dirigido a intérpretes de AHC. Una vez más, nos gustaría decir que este estudio también ha condicionado la concepción de nuestro estudio exploratorio en cuanto que se basa en el análisis contrastivo entre las opiniones de los participantes y las de intérpretes profesionales.

En el primer estudio, Kurz (1989) analiza los criterios que influyen en la calidad desde el punto de vista de los participantes a un congreso de medicina. Se les pidió que rellenaran un cuestionario indicando la importancia que atribuían a una serie de criterios cuando escuchaban una interpretación: acento nativo, voz agradable, fluidez, cohesión lógica del discurso, consistencia del sentido con el mensaje original, transmisión completa de la interpretación, uso gramatical correcto y utilización correcta de la terminología.

El criterio de consistencia del sentido con el mensaje original fue el más valorado. Si bien es cierto que los participantes no están en situación de comparar la interpretación simultánea con el original y por lo tanto no pueden juzgar si el sentido es coherente con el discurso original, esperan que el intérprete produzca un discurso correcto atendiendo al mensaje original.

La cohesión lógica de la interpretación obtuvo también una valoración muy alta, seguida de la utilización de la terminología adecuada. Los resultados del presente estudio confirman la suposición de Bühler relativa a la relevancia del empleo de la terminología adecuada en la evaluación de la calidad. La transmisión completa de la información es considerada menos importante que en el estudio de Bühler. Kurz cree que esto se debe a

que los participantes prefieren que el intérprete no traduzca los elementos repetitivos y se centre en los elementos más importantes del discurso.

Según Bühler, la fluidez no se debería evaluar como un criterio meramente lingüístico sino como una “sensación subjetiva” de los participantes. En su estudio, el 100% de los miembros del CACL consideraban este criterio muy importante en comparación con el 49% del grupo total. Bühler se pregunta si este bajo porcentaje del grupo total refleja las necesidades de los participantes “...since delegates may tire more easily and tend to feel uneasy if they have to listen to a halting interpretation, even if it is logically coherent and correct as to grammar and terminology”.

Los participantes en el estudio de Kurz desmintieron esta suposición de Bühler: sólo el 28% evaluó el criterio como muy importante y el 45% como importante, incluso uno de cada cinco (21%) lo considera menos importante, tal vez por tratarse de un congreso médico. Seguramente este parámetro obtendría una valoración de “muy importante” en el caso de la interpretación para los medios de comunicación o en las conferencias diplomáticas de alto nivel. Parece ser que los participantes en este estudio estaban más interesados en obtener la información técnica correcta (de ahí su énfasis en la terminología, consistencia del sentido y cohesión lógica).

En cuanto al uso gramatical correcto, sólo el 11% de los participantes lo considera muy importante, y el 32% opina que es importante; más de la mitad consideran este criterio menos importante (47%) o incluso irrelevante (8%). Una vez más, hay que tener en cuenta que en otro tipo de congresos este parámetro podría ser más importante. Se podría decir, pues, que este criterio no es más que un fenómeno estructural superficial de la lengua, cuya ausencia no perjudicaría tanto a la comunicación como la falta de cohesión lógica.

Por otra parte, mientras que en el estudio de Bühler los intérpretes profesionales consideran el acento nativo y la voz agradable dos parámetros importantes, sólo un tercio de los participantes del estudio de Kurz considera que el acento nativo merece una calificación elevada.

Como conclusión, Kurz indica que sólo se hallaron altas correlaciones entre los estándares de evaluación de AIIC (en el estudio de Bühler) y las expectativas de los usuarios (tal y como se determinan en este estudio) en aquellos criterios fundamentales para la comunicación, como el empleo de la terminología apropiada, la cohesión lógica del discurso y la consistencia del sentido con el discurso original. Otros criterios que los intérpretes consideran muy importantes o importantes, como el acento nativo, la voz agradable, el uso gramatical correcto e incluso la fluidez y la transmisión completa del discurso original recibieron calificaciones inferiores por los participantes en este estudio. Estos resultados sugieren que los participantes no tienden a juzgar la calidad de la interpretación por estos parámetros más superficiales, al menos en los congresos de medicina, por lo que existen diferencias en la importancia de los criterios de calidad entre los intérpretes profesionales de AIIC y los participantes.

Más adelante, Kurz (1993) decidió verificar su hipótesis de que distintos grupos de usuarios atribuyen una importancia distinta a los criterios de calidad, por lo que habría que distinguir entre distintos públicos en lugar de hablar del usuario en singular. Para ello, decidió realizar un estudio sobre las expectativas de distintos grupos de usuarios verificar si las expectativas y criterios de evaluación de los médicos difieren de los de otro tipo de usuarios. La autora distribuyó un cuestionario bilingüe inglés/alemán utilizando los ocho criterios de calidad anteriores para realizar un estudio contrastivo entre tres grupos distintos de usuarios: médicos, ingenieros y diplomáticos. Los cuestionarios se distribuyeron en tres tipos de congresos de temática diferentes:

- El primer cuestionario se distribuyó en un congreso de medicina (1989) (47 cuestionarios).
- El segundo se distribuyó en septiembre de 1989 entre los ingenieros participantes a un congreso internacional sobre control de calidad (29 cuestionarios).
- El tercer cuestionario se distribuyó en 1989 durante una reunión del Consejo de Europa sobre las equivalencias en Europa (48 cuestionarios).

Posteriormente se compararon las respuestas proporcionadas por los tres grupos con las de los miembros de AIIC (Bühler).

Tras analizar los resultados, Kurz llegó a la conclusión de que en general los criterios más relevantes para los tres grupos, por orden de importancia, son los siguientes: consistencia del sentido con el discurso original, cohesión lógica, empleo de la terminología adecuada, interpretación completa, fluidez, uso gramatical correcto, voz agradable y acento nativo.

No obstante, Kurz detectó ciertas divergencias en la evaluación de algunos criterios. De esta manera, la consistencia con el discurso original recibió una valoración muy alta por parte de los tres grupos, si bien los delegados del Consejo de Europa consideraron el criterio de la terminología adecuada aún más importante. En cuanto a la cohesión lógica, las valoraciones difieren más. Los participantes al congreso médico consideran este criterio igual de importante que la consistencia con el discurso original, pero los ingenieros lo consideran el tercero más importante tras la consistencia y la terminología adecuada. Los delegados asistentes a la reunión del Consejo de Europa lo sitúan en cuarto lugar, tras la terminología correcta, la consistencia y la transmisión completa de la información.

Por lo general, los participantes reconocen que completan la información del texto a través de sus propios conocimientos, y suelen tolerar una menor consistencia siempre que no perjudique la comunicación.

Respecto al empleo de la terminología adecuada, los participantes a la reunión del Consejo de Europa lo consideran el criterio más importante, lo cual resulta sorprendente. Sin embargo, éstos están acostumbrados a una terminología específica que esperan oír durante el congreso, por lo que esperan que el intérprete utilice la jerga técnica a la que están habituados y son menos tolerantes hacia cualquier tipo de desviación.

La transmisión completa de la interpretación es un factor considerado menos importante por los médicos e ingenieros, tal vez debido a que los congresos científicos se suelen caracterizar por una gran densidad informativa, y los intereses de los participantes



tienden a ser muy selectivos. Pudiera ser que los participantes a la reunión del Consejo de Europa concedan una mayor importancia a la transmisión completa de la interpretación dado que para ellos un intercambio de información y experiencias con sus colegas constituye un objetivo importante del congreso. Esto requiere una comprensión total de los argumentos con sus matices. Si se omiten los detalles o matices en la interpretación, se puede perjudicar la comprensión exacta del comentario expuesto por otro delegado.

Por otra parte, muchos participantes a las reuniones de los organismos internacionales son capaces de comprender una o más lenguas extranjeras. Para ellos, la interpretación no es una necesidad sino un servicio. A veces, escuchan la interpretación porque esperan captar los detalles y matices que no captarían si escucharan el original. Si no se cumplen estas expectativas, estos participantes preferirían confiar en su conocimiento, aunque sea imperfecto, de las lenguas extranjeras.

En la fluidez influyen igualmente los factores situacionales. Los delegados del Consejo de Europa consideran este parámetro más importante que los participantes médicos e ingenieros, lo cual puede deberse a que sus reuniones suelen ser discusiones activas. Una interpretación dubitativa y un ritmo poco natural e interrumpido puede considerarse como un obstáculo para el intercambio espontáneo de la información y experiencias.

En cuanto al uso gramatical correcto, mientras que en el estudio de Bühler los intérpretes consideran este parámetro muy importante, los participantes en el estudio de Kurz lo consideran bastante menos importante, y los ingenieros en este estudio incluso lo sitúan en último lugar, ya que consideran que la violación de las reglas gramaticales, rasgo característico de la lengua hablada, no afecta necesariamente a la comprensión de un texto, e incluso los errores menos importantes pasan a veces desapercibidos. Sin embargo, cabe destacar que estos resultados proceden de delegados de habla inglesa y alemana. Puede ser que otros grupos lingüísticos, como los franceses, atribuyan un mayor peso a la gramática.

La voz agradable es un factor considerado menos importante por los participantes en este estudio en general, a diferencia de los intérpretes, resultado que coincide con los de

la encuesta de Gile (1990) de que la voz de los intérpretes no influye demasiado en la evaluación global de la interpretación. Por último, el acento nativo se considera el criterio de calidad menos importante, con lo cual no se confirma la hipótesis de Bühler.

En definitiva, los intérpretes del estudio de Bühler otorgan en general más importancia a los parámetros de calidad que los participantes en el estudio de Kurz, por lo que parece ser que las exigencias de los intérpretes son mayores que las de los usuarios.

Kurz concluye diciendo que, si bien existe un consenso generalizado por parte de todos los grupos sobre la importancia de algunos de los criterios, los intérpretes (estudio de Bühler) y los usuarios difieren entre ellos en sus opiniones sobre la importancia de otros criterios, siendo los intérpretes más exigentes que los usuarios. Por otra parte, Kurz añade que distintos grupos de usuarios tienen distintas prioridades a la hora de evaluar la calidad de la interpretación.

### **Meak (1990)**

En su análisis, Meak se centra en la percepción de diez especialistas médicos italianos de distintas ramas que asisten frecuentemente a congresos internacionales. Lo innovador de este cuestionario es que la autora relaciona los resultados con la rama de especialidad específica de cada encuestado. Las profesiones, según la especialización, son las siguientes: psiquiatra, bioquímico, médico forense, cardiólogo, urólogo, pediatra, patólogo, farmacólogo, investigador biomédico y biólogo.

En cuanto a los resultados del estudio, algunos expertos (pediatra, patólogo) opinan que la interpretación no les permite seguir bien el congreso ya que el intérprete no conoce el tema a fondo y debe reelaborar lo que éste ha traducido. Otros, como el médico forense, aunque son más positivos, opinan que en campos muy especializados incluso para los mismos especialistas, no les sirve de mucho la interpretación simultánea.

La mayoría de los encuestados no conceden una excesiva importancia al uso inadecuado de términos especializados, aunque añaden que, si son demasiado frecuentes,

se desconcentran porque tienen que reconstruir a menudo el mensaje transmitido (discurso paralelo).

En cuanto a los ejemplos, los expertos opinan que, si el orador plantea muchos ejemplos, basta con que el intérprete traduzca uno, pero si hay sólo uno, debe traducirlo porque puede ser determinante. Los ejemplos son difíciles de traducir ya que el orador puede recurrir a expresiones muy comunes o demasiado líricas o clásicas. El pediatra es el único que atribuye una mayor importancia a los ejemplos. No obstante, lo que más interesa a los expertos desde el punto de vista de la interpretación son las cifras y los datos, ya que la falta de precisión puede provocar pérdidas de información y la credibilidad del intérprete queda, pues, comprometida. Otro tipo de información que algunos de los encuestados subrayan es el cargo, título y lugar de trabajo del orador, porque ello les permite conocer mejor su personalidad y valorar su nivel de experiencia y de conocimientos. Si se trata de un médico de renombre, huelga traducir sus méritos por ser ampliamente conocidos entre los especialistas de ese campo, pero si se trata de un médico desconocido, sí resulta interesante saber de quién ha sido alumno, sus estudios, etc. Cabe destacar que los expertos opinan que lo más importante es saber el centro en el que trabaja el ponente para corroborar la veracidad de los datos expuestos.

En cuanto a las tablas y los gráficos, lo más importante es traducir el objetivo de los mismos, las unidades de medida, el significado de algunas definiciones y los comentarios.

En la proyección de vídeos, los encuestados consideran importante la traducción de la parte descriptiva, es decir, de los comentarios y razonamientos para establecer la relación entre las ideas expuestas por el orador. Cabe destacar que los expertos siguen con especial atención la interpretación de vídeos, de manera que, cuando el contenido es muy técnico, los encuestados insisten en que el intérprete debe proporcionar una interpretación muy precisa, de modo que éste debe poseer unos conocimientos técnicos bastante sólidos. Por otra parte, los encuestados destacan la importancia de interpretar correctamente el debate que suele seguir a las presentaciones en los congresos de medicina, ya que es el momento en el que se pueden confrontar teorías, plantear preguntas, manifestar dudas, aprobaciones

u opiniones contrarias. Además, debido a la estrecha interacción entre los participantes, éstos se dan cuenta inmediatamente de si la interpretación es correcta.

Las ramas de la medicina que requieren una precisión especial por parte del intérprete serían, según los encuestados, la inmunología (citada por casi todos), la endocrinología, la bioquímica, la cardiocirugía, la neurocirugía y las ramas en las que los resultados se expresan en unidades de medida muy pequeñas. La inmunología, la genética y los temas de laboratorio presentan además una jerga particular a menudo incomprensible para los no iniciados.

En cuanto a la velocidad, hay disparidad de opiniones. Según el bioquímico, urólogo, pediatra y patólogo la velocidad no les resulta un factor demasiado relevante, mientras que el psiquiatra, farmacólogo, investigador biomédico y el biólogo subrayan que pierden a veces información con discursos muy rápidos; el médico forense prefiere que el intérprete resuma en lugar de dejar frases inacabadas y el cardiólogo opina que es difícil seguir un discurso demasiado rápido pero también demasiado lento.

Respecto a la traducción de las siglas por parte del intérprete, asistimos a una disparidad de opiniones, ya que algunos de los encuestados opinan que es indispensable traducirlas (bioquímico, cardiólogo, investigador médico), otros dejarlas en la versión original, sobre todo si están en inglés (bioquímico, cardiólogo, patólogo, farmacólogo), otros que las siglas en inglés se pueden dejar tal cual pero no así las francesas (urólogo, pediatra) y por último otros que opinan que habría que traducirlas al menos la primera vez (biólogo).

La crítica que se le podría hacer al estudio de Meak es que no tiene valor estadístico, como bien afirma la propia Meak, ya que se ha consultado a muy pocos expertos, pero sí constituye un buen punto de partida para investigaciones futuras. Tampoco aparecen los motivos que llevan a la autora a seleccionar estas preguntas y no otras, o estos especialistas y no otros.

**Galli (1990)**

El estudio de Galli es distinto de los anteriores, ya que no se basa en el análisis de los parámetros que más influyen en la calidad de la interpretación. Su estudio tiene como objetivo principal comprobar de qué manera influyen los siguientes tres factores en la calidad de la interpretación de congresos médicos: la direccionalidad, el tipo de material y la velocidad. Para ello, se sirvió de dos tipos de texto:

- Textos preparados para la comunicación formal.
- Textos semiespontáneos o esbozos que el orador suele utilizar para orientar su discurso.

La autora justifica la elección de los tres factores alegando que en la interpretación surgen diversos problemas dependiendo de la naturaleza del material a interpretar, y que se podría pensar en un principio que el material espontáneo, al ser más redundante, es más fácil de traducir que un texto más formal con un mayor contenido informativo. Sin embargo, el intérprete a menudo padece la progresión desigual de los oradores y los errores gramaticales y circunloquios característicos de los discursos espontáneos. Un texto escrito, aunque sea menos redundante, puede ser más fácil de traducir si su contenido contiene correspondencias de términos y de estructuras gramaticales entre la lengua origen y la lengua meta.

En cuanto a la direccionalidad, muchos intérpretes de congresos de medicina traducen en ambas direcciones, ya que la estructura simplista y el uso de una terminología específica facilita esta situación. Respecto a la velocidad, las presentaciones en los congresos médicos contienen mucha información, y los oradores tienden a hablar muy rápido porque generalmente tienen muy poco tiempo para comentar los resultados de años de investigación.

Se grabaron diez discursos (cuatro en italiano y seis en inglés) y las versiones interpretadas en dos congresos médicos celebrados en Italia en 1988; cada intérprete (tres intérpretes profesionales italianos) traducía un discurso entero de unos veinte minutos. Los

intérpretes conocían el tema del congreso de antemano, habían leído textos especializados y tenían en las cabinas listas de palabras y diccionarios médicos, aunque no disponían de las ponencias. Asimismo, podían ver al orador y la pantalla donde se mostraban las diapositivas. En la transcripción, se transcribieron los errores sintácticos, repeticiones y salidas falsas, pero no así los errores de pronunciación, pausas y vocalización lingüística.

El análisis se hizo a partir de la comparación entre los textos originales y las versiones traducidas. El objetivo del estudio era detectar dónde se alejaban las interpretaciones de los textos originales y ver la influencia de los tres factores mencionados en dichos distanciamientos del original. Los tres tipos de “distanciamiento” que podían hacer los intérpretes eran los siguientes: material omitido, material añadido, material sustituido y material interpretado (resúmenes que no conducen a una pérdida de información y proporcionan una correcta interpretación de frases poco claras, resúmenes que conducen a una pérdida de información o a una interpretación errónea de frases poco claras).

Los resultados muestran que la direccionalidad no influye significativamente en la calidad de la interpretación. La distribución de las omisiones es muy parecida, debido probablemente a que las omisiones dependen de la velocidad y no de la lengua. Se añade más información cuando se traduce del italiano al inglés, lo cual no se puede explicar, ya que normalmente para el intérprete es más fácil resumir e interpretar del italiano al inglés, debido a la redundancia del estilo italiano y a que es más fácil entender las frases poco claras en italiano.

El intérprete hace más sustituciones cuando interpreta textos semipreparados. Se dan más omisiones de términos en palabras compuestas en los textos preparados (se leen más rápidamente) y las omisiones de un término de una lista o enumeración se dan más en los semipreparados. Asimismo, el intérprete se ve obligado a añadir más información, a reformular y a resumir más en textos semipreparados.

La correlación entre la interpretación y la velocidad es importante. Se detectan tres tendencias principales:

- Cuando la velocidad aumenta, disminuye la capacidad del intérprete de emplear estrategias, por lo que hace más omisiones y menos adiciones.
- El intérprete es normalmente capaz de controlar la exactitud de su traducción.
- La mayor densidad y la velocidad llevan a más errores de traducción de manera que el intérprete ya no es capaz de hacer sustituciones.

La autora concluye diciendo que la direccionalidad y el tipo de material no influyen significativamente en la interpretación, si bien hay más distanciamientos en las cuatro categorías (omisiones, adiciones, sustituciones e interpretaciones) en los textos semiespontáneos, ya que éstos requieren un mayor esfuerzo por parte del intérprete. Por otra parte, a diferencia de lo que predicen la mayoría de los estudios que analizan el factor de la velocidad, Galli concluye que los discursos más difíciles de interpretar son los semiespontáneos, ya que las frases requieren un mayor esfuerzo de reformulación y el empleo de estrategias de adición.

No obstante, este estudio no deja de ser poco representativo dado que cuenta con un corpus muy limitado de congresos.

#### **4.5. Conclusión**

El análisis de la bibliografía existente pone de manifiesto la proliferación de los estudios sobre la calidad de la interpretación en la década de los 90, época en la que surgió un gran interés por descubrir qué factores son los más relevantes para los intérpretes y los usuarios a la hora de emitir un juicio sobre la interpretación.

Como podemos observar, existen cada vez más estudios que analizan la evaluación de la calidad, pero se trata de estudios que se suelen basar casi siempre en casos concretos que tiene características y contextos específicos. Por lo tanto, cabría preguntarse hasta qué

punto valdrían estos resultados para explicar o abarcar una determinada tipología de eventos.

How useful, in terms of practical applications, are generalizations on quality differences in a phenomenon which is always unique, insofar as it corresponds to a single interpreter interpreting a particular sequence of speech segments from a particular language into a particular language under particular working conditions for a particular audience?

(Gile 2003: 115)

Podría ser que, tal y como afirma Kahane (2001), actualmente exista la necesidad de desbrozar el terreno alejándose de definiciones universales sobre "calidad", en condiciones ideales, para pasar a tipologías de reuniones y situaciones con interpretación.

Si comparamos los resultados de los estudios realizados desde la perspectiva del intérprete con los realizados desde la perspectiva del usuario, comprobamos que los criterios de calidad más importantes varían ligeramente de un grupo a otro. Por otra parte, si comparamos los resultados de los estudios realizados en las reuniones de temática diferente a la medicina (*cf. supra* § 4.3.3) con los estudios sobre calidad realizados en las reuniones médicas (*cf. supra* § 4.3.3), observamos que los parámetros considerados más importantes son prácticamente los mismos para los dos grupos. Podríamos decir, pues, que en general los parámetros más importantes son los siguientes (ordenados por su importancia):

- Consistencia de sentido con el mensaje original.
- Cohesión lógica de la interpretación.
- Terminología correcta.
- Transmisión completa de la información.
- Corrección gramatical.
- Fluidez.
- Rasgos prosódicos.

Cabe destacar que el empleo de la terminología adecuada es considerado fundamental en los estudios realizados en el ámbito de la medicina. Esto indica la



pertinencia de haber incluido en el presente trabajo apartados como el lenguaje médico (*cf. supra* § 1.3) o la preparación y documentación para congresos de medicina (*cf. supra* § 3.2). Por otra parte, observamos a lo largo de los estudios analizados que la disyuntiva sobre el grado de especialización del intérprete está bastante presente (*cf. supra* § 3.1), así como la importancia que algunos de los intérpretes encuestados en determinados estudios (*cf. supra* § 4.3.2) atribuyen a los factores contextuales (*cf. supra* capítulo 2). Por lo tanto, podríamos afirmar que los aspectos analizados en los tres primeros capítulos están estrechamente relacionados con la calidad de la interpretación.

En definitiva, cabe destacar las conclusiones de Collados (1998) en cuanto a los estudios sobre la evaluación de la calidad:

- Los estudios sobre calidad, si bien son poco representativos si se toman de manera aislada, en su conjunto ofrecen una serie de datos consistentes sobre las expectativas y evaluación de la calidad por parte de usuarios e intérpretes.
- Los resultados de los estudios ponen de manifiesto la importancia de la transmisión correcta del sentido del discurso frente a otros parámetros de forma o de presentación.
- Por regla general, los usuarios son menos exigentes que los propios intérpretes a la hora de evaluar la calidad de una interpretación.
- Las respuestas teóricas de los usuarios en cuanto a sus expectativas pueden diferir sustancialmente de las respuestas proporcionadas en evaluaciones concretas y reales.
- La importancia otorgada a los distintos criterios por parte de los usuarios varía en algunos casos en función de las características de la situación, congreso o medio en que participan.
- Se impone la necesidad de homogeneizar los cuestionarios que se empleen y toda la metodología que rige los trabajos realizados en el ámbito de la calidad de la interpretación para que se pudieran realizar estudios contrastivos entre los distintos trabajos.

En la segunda parte de nuestro trabajo, pretendemos comprobar a través de nuestro estudio exploratorio cuál es la percepción tanto de los intérpretes como de los médicos en cuanto a la importancia que tiene cada parámetro de calidad. De esta manera, observaremos si son los mismos que los criterios expuestos a lo largo de este capítulo o si difieren en algún punto.



**SEGUNDA PARTE**  
**LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**  
**DE LA INTERPRETACIÓN**  
**EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA EN ESPAÑA**



En los cuatro primeros capítulos del presente trabajo de investigación hemos realizado un análisis descriptivo y crítico lo más exhaustivo posible de los aspectos que forman parte de la interpretación en el campo de la medicina cuyo objetivo principal ha sido aunar las facetas más destacadas de la interpretación especializada, en general, y en el ámbito de la medicina, en particular, a fin de ofrecer el marco teórico general en el que se inscribe la interpretación médica y de establecer un punto de partida para la realización de nuestro estudio exploratorio. Tras realizar este análisis, hemos podido extraer dos conclusiones:

- Que existe un vacío investigador en el campo de la interpretación en el ámbito de la medicina.
- Que se han realizado muy pocos estudios empíricos y/o experimentales en este campo.

Dados estos dos motivos, decidimos llevar a cabo un trabajo exploratorio empírico con el propósito de arrojar luz sobre la situación real de la práctica profesional de la interpretación en el ámbito de la medicina desde la perspectiva de los dos actores más directamente implicados en el proceso de la interpretación: el intérprete profesional y el médico usuario. Esto se debe a que consideramos que para obtener una visión lo más completa posible, necesitábamos basarnos en la opinión de estos dos grupos, ya que el análisis de las opiniones de un solo grupo podría dar una visión sesgada y poco realista. De esta manera, nuestro estudio exploratorio se divide en dos partes diferenciadas pero al mismo tiempo interrelacionadas:

Primera parte: un estudio dirigido a intérpretes profesionales que trabajan con frecuencia en reuniones médicas.

Segunda parte: un estudio dirigido a médicos que asisten frecuentemente a reuniones internacionales multilingües y recurren a los servicios de interpretación.

La necesidad de realizar un estudio exploratorio se deriva de la consideración de que, si bien la observación sistemática y la experiencia personal pueden revelarse útiles para establecer ciertos parámetros de conducta y actuación del intérprete, podrían no ser suficientes para reflejar lo que ocurre en la realidad profesional.

Por lo tanto, esta segunda parte se concibe como un trabajo lógico que se desprende del análisis exhaustivo desarrollado a lo largo de la primera parte. De esta manera, en este estudio exploratorio trataremos, por una parte, de comprobar cómo se aplican en la práctica profesional los planteamientos teóricos analizados en los cuatro primeros capítulos y, por otra parte, de comparar los resultados de este estudio con los de otros estudios realizados hasta la fecha en el campo de la interpretación especializada médica.

Antes de llevar a cabo nuestro estudio exploratorio empírico, analizamos la bibliografía sobre la realización de este tipo de estudios. De esta manera, Kumar (1996) afirma que la investigación empírica se realiza por diversos motivos: examinar de forma crítica determinados aspectos de una profesión, comprender y formular principios orientativos que rigen un determinado procedimiento, y desarrollar y poner a prueba nuevas teorías con el objetivo de mejorar una profesión.

Tras revisar la bibliografía existente sobre la realización de estudios empíricos, llegamos a la conclusión de que existe un proceso claramente establecido a la hora de llevar a cabo cualquier estudio para que éste sea considerado ortodoxo y válido. De esta manera, hemos incluido el proceso por fases de Fink (1995) por considerar que resume los procedimientos propuestos por otros autores (Kumar 1996; Oppenheim 2000) de una manera clara y concisa. Fink propone los siguientes pasos en la realización de un estudio empírico:

- Identificar los objetivos
- Diseñar el estudio
  - o Elegir el tipo de estudio a realizar.
  - o Decidir la población de estudio.

- Preparar el instrumento de medida
  - o Identificar instrumentos existentes y adecuados.
  - o Llevar a cabo una revisión de la literatura.
  - o Adaptar las preguntas a los instrumentos existentes.
  - o Preparar un nuevo instrumento.
- Realizar un estudio piloto
  - o Identificar la muestra para el estudio piloto.
  - o Obtener permiso para el estudio piloto.
  - o Analizar los datos del estudio piloto.
  - o Revisar el instrumento y establecer el instrumento definitivo.
- Administrar la encuesta.
- Organizar los datos.
- Analizar los datos.
  - o Preparar un plan de análisis.
  - o Analizar los resultados.
- Redactar un informe detallado de los resultados obtenidos.

Como podemos ver en este esquema, la realización de un estudio empírico, además de requerir un cierto grado de conocimiento técnico, es un proceso intelectual prolongado en el que en primer lugar y ante todo hay que tener muy claramente definidos los objetivos, hasta el punto de que normalmente, a medida que el estudio va tomando forma, los objetivos experimentan una serie de cambios sutiles como consecuencia de una mayor claridad mental. Por lo tanto, el objeto de la investigación debe establecerse al principio del estudio, si bien es muy común modificar, sustituir o añadir nuevos objetivos a medida que se avanza en el estudio (Fink 1995; Oppenheim 2000). Este factor es sumamente importante, ya que todo lo que sigue en el proceso de investigación (diseño del estudio, procedimientos de medida, selección de la muestra, marco de análisis y estilo de redacción del informe final) depende de la manera en que se ha formulado el objeto de estudio.



**CAPÍTULO 5**  
**LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**  
**DESDE LA PERSPECTIVA DEL INTÉRPRETE**



En este capítulo expondremos la realización detallada del primero de los estudios exploratorios. El capítulo se divide en cuatro apartados: el primer apartado consiste en la descripción detallada de los objetivos que pretendemos conseguir con la realización del presente estudio; en el segundo apartado, determinamos la metodología empleada en la consecución del estudio, y en el tercer apartado exponemos los resultados procedentes del análisis general de los datos, a través de su cuantificación y posterior análisis e interpretación. Por último, en el cuarto apartado concluimos con unas reflexiones generales del estudio empírico realizado.

### 5.1. Descripción de los objetivos

En la línea del esquema de Fink (1995), el primer paso fue establecer lo que queríamos conseguir con la realización del estudio. Los objetivos generales del estudio son dos:

- Establecer cómo se plasman y aplican en el mercado español de la interpretación los parámetros analizados en la primera parte.
- Ofrecer una visión general del mercado de la interpretación en el ámbito de la medicina en España desde la perspectiva del intérprete profesional que trabaja con frecuencia en reuniones médicas.

Para conseguir estos dos propósitos generales, procedimos a una definición de objetivos más específicos, los cuales se corresponden con los distintos parámetros analizados en la primera parte.

Objetivo 1. Establecer el perfil del intérprete que trabaja con frecuencia en reuniones médicas.

Objetivo 2. Corroborar la importancia que concedemos al conocimiento del lenguaje médico (*cf. supra* § 1.3).

Objetivo 3. Definir el contexto en que se desarrolla el trabajo del intérprete de reuniones médicas. Observar si se corresponde con el contexto descrito en la primera parte



o si, por el contrario, se hallan diferencias significativas (*cf. supra* § 2.2).

Objetivo 4. Determinar el proceso de preparación y documentación previo que suele realizar un intérprete de reuniones médicas. Comprobar si aplican el mismo proceso que el analizado en la primera parte (*cf. supra* § 3.2).

Objetivo 5. Conocer el nivel de especialización que se exige a un intérprete de reuniones médicas. Comparar los resultados con los planteamientos y estudios analizados en la primera parte (*cf. supra* § 3.1).

Objetivo 6. Determinar la importancia de la comunicación no verbal en este tipo de reuniones, especialmente de los apoyos visuales (*cf. supra* § 2.2.2.2).

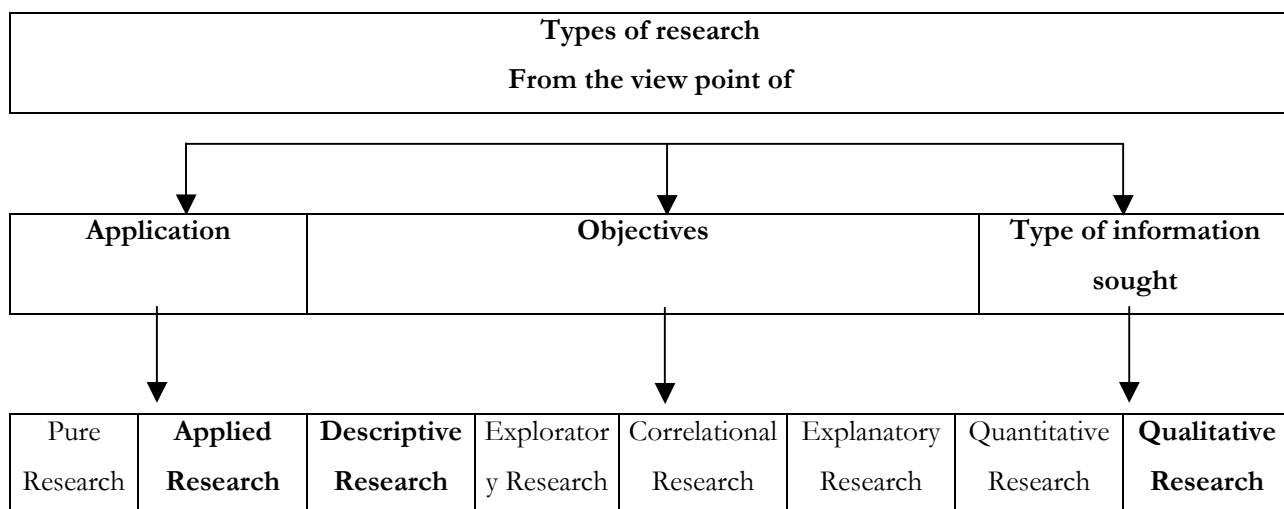
Objetivo 7. Establecer los parámetros que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación. Comparar los resultados con los de los estudios realizados desde la perspectiva del intérprete analizados en la primera parte (*cf. supra* § 4.3.2)

Objetivo 8. Conocer otros factores que condicionan la interpretación en el ámbito de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía: temática más frecuente, tipología de los participantes, aceptación de un encargo de interpretación, ayuda prestada por los participantes, reticencia de los participantes.

## 5.2. Metodología

### Diseño y población de estudio

Una vez establecidos los objetivos, el siguiente paso recomendado por los autores especialistas en la realización de estudios empíricos (Fink 1995; Kumar 1996; Oppenheim 2000) consiste en establecer el tipo de estudio más conveniente para alcanzar nuestros objetivos. Para ilustrar los tipos de investigación empírica existentes, nos basaremos en el siguiente esquema de Kumar (1996):



(Kumar 1996: 8)

**Tabla 7.** Tipos de estudios empíricos

En cuanto a la aplicación, el trabajo exploratorio que nos ocupa se situaría dentro de la categoría de los estudios aplicados, ya que se aplica a la recogida de información sobre varios aspectos de una situación, problema o fenómeno. Respecto a sus objetivos, se considera un estudio descriptivo, ya que su propósito es describir de manera sistemática una situación y la actitud de un determinado grupo hacia un determinado servicio, en este caso, de los intérpretes profesionales que trabajan en congresos de medicina hacia la interpretación prestada en este tipo de eventos.

The important point to recognise is that descriptive surveys chiefly tell us how many (what proportion of) members of a population have a certain opinion or characteristic or how often certain events occur together (...) They are not designed to ‘explain’ anything or to show casual relationships between one variable and another

(Kumar 1996)

A continuación, siguiendo con el esquema de Fink (1995), procedimos a delimitar la población de estudio, ya que en todo estudio empírico es preciso determinar estadísticamente la población a la cual pertenece la muestra base para así poder muestrear la población y elevar los resultados muestrales a los correspondientes valores poblacionales (Pulido 1987). Dado que nuestro propósito fundamental es conocer la situación real de la

interpretación en el ámbito de la medicina en España, consideramos que las opiniones y experiencias de los intérpretes que trabajan en este tipo de acontecimientos es sumamente valiosa, ya que su experiencia puede arrojar luz sobre aspectos desconocidos de la profesión. Por otra parte, teniendo en cuenta que los intérpretes profesionales hablan desde la experiencia cotidiana, sus testimonios suponen una aportación preciosa para contrastar los parámetros analizados en la primera parte con lo que sucede en la práctica profesional.

A la vista de nuestros objetivos, la población de estudio seleccionada son intérpretes profesionales que trabajan y residen en España y que interpretan con frecuencia en reuniones médicas. A fin de garantizar la representación de la mayoría de los miembros de la población, la población de estudio se subdivide en dos categorías principales para incluir así la mayor variedad posible de intérpretes: intérpretes no afiliados a ninguna asociación profesional, ya sean docentes de facultades de traducción e interpretación españolas o *freelance* e intérpretes afiliados a alguna asociación profesional, fundamentalmente AICE<sup>4</sup> y AIIC<sup>5</sup>.

Una vez establecida la población de estudio, tuvimos que redactar dos listados:

- un listado de los centros de traducción e interpretación existentes en España y de los docentes de interpretación que hay en cada uno de ellos.
- un listado de los miembros de AICE y de AIIC residentes en España.

Tras llevar a cabo una búsqueda exhaustiva, establecimos el siguiente listado de centros de traducción e interpretación. En este listado, tan solo hemos incluido a aquellas facultades que tienen un programa establecido de interpretación en el segundo ciclo:

*Andalucía:*

- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad de Granada.
- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad de Málaga.

---

<sup>4</sup> Asociación de Intérpretes de Conferencia de España.

<sup>5</sup> Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia.

*Madrid:*

- Facultad de Lenguas Aplicadas de la Universidad Alfonso X el Sabio.
- Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Instituto Universitario de Lenguas Modernas y Traductores de la Universidad Complutense de Madrid.
- Centro Universitario Cluny.
- Centro de Estudios Superiores Felipe II.
- Facultad de Comunicación y Humanidades de la Universidad Europea de Madrid.
- Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia de Comillas.

*Castilla León:*

- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad de Salamanca.
- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad de Valladolid.

*Galicia:*

- Facultad de Filología y Traducción de la Universidad de Vigo.

*Cataluña:*

- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Facultad de Traducción e Interpretación de la Universidad Pompeu Fabra.
- Facultad de Ciencias Humanas, Traducción y Documentación de la Universidad de Vic.

*Gran Canaria:*

- Facultad de Traducción e Interpretación de Las Palmas de Gran Canaria.
- Facultad de Filología de la Universidad de La Laguna (máster en interpretación de conferencias).

*Comunidad Valenciana:*

- Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Alicante.
- Facultad de Traducción y Comunicación de la Universidad Jaume I.

*País Vasco:*

- Facultad de Filología, Geografía e Historia de la Universidad del País Vasco.

Tras realizar una búsqueda minuciosa de los docentes encargados de impartir la materia de interpretación, conseguimos averiguar que el número total de docentes de interpretación en España es de 78. A continuación, obtuvimos el listado de los miembros de AICE y de AIIC residentes en España. De esta manera, AICE cuenta con 74 miembros y AIIC con 94 miembros. Lo que no nos fue posible averiguar fue el número total de intérpretes *freelance* existentes en España, ya que no hay ningún tipo de colegio profesional o institución que cuente con un registro de todos los intérpretes que trabajan en España por cuenta propia, por lo que decidimos obviar de nuestra encuesta a aquellos intérpretes *freelance* que se dedican a trabajar en España. De esta manera, limitamos la población de estudio a los intérpretes no afiliados a ninguna asociación profesional que imparten docencia en las facultades de traducción e interpretación españolas y a los intérpretes afiliados a alguna asociación profesional.

Tras obtener los datos anteriores, el número total de intérpretes que imparten docencia de interpretación en las universidades españolas y de los intérpretes pertenecientes a AICE y a AIIC asciende a 246. No obstante, no todos estos 246 intérpretes se dedican a trabajar profesionalmente en el ámbito de la medicina, por lo que tuvimos que averiguar efectivamente cuántos de ellos habían trabajado en el pasado asiduamente en este campo, cuántos trabajaban en la actualidad y cuántos no habían trabajado nunca en este tipo de reuniones. Describiremos este paso en el siguiente apartado para mantener el orden en la descripción del estudio.

### **Selección del instrumento de medida**

Una vez establecido el tipo y la población de estudio, el siguiente paso recomendado consiste en determinar el instrumento de medida y la metodología para la realización del estudio. El instrumento de medida que decidimos utilizar es el cuestionario. Los motivos que nos llevaron a tal elección son dos:

- Tras analizar la bibliografía sobre interpretación, llegamos a la conclusión de que el cuestionario constituye el instrumento de medida más utilizado para la recogida de datos (Bühler 1986; O'Neill 1988; Schweda-Nicholson 1989a, 1989b; Kurz 1990, 1993; Ng Bee Chin 1992; Kopcznski 1994; Mackintosh 1994; Moser 1995).
- El cuestionario constituye un instrumento que permite la recogida masiva de datos en un período de tiempo razonable.

Una vez seleccionado el instrumento de medida, se nos planteó la disyuntiva de elegir un cuestionario realizado a través de entrevistas personales, es decir, en contacto directo con el encuestado, o un cuestionario por correo postal o electrónico. Para decidir el tipo de cuestionario, nos guiamos por las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos señaladas por Oppenheim (2000). Las principales ventajas del cuestionario por correo mencionadas por el autor serían el bajo coste de recogida de datos y de procesamiento, la imposibilidad de interpretaciones sesgadas por parte del entrevistador y la capacidad de incluir encuestados que están dispersos geográficamente. Los principales inconvenientes serían la obtención de un bajo índice de respuesta, la imposibilidad de corregir los malentendidos u ofrecer explicaciones, la imposibilidad de controlar el orden en que los encuestados responden y la cumplimentación de todo el cuestionario, y la inviabilidad de recoger evaluaciones basadas en la observación.

Las ventajas e inconvenientes de la entrevista son los contrarios a los de los cuestionarios por correo. Suelen tener un mayor índice de respuesta, ofrecen la oportunidad de corregir malentendidos, llevar a cabo observaciones y controlar que no se queden preguntas sin contestar o incompletas. No obstante, las entrevistas son más

costosas y exigen más tiempo que los cuestionarios, cabe la posibilidad de que las respuestas estén sesgadas por el entrevistador y no se puede llegar a un público tan amplio como a través de los cuestionarios por correo.

Nos decantamos finalmente por el cuestionario por correo electrónico debido a las siguientes razones:

- Nuestra población de estudio se encuentra muy dispersa geográficamente, por lo que la realización de entrevistas personales era prácticamente imposible.
- Evitábamos las interpretaciones sesgadas por parte del entrevistador.
- El coste de recogida de datos y de procesamiento era relativamente bajo.
- Las entrevistas personales habrían alargado el período de realización del estudio de manera considerable.

### **Elaboración del cuestionario**

La elaboración del cuestionario se realizó en cuatro fases:

#### **Primera fase: establecimiento y definición de los contenidos**

En este estudio, analizamos los aspectos y parámetros vinculados al ejercicio de la interpretación en el campo de la medicina siguiendo el mismo esquema piramidal que el de la primera parte, con la inclusión de preguntas correspondientes a estos aspectos y respetando prácticamente el orden mantenido, pero añadiendo un primer bloque con preguntas sobre datos personales y profesionales. No obstante, para que el cuestionario fuera lo más conciso y breve posible a fin de garantizar un mayor índice de respuesta, tuvimos que proceder a una selección crítica y exhaustiva de los aspectos teóricos a incluir. Para ello, incluimos dos tipos de preguntas:

- Preguntas sobre aspectos relevantes en la profesión de la interpretación médica sobre los que existe una bibliografía extensa (calidad de la interpretación,

preparación y documentación, conocimiento del lenguaje médico, importancia de los elementos no verbales).

- Preguntas sobre aspectos relacionados con la interpretación médica sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía pero que creemos desempeñan un papel importante en la interpretación en el ámbito de la medicina (tipología de los participantes, modalidades de interpretación más utilizadas, temática más frecuente, existencia de reuniones médicas multilingües que no recurren a la interpretación, ayuda prestada por ponentes y participantes, reticencia de ponentes y participantes hacia un intérprete no especialista en medicina y condiciones de aceptación de un determinado encargo de interpretación).

El cuestionario se compone de 41 preguntas. El primer bloque (preguntas 1 a 9) se compone de variables relativas a los datos personales y profesionales que definen el perfil del intérprete que trabaja frecuentemente en reuniones médicas y que son fundamentales en cualquier estudio de estas características. Este bloque incluye preguntas relativas al sexo, edad, estudios cursados, años de ejercicio profesional, modalidad de interpretación más practicada, afiliación a asociaciones profesionales, lenguas de trabajo, especialización y actividades profesionales ejercidas además de la interpretación. El objetivo de este bloque es, por una parte, proporcionar un perfil general lo más completo posible del intérprete que trabaja en el campo de la medicina y, por otra parte, definir los distintos grupos de intérpretes, es decir, cumplir con el objetivo 1 establecido en el apartado 5.1.

El segundo bloque (preguntas 10 a 19) se correspondería con el capítulo 2 de la primera parte, y se centra en analizar aquellos datos relativos al contexto de las reuniones médicas, e incluye preguntas sobre los acontecimientos multilingües médicos que recurren con más frecuencia a los servicios de interpretación (Gile 1989; Pöchhacker 1995; Martin y Jiménez 1998; Martin 2002), las modalidades de interpretación más utilizadas, la combinación lingüística y los temas más frecuentes, la frecuencia con que el encuestado interpreta en el campo de la medicina, las zonas geográficas en las que interpreta, la tipología de los participantes y la importancia de la visibilidad (Viaggio 1997; Weale 1997). El propósito de este bloque es cumplir con el objetivo 3 (*cf. supra* § 5.1): describir el



entorno en el que se desarrolla la interpretación médica. El objetivo último sería observar cómo se aplican los parámetros analizados en la primera parte (Pöchhacker 1992; Alexieva 1994; Poyatos 1997) (*cf. supra* Capítulo 2).

El tercer bloque (preguntas 20 a 36) se correspondería con los capítulos 1 y 3 de la primera parte y se basa en la recogida de datos sobre los aspectos profesionales de la interpretación en el campo de la medicina. Está formado por preguntas relativas a la aceptación de un determinado encargo de interpretación, el nivel de especialización que se le exige a un intérprete de medicina (Feldweg 1990; Snell-Hornby 1992), la necesidad de realizar cursos o seminarios de formación, la importancia de la preparación y documentación (Altman 1984; Gile 1986), la disyuntiva entre la preparación terminológica y la conceptual, las fuentes documentales de las que dispone el intérprete (Corpas 2004; Gonzalo y García 2004), el tipo de material que se suele emplear en cabina, el papel que desempeña Internet en la preparación (Lynch 1998), la importancia del conocimiento del lenguaje médico (Gutiérrez Rodilla 1998; Esteban *et al.* 2001) y la ayuda proporcionada por los ponentes y participantes.

Este bloque pretende cumplir con los objetivos 2, 4 y 5 (*cf. supra* § 5.1): (2) determinar la importancia del conocimiento del lenguaje médico para el intérprete que trabaja en reuniones médicas; (4) determinar el proceso de preparación y documentación previo que suele realizar; y (5) conocer el nivel de especialización que se le exige. En última instancia, el objetivo de este bloque es presentar una visión general de los aspectos profesionales (*cf. supra* capítulos 1 y 3).

Por último, el cuestionario concluye con un cuarto bloque (preguntas 37 a 41) correspondiente al capítulo 4 de la primera parte, dedicado a la comunicación en las reuniones médicas, que incluye preguntas sobre las percepciones de los intérpretes en cuanto a la reticencia de oradores y participantes hacia un intérprete no especialista en medicina, el grado de comprensión del mensaje original necesario para realizar una interpretación de calidad, los elementos no verbales que ayudan a la comprensión y los parámetros de calidad más valorados (Bühler 1986; Kahane 2001; Garzone 2002; Collados

y Fernández 2003). Este bloque tiene el propósito de cumplir con los objetivos 6 y 7 (cfr. supra § 5.1): (6) determinar la importancia de la comunicación no verbal en este tipo de eventos, especialmente de los apoyos visuales; y (7) establecer los parámetros que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación.

Cabe destacar finalmente que hay una serie de preguntas incluidas en cada bloque que tienen el propósito de cumplir con el Objetivo 8 (cfr. supra § 5.1): (8) conocer otros factores que condicionan la interpretación en el campo de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía: temática más frecuente, tipología de los participantes, aceptación de encargo de interpretación, ayuda prestada por los participantes y reticencia de los participantes.

### **Segunda fase: selección del tipo de preguntas y formulación de las mismas**

En esta fase, lo primero que decidimos fue el tipo de preguntas a incluir (abiertas, cerradas o una combinación de las dos). A este respecto, resulta bastante interesante la tabla que propone Fink (1995) sobre las directrices para utilizar preguntas abiertas o cerradas (cfr. *infra* Tabla 8). Siguiendo esta tabla, nos detuvimos a analizar cuáles eran nuestros objetivos:

- Obtener datos susceptibles de ser puntuados o categorizados.
- Saber el número de encuestados que optan por una determinada opción y cuantificar así los resultados.
- Presentar datos estadísticos
- Facilitar la cumplimentación del cuestionario y obtener así un mayor índice de respuesta.

Tras examinar nuestros objetivos, nos decantamos por las preguntas cerradas, si bien en algunas reservamos un espacio para especificar y definir otras posibilidades de respuesta distintas de las propuestas. Siguiendo con el esquema de Fink (1995), no nos fue posible identificar otros cuestionarios realizados previamente, ya que hasta la fecha no se ha

llevado a cabo ningún estudio de las mismas características que el que nos ocupa, por lo que tampoco nos fue posible adaptar las preguntas a los cuestionarios existentes. De este modo, tuvimos que preparar un cuestionario completamente nuevo guiándonos por los consejos y recomendaciones de los distintos autores y de especialistas en el ámbito de la realización de cuestionarios. Una vez redactadas las preguntas, procedimos a la redacción de la primera versión del cuestionario para realizar un estudio piloto previo.

	<i>Cuándo utilizar preguntas abiertas</i>	<i>Cuándo utilizar preguntas cerradas</i>
Propósito	Las propias palabras de los encuestados son fundamentales	Se pretende obtener datos que se puedan puntuar o categorizar. Implica saber ordenar las categorías de antemano
Características de los encuestados	Los encuestados son capaces de proporcionar las respuestas con sus propias palabras  Los encuestados están dispuestos a proporcionar respuestas con sus propias palabras	Se pretende que los encuestados utilicen respuestas siguiendo una serie preestablecida de respuestas
Análisis de los resultados	Se pretende analizar los comentarios de los encuestados aunque las respuestas varíen considerablemente	Se prefiere contar el número de encuestados que optan por una determinada opción
Informe de los resultados	Se pretende proporcionar respuestas verbales	Tiene el propósito de presentar datos estadísticos

**Tabla 8.** Directrices para la elección de preguntas abiertas o cerradas

**Tercera fase: realización del estudio piloto**

Cualquier aspecto de un estudio debe ser testado para garantizar el cumplimiento de los objetivos previstos. Por lo tanto, Oppenheim (2000) recomienda dedicar un período de tiempo para construir, revisar y pulir el cuestionario a fin de comprobar el contenido, la formulación y el orden de las preguntas:

This early period of development work really is essential to prevent later problems for, once a fault has found its way into the main field-work, it will almost certainly prove irretrievable

(Oppenheim 2000)

Se procedió a pilotar el instrumento de medida en dos etapas: en la primera etapa se llevó a cabo una valoración del contenido a través de la distribución del cuestionario entre intérpretes profesionales que realizaron una primera evaluación de la pertinencia de los contenidos y de la correcta formulación de las preguntas y respuestas para su comprensión por parte del intérprete encuestado. Con las modificaciones propuestas se realizó una segunda versión corregida y aumentada.

En la segunda etapa, se procedió a una valoración de la forma, para lo cual entregamos la segunda versión a psicólogos expertos en estadística inferencial que revisaron minuciosamente el cuestionario centrándose en los aspectos formales, es decir, en la formulación de las preguntas y en la propuesta lógica y correcta de las respuestas desde el punto de vista de la futura cuantificación y análisis de los datos. El objetivo de esta valoración del cuestionario fue identificar fuentes potenciales de error de medida que pudieran contaminar la interpretación de las respuestas e identificar qué información se deseaba obtener para examinar si el formato y la redacción eran los adecuados.

Una vez revisados los aspectos formales, elaboramos una tercera versión definitiva que fue la que se distribuyó entre los intérpretes (*cf. infra* Apéndice 1).

#### **Cuarta fase: distribución del cuestionario**

Aunque el número total de intérpretes docentes y afiliados a asociaciones profesionales asciende a 246, no todos estos intérpretes se dedican a trabajar profesionalmente en reuniones médicas, ya que hay docentes que no trabajan en el mercado profesional y afiliados que no aceptan encargos de medicina por tratarse de un tema en el que no están especializados. De esta manera, teníamos que averiguar cuántos de estos 246 intérpretes trabajan con cierta frecuencia en este tipo de reuniones. Por lo tanto, dado que la población de estudio es reducida, decidimos no seguir ningún método de

muestreo aleatorio y enviar el cuestionario a los 246 intérpretes para comprobar a través de sus respuestas cuántos de ellos eran intérpretes que efectivamente trabajaban frecuentemente en el ámbito de la medicina. La distribución del cuestionario entre los encuestados se realizó en tres fases:

Fase I: distribución del cuestionario entre los miembros de AICE.

Fase II: distribución del cuestionario entre los intérpretes docentes de la Facultad de Traducción e Interpretación de Granada.

Fase III: envío del cuestionario a los intérpretes docentes de las demás facultades españolas de traducción e interpretación incluidas en el listado del apartado anterior.

Fase IV: envío del cuestionario a los miembros de AIIC residentes en España, los cuales se ubican en siete ciudades (Barcelona, Madrid, Granada, Menorca, Palma, Sevilla y Vitoria-Gasteiz).

De los 246 intérpretes encuestados, hubo 26 que nos respondieron diciendo que no cumplimentaban el cuestionario porque no aceptaban nunca encargos de interpretación en el campo de la medicina. De los 220 restantes, cumplimentaron el cuestionario 61. De estos 61, hubo 23 encuestados que respondieron “nunca” a la pregunta relativa a la frecuencia de interpretación en reuniones médicas, por lo que no los tuvimos en cuenta a la hora de cuantificar los datos.

Finalmente, contamos con un total de 43 intérpretes, que son los que formarían la muestra de estudio analizada. Dado que de los 246 encuestados al menos 49 (que fueron los que admitieron no trabajar en el ámbito de la medicina y respondieron “nunca” a la pregunta relativa a la frecuencia de interpretación en reuniones médicas) no eran intérpretes especializados en el campo de la medicina, establecimos que sólo 197 de los 246 intérpretes totales interpretan con frecuencia en reuniones de medicina. Por lo tanto, obtuvimos un índice de respuesta del 22% (calculado sobre los 197 intérpretes que trabajan en congresos de medicina).

Intérpretes docentes y afiliados a asociaciones profesionales en España	246
Intérpretes que respondieron diciendo que no trabajan en congresos de medicina	26
Intérpretes que respondieron “nunca” a la pregunta relativa a la frecuencia de interpretación e congresos médicos	22
Intérpretes que respondieron al cuestionario y que afirman interpretar en mayor o menor grado en congresos médicos	43

**Tabla 9.** Datos obtenidos en cuanto al número de intérpretes que trabajan en el ámbito de la medicina

En este punto, nos gustaría decir que es muy difícil saber si la muestra es representativa, ya que desconocemos el número total de intérpretes que trabajan y residen en España y que se dedican realmente a interpretar en congresos de medicina debido a los siguientes factores:

- Si bien se puede saber el número total de intérpretes afiliados a asociaciones profesionales (especialmente AIIC y AICE), no lo es tanto saber cuántos intérpretes de los registrados se dedican a interpretar en congresos de medicina.
- Aunque podemos conocer el número total de intérpretes docentes en España, no sabemos con exactitud qué porcentaje de ellos ejerce al mismo tiempo de intérprete profesional en congresos de medicina.

Por todos estos factores, nos resultó imposible averiguar el número real que compone la población de estudio para así saber si 43 cuestionarios respondidos constituyen una muestra representativa. No obstante, podríamos considerar que este número es significativo teniendo en cuenta tres factores:

- Que han respondido al cuestionario distintos tipos de intérpretes.
- Que los intérpretes que han respondido al cuestionario están especializados en mayor o menor grado en congresos de medicina, ya que aquellos que no lo están nos respondieron diciendo que no cumplimentaban el cuestionario porque la

medicina no es su ámbito de trabajo habitual.

- Que a la hora de proceder al análisis de los datos desechemos aquellos cuestionarios respondidos por intérpretes que a la pregunta relativa a la frecuencia con que interpretan en congresos de medicina respondían “casi nunca” o “nunca”.

### 5.3. Análisis de los resultados

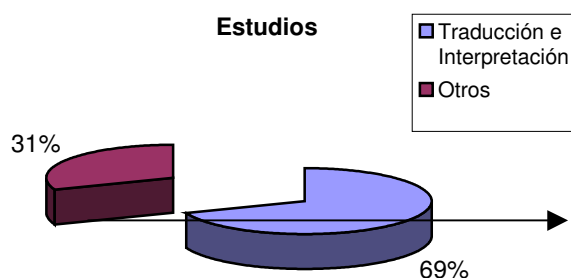
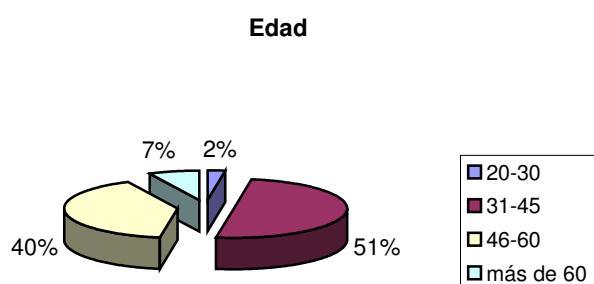
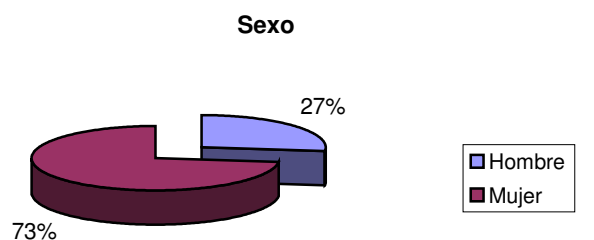
Para analizar los datos, hemos introducido los datos en Excel y hemos obtenido los resultados que exponemos a continuación. Para ilustrar los datos obtenidos, hemos incluido una serie de gráficos de sectores e histogramas correspondientes a cada pregunta en los que se exponen detalladamente cada uno de los porcentajes obtenidos. En aras de la mayor claridad posible, a la hora de exponer los resultados nos remitiremos a la pregunta en cuestión (*cfr. infra* Apéndice 1).

#### 5.3.1. Análisis y discusión de los resultados

##### 5.3.1.1. Cuantificación de los resultados

###### Primer bloque. Datos personales y profesionales

La gran mayoría de los encuestados son mujeres (73%) y tienen más de 30 años (98%). Los encuestados han realizado mayoritariamente la carrera de traducción e interpretación (69%), aunque hay algunos que han cursado además otros estudios, la mayoría Filología Inglesa (7%), pero también Geografía e Historia, Ciencias de la Educación, Filosofía, Filología Hispánica o Germánica, Ciencias Políticas o Másteres en Estados Unidos. Tan solo uno de los encuestados ha estudiado la carrera de Medicina, y otro sujeto ha realizado la carrera de Medicina y un master en Traducción e Interpretación Preguntas 1, 2 y 3).

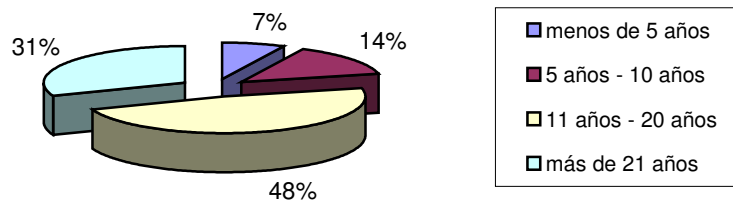


De este 31%, podemos añadir como dato representativo, que el 7 % son Licenciados en Filología

**Gráficos 7, 8 y 9.** Sexo, edad y estudios realizados

La muestra seleccionada se caracteriza por su larga experiencia profesional, ya que la mayoría lleva ejerciendo como intérprete más de 11 años (79%) y tan solo el 7% lleva en la profesión menos de 5 años (pregunta 4). De esta manera, podríamos afirmar, dada su amplia carrera profesional, que su visión sobre la situación de la profesión resulta sumamente útil ya que conocen lo que sucede en la realidad y se encuentran en una buena situación para describir el mercado profesional de la interpretación.





**Gráfico 10.** Años de ejercicio profesional

En la pregunta 5 sobre la modalidad de interpretación practicada principalmente, se pedía a los encuestados que indicaran las dos modalidades más practicadas, marcándolas con un 1 para la principal y con un 2 para la siguiente. No obstante, hubo encuestados que simplemente marcaron con una cruz la opción correspondiente sin especificar ningún número. Por otra parte, hubo encuestados que marcaron hasta tres posibilidades. De esta manera, dada la heterogeneidad que presentan los encuestados a la hora de marcar las distintas opciones, hemos realizado dos análisis: un análisis horizontal sin tener en cuenta la prioridad (puntuación 1 o 2), y un análisis vertical, teniendo en cuenta la prioridad, es decir, el número de veces que los encuestados han marcado con un 1 o un 2 las opciones de respuesta (*cf. supra* tabla de frecuencias). Si se realiza un análisis horizontal, que es el que aparece reflejado en el histograma, vemos que la opción de “interpretación simultánea” la han marcado 41 encuestados, la de “interpretación consecutiva” 26 y la de “interpretación bilateral” 9. Si realizamos un análisis vertical, vemos que la simultánea ha recibido 41 veces el número 1, la consecutiva 6 y las demás ninguna. Por otra parte, la consecutiva ha recibido 20 veces el número 2 y la bilateral 8 veces. Si observamos los resultados de los dos análisis, podemos afirmar sin lugar a dudas que la modalidad de interpretación que los encuestados practican con más frecuencia es la simultánea seguida por la consecutiva y por la bilateral.

Tabla de Frecuencias

	1	2	3	
<b>Simultánea</b>	41	0	0	41
<b>Consecutiva</b>	6	20	0	26
<b>Bilateral</b>	0	8	1	9
<b>Social</b>	0	0	0	0
<b>Otras</b>	0	0	0	0
				<b>76</b>

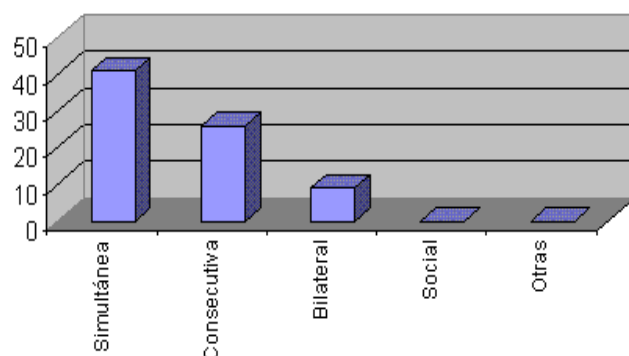


Gráfico 11. Modalidad de interpretación practicada principalmente

El 57% de los encuestados pertenece a alguna asociación profesional, siendo las dos asociaciones principales AIIC y AICE. El grupo de los no afiliados (43%) está constituido básicamente por aquellos intérpretes que se dedican a la docencia de interpretación en las facultades de traducción e interpretación españolas (pregunta 6).

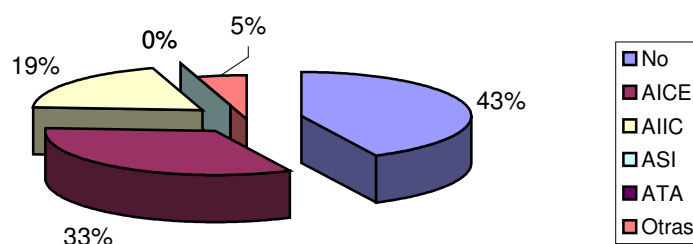
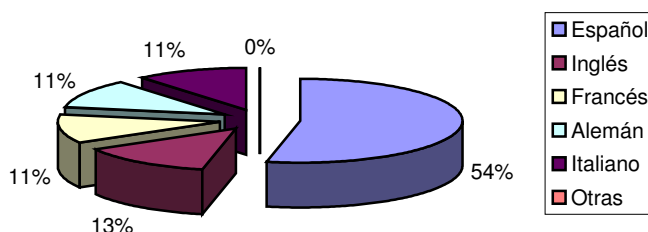


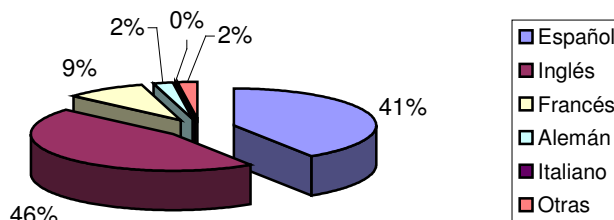
Gráfico 12. Afiliación a asociaciones profesionales

Las lenguas de trabajo de los encuestados son fundamentalmente el español, el inglés y el francés (pregunta 7). En cuanto a la Lengua A, el español es la lengua mayoritaria (54%), seguido por el inglés (13%) y el francés, el alemán y el italiano (11% para cada una de estas tres lenguas). En cuanto a la Lengua B, el inglés es en este caso la principal (46%), seguido por el español (41%) y el francés (9%). Por último, respecto a la Lengua C, la lengua principal es el francés (51%), seguido por el inglés (32%) y por el italiano (11%) y el alemán (3%).

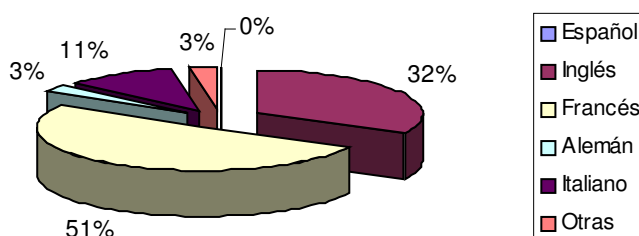
**Lengua materna**



**1ª lengua extranjera**



**2ª lengua extranjera**



Gráficos 13, 14 y 15. Lenguas de trabajo

En cuanto al número de lenguas maternas y extranjeras, resulta interesante observar este resultado, ya que quizá cabría presuponer que el intérprete profesional debe saber muchas lenguas para salir adelante en el mercado laboral. El 86% de los encuestados tienen una sola lengua materna, frente al 14% que dice tener dos, normalmente el español y otra lengua (inglés, alemán o catalán). El 86% tiene una sola lengua B y solamente el 5% tiene dos lenguas B, el español y el francés. El resto afirma incluso no tener ninguna lengua B. En cuanto a la lengua C, más de la mitad tiene una sola lengua C, pero hay un porcentaje significativo de encuestados que tienen dos e incluso tres lenguas C.

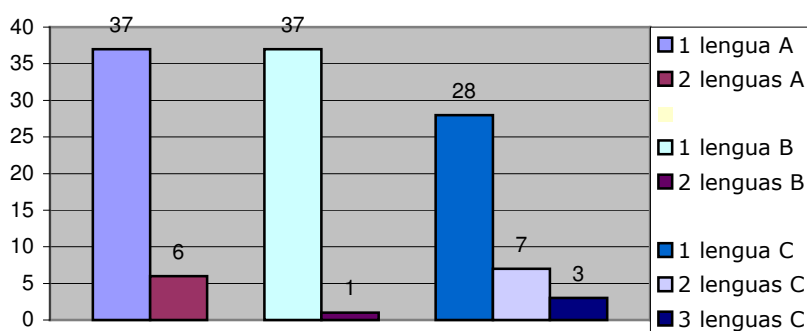
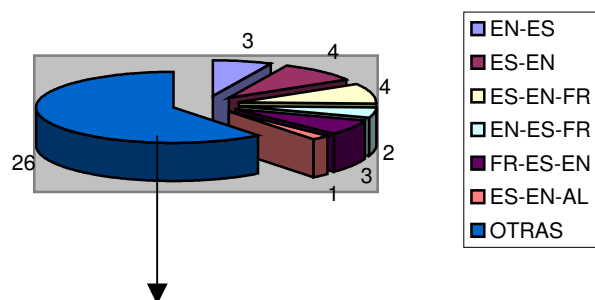


Gráfico 16. Número de lenguas A, B y C

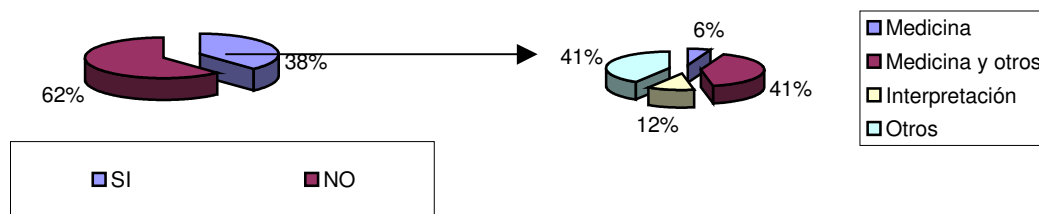
Respecto a la combinación lingüística, podemos observar una heterogeneidad en los resultados. Un 9% tiene la combinación español-inglés, otro 9% español-inglés-francés y el 6% inglés-español. La mayoría (60%) tiene combinaciones distintas a las mencionadas en las que se incluye normalmente el inglés, español, francés, italiano y alemán, pero también otras, como portugués, catalán e incluso hebreo.



OTRAS COMBINACIONES LINGÜÍSTICAS					
A. ES	B. EN	C. AL	A. IT	B. ES	C. EN
A. ES, EN	B. -	C. AL	A. ES	B. EN	C. IT
A. ES	B. EN	C. FR, IT	A. AL	B. ES	C. FR
A. ES	B. FR	C. PORTUGUÉS	A. ES, AL	B. -	C. EN, FR
A. AL	B. ES, EN	C. FR	A. FR	B. ES, EN	C. CATALÁN
A. IT	B. ES	C. FR	A. ES, CATALÁN	B. EN	C. FR
A. IT	B. ES, FR	C. EN	A. ES	B. EN	C. FR, PORT, HEBREO
A. IT	B. ES	C. EN, PORTUGUÉS	A. ES	B. -	C. EN, FR, IT
A. IT	B. ES, EN	C. FR	A. AL	B. ES, EN	
A. ES	B. FR	C. EN	A. AL	B. ES	C. IN, FR

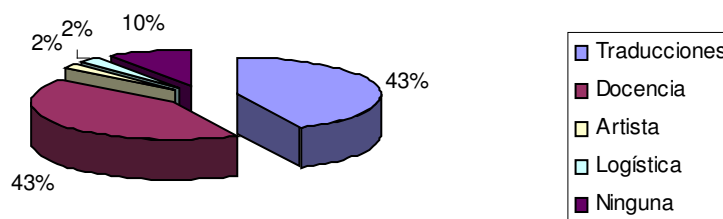
Gráfico 17. Combinaciones lingüísticas

Un punto muy interesante es el de la especialización (pregunta 8). Los datos nos revelan que hay un 62% que no se ha especializado frente a un 38% de intérpretes que sí se ha especializado, de entre los cuales cabe destacar la amplia gama de campos, aunque casi la mitad se ha especializado en medicina solamente o en medicina y otros campos: informática, minería, ingeniería, estadística, microeconomía, deportes, automoción y restauración. El 41% de los especializados, aunque trabaje de vez en cuando en reuniones médicas, afirma estar especializado más bien en otros ámbitos, como la microeconomía, la estadística, la automoción, la restauración, el sector empresarial y la ingeniería mecánica. Hay incluso un 12% de los intérpretes especializados que afirma estar especializado en interpretación (ante los tribunales, técnica, de conferencias), considerándola como una especialización en sí.



**Gráfico 18.** Especialización en algún campo determinado

En cuanto a la pregunta 9 relativa al ejercicio de otras actividades profesionales, los resultados indican que el 90% se dedica a otras actividades, la mayoría a la docencia (43%) y a la traducción (43%). Un 4% se dedica a otras actividades: consultoría lingüística, organización y coordinación de seminarios de español para intérpretes extranjeros y seminarios temáticos (medicina, derecho) para colegas españoles, arte plástico, logística de eventos, periodismo o coordinación académica del Máster en Interpretación de Conferencias de la Universidad de La Laguna.



**Gráfico 19.** Ejercicio de otras actividades profesionales

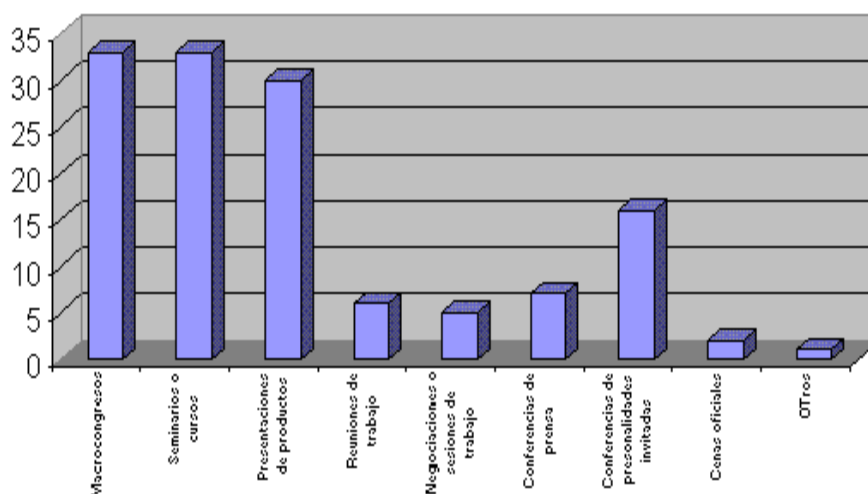
### Segundo bloque. Datos relativos al contexto

El segundo bloque de preguntas está dedicado a los aspectos contextuales (acontecimientos médicos que recurren con más frecuencia a la interpretación, modalidades de interpretación y combinación lingüística más frecuentes, temática, ámbito geográfico, apoyos audiovisuales, tipología de los participantes).

En la pregunta 10 relativa a los acontecimientos médicos internacionales más frecuentes, nos basamos fundamentalmente en la clasificación propuesta por Martin y Jiménez (1998) y Martin (2002) (*cf. supra* § 2.3.1). Dado que se pedía a los encuestados que numeraran los eventos por orden de frecuencia (1 para el más frecuente, etc.), para cuantificar los resultados hemos realizado, al igual que en la pregunta 5, dos análisis distintos: en el primero, hemos llevado a cabo un análisis horizontal en el que hemos tenido en cuenta los eventos más mencionados por los encuestados sin atender a la numeración por orden de frecuencia, ya que algunos de los encuestados no ha numerado los eventos y los ha marcado sin más. Este es el análisis que aparece reflejado en el histograma adjunto. En el segundo análisis hemos considerado la numeración por orden de frecuencia y hemos realizado un análisis vertical (*cf. infra* Gráfico 20).

**Tabla de Frecuencias**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	
<b>Macrocongresos</b>	22	6	4	1	0	0	33
<b>Seminarios o cursos</b>	13	11	9	0	0	0	33
<b>Presentaciones de productos</b>	11	8	7	3	1	0	30
<b>Reuniones de trabajo</b>	3	0	0	3	0	0	6
<b>Negociaciones o sesiones de trabajo</b>	0	1	0	1	0	3	5
<b>Conferencias de prensa</b>	1	0	2	2	2	0	7
<b>Conferencias de personalidades invitadas</b>	4	4	5	0	2	1	16
<b>Cenas oficiales</b>	1	0	0	0	0	1	2
<b>Otros</b>	0	0	0	1	0	0	1



**Gráfico 20.** Acontecimientos médicos más frecuentes

Siguiendo con el primer análisis, los acontecimientos más mencionados son los macrocongresos (33 encuestados) y los seminarios y cursos (33 encuestados), seguidos por las presentaciones de productos, las conferencias de personalidades invitadas, las conferencias de prensa, las reuniones de trabajo, y las negociaciones. Si nos basamos en el segundo análisis, observamos que los macrocongresos son los que han recibido más veces el número 1 (22), seguidos por los seminarios y cursos (13) y las presentaciones de productos (11). De todo ello cabe deducir sin duda que los macrocongresos son efectivamente los acontecimientos que según los encuestados se organizan con más asiduidad en el ámbito de la medicina.

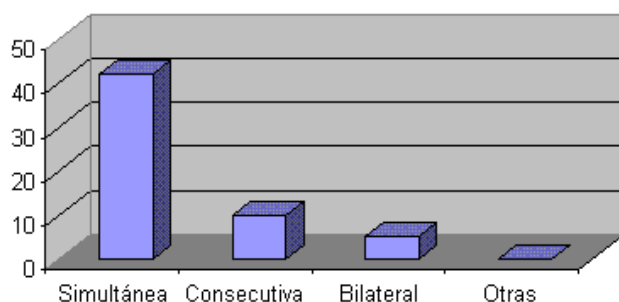
En la pregunta 11 relativa a la modalidad más frecuente en el ámbito de la medicina, se pedía a los encuestados que numeraran las distintas opciones según su frecuencia. Una vez más, presenciamos una heterogeneidad por parte de los encuestados a la hora de responder, ya que algunos han marcado las respuestas sin numerarlas. Por lo tanto, volvimos a realizar un doble análisis vertical-horizontal. Si realizamos un análisis horizontal podemos ver que la simultánea ha sido marcada por todos los encuestados. Si atendemos al análisis vertical, observamos que ha recibido unánimemente la puntuación 1 (véase tabla de



frecuencias). Por lo tanto, la modalidad de interpretación más frecuente según los encuestados es, por unanimidad, la simultánea, seguida por la consecutiva y la bilateral.

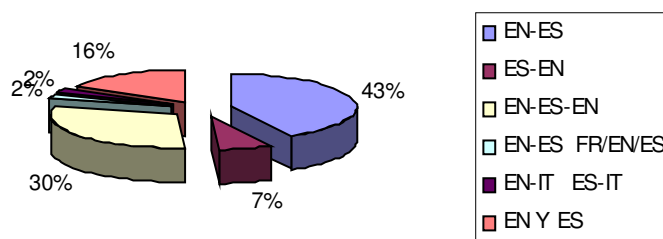
**Tabla de Frecuencias**

	1	2	3	
<b>Simultánea</b>	43	0	0	43
<b>Consecutiva</b>	0	8	2	10
<b>Bilateral</b>	0	4	1	5
<b>Otras</b>	0	0	0	0
				<b>57</b>



**Gráfico 21.** Modalidad más frecuente en la interpretación en el ámbito de la medicina

Respecto a la combinación lingüística más frecuente en las reuniones médicas (pregunta 12), los resultados ponen de manifiesto la hegemonía del inglés, ya que el 100% de los encuestados lo incluye en la combinación lingüística más frecuente: el 43% menciona tan solo la dirección inglés-español y el 30% cita tanto la dirección español-inglés como la inglés-español. Un 16% no indica la dirección, afirmando que las lenguas más presentes son el inglés y la lengua del país donde se celebre el congreso, en este caso el español al estar el estudio centrado en la situación profesional en España.



**Gráfico 22.** Combinación lingüística más frecuente en las reuniones médicas

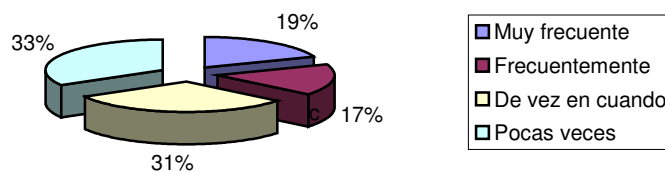
En cuanto a los temas más frecuentes, existe una gran diversidad de opiniones (pregunta 13). El 40% dice que no hay ningún tema que se repita con frecuencia, y el 60% sí cree que lo haya. La rama de la medicina más mencionada es la cirugía y la traumatología, seguidas por la cardiología y la oncología, el sida, la diabetes y la odontología. Otros temas son: hipertensión, medicina preventiva, bioquímica, dermatología, veterinaria, genética, radiología, medicina interna, pediatría y salud materno-infantil, presentación de productos farmacéuticos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ginecología, hepatología, endocrinología, fisiología, neurología, técnicas de intervención quirúrgicas, enfermedades cardiovasculares, prevención y salud pública.



**Gráfico 23.** Temas más frecuentes

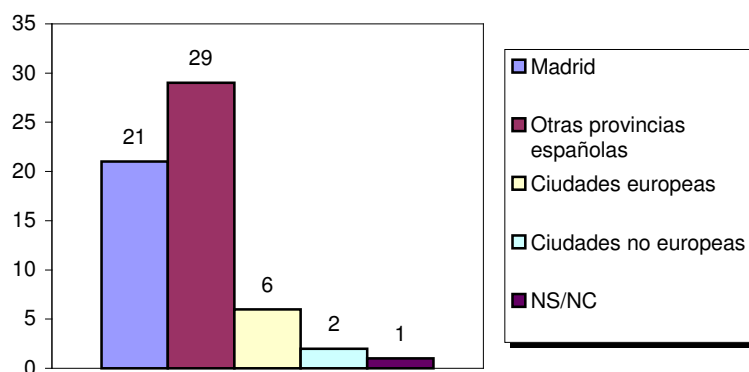
En la pregunta 14 concerniente a la frecuencia con que interpretan en reuniones médicas, el 36% afirma trabajar frecuente y muy frecuentemente, el 31% de vez en cuando y el 33% dice hacerlo pocas veces. En esta pregunta, hemos suprimido las opciones de “casi nunca” o “nunca” ya que hemos eliminado aquellos encuestados que no interpretan nunca o casi nunca en congresos de medicina al no cumplir los requisitos que exigíamos a

nuestra muestra de estudio.



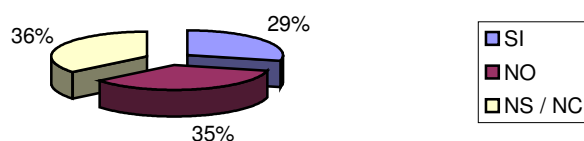
**Gráfico 24.** Frecuencia con que interpreta en reuniones médicas

El ámbito geográfico de actuación de los encuestados es en un 49% Madrid; el 67% trabaja en otras provincias españolas, la mayoría en Andalucía, Barcelona o Valencia. Otras ciudades españolas mencionadas son Zaragoza, Alicante, La Coruña, Lugo, Tenerife, Oviedo o Salamanca. El 14% trabaja en ciudades europeas como París, Londres, Mónaco, Cannes, Praga, Varsovia, Ginebra, Viena, Montpellier, Toulouse o Lisboa, y dos de ellos lo hace incluso más allá de las fronteras europeas (Chicago, Kuala Lumpur, Nueva York). La mayoría de los sujetos ejerce en España y fuera de España simultáneamente (pregunta 15).



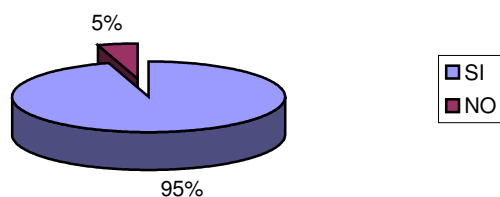
**Gráfico 25.** Zona/s geográfica/s en las que interpreta con más frecuencia

En cuanto a si son frecuentes en España los congresos de medicina que no recurren a la interpretación (pregunta 16), el 35% responde negativamente, y el 29% responde a esta pregunta afirmativamente. El resto (36%) no sabe o no contesta.



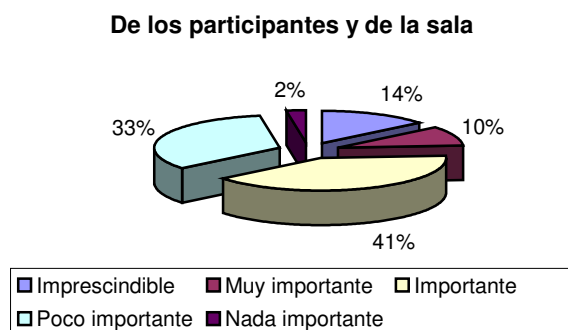
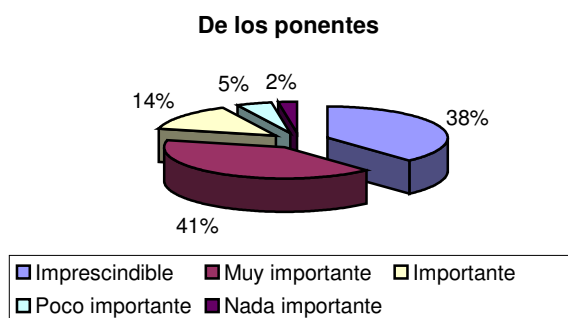
**Gráfico 26.** Frecuencia de los acontecimientos médicos multilingües sin interpretación

En la pregunta 17 relativa a la utilización de apoyos visuales, el 95% declara que se suelen emplear frecuentemente en los congresos de medicina frente a un 5% que responde negativamente. De los que responden afirmativamente, el 84% cita el Power Point como apoyo visual por excelencia; otros apoyos visuales mencionados son las diapositivas (65%), los vídeos (60%) y las transparencias (42%). Un encuestado señala igualmente la transmisión directa desde el quirófano.



**Gráfico 27.** Empleo de apoyos audiovisuales

Dada la frecuencia de utilización de apoyos visuales, una buena visibilidad de la pantalla de proyección y de los ponentes es considerada imprescindible (38%) y muy importante (41%). No obstante, los encuestados no conceden tanta importancia a una buena visibilidad de la sala y de los participantes, considerada importante (41%) e incluso poco importante (33%).



**Gráficos 28 y 29.** Importancia de la visibilidad

En la pregunta 19, se pedía a los encuestados que indicaran qué tipo de participantes asisten con más frecuencia a reuniones médicas ordenándolos por orden de frecuencia del 1 al 3. Una vez más, nos hemos encontrado ante una heterogeneidad por parte de los encuestados a la hora de marcar las distintas opciones de respuesta, ya que algunos han puntuado del 1 al 3 y otros han marcado la opción sin más. De este modo, hemos procedido al doble análisis: según el análisis horizontal, los médicos del sector público y privado son los que han sido indicados más veces por los encuestados (30 y 26 respectivamente). Por otra parte, según el análisis vertical, el tipo de participante que ha recibido más veces la puntuación 1 son los médicos del sector público (25), seguido muy de lejos por los médicos del sector privado (14) (*cfr. infra* Gráfico 29). De esto se deduce que el tipo de participante más asiduo lo constituyen los médicos del sector público, seguidos por los del sector privado, investigadores, profesores y estudiantes. Otro grupo de participantes añadido por los encuestados serían los representantes de compañías farmacéuticas. Cabe

destacar el siguiente comentario por parte de uno de los encuestados que indica el solapamiento de las profesiones:

Hay que tener en cuenta que, con frecuencia, el médico especialista que acude a un congreso lo hace también en calidad de profesor e investigador, y la mayoría de estos especialistas suele trabajar en un centro público y tener además una consulta privada

Tabla de Frecuencias	1	2	3	
Profesores de medicina	7	6	6	19
Estudiantes de medicina	1	4	5	10
Médicos del sector público	25	3	2	30
Médicos del sector privado	14	11	1	26
Investigadores	7	6	12	25
				110

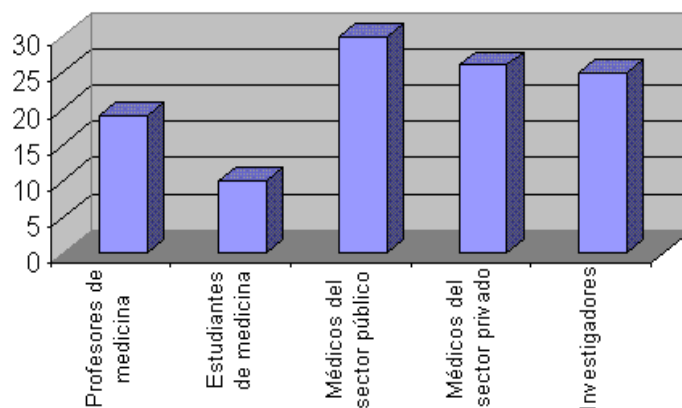


Gráfico 30. Tipología de los participantes

### Datos relativos a la preparación

El tercer bloque se centra en analizar algunos aspectos relativos a la preparación del intérprete que trabaja en el ámbito de la medicina (aceptación de un determinado encargo, nivel de especialización, papel de los seminarios o cursos de formación en medicina, fases y tipos de preparación, fuentes documentales, importancia del lenguaje médico y de los

procedimientos de creación de términos).

La aceptación de un determinado encargo de interpretación está muy relacionada con el código deontológico de las asociaciones profesionales y con la ética propia de cada intérprete, por lo que los encuestados muestran su cautela a la hora de aceptar un encargo (pregunta 20). De esta manera, el 44% de los encuestados afirma estar dispuesto a aceptar siempre un encargo de interpretación en un congreso de medicina, frente a un 56% que o bien no estaría siempre dispuesto (9%) o aceptaría dependiendo de determinadas circunstancias (44%): de la especificidad del tema (23%), del tiempo disponible para prepararlo (16%), del material disponible (12%), de las condiciones de trabajo (7%), de la combinación lingüística (5%), del lugar de celebración (2%) o del horario del congreso (2%).

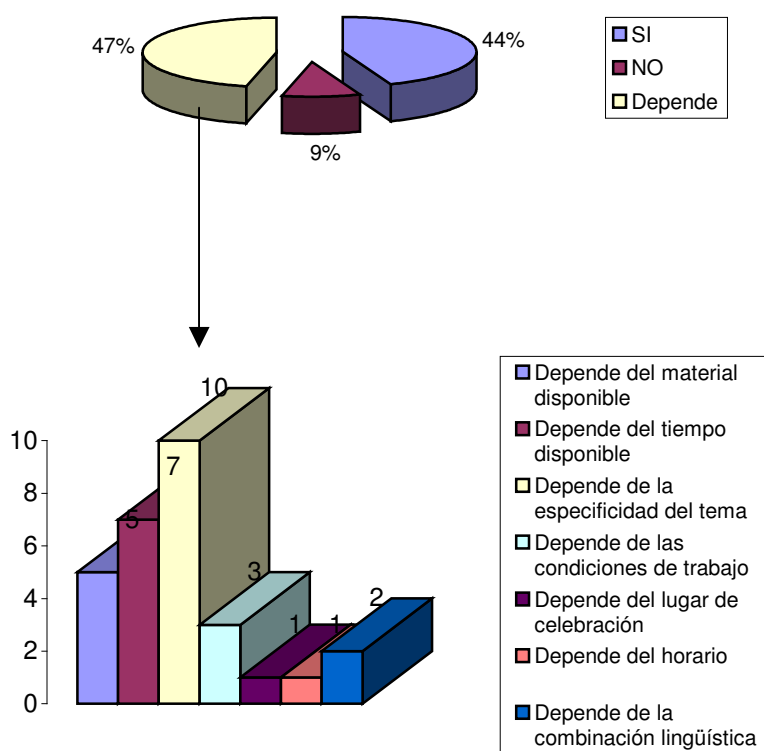
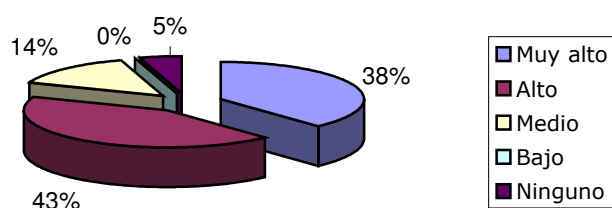


Gráfico 31. Aceptación de un encargo de interpretación

Según los encuestados, el nivel de especialización que debe tener un intérprete de medicina es muy alto (38%) y alto (43%). El 14% de los encuestados afirma que debe ser medio y dos de ellos creen que no se requiere ningún tipo de especialización (pregunta 21). Un comentario interesante que pone de manifiesto el sentido y la utilidad de la especialización es el siguiente:

El nivel de especialización depende del congreso en sí y del talento del intérprete. Sin duda alguna, cuanto más conocimiento se tenga del tema, mejor, pero hay que tener en cuenta que cuando se habla de la especialización en medicina hablamos de un campo muy extenso y es bastante difícil ser especialista en todo, como dirían los mismos médicos. Así, creo que tiene que haber una buena formación en interpretación y un alto grado de especialización para que el intérprete pueda saber hacer frente a la preparación de cualquier congreso con el material que le proporcionen



**Gráfico 32.** Nivel de especialización

En la pregunta 22 sobre si un médico está mejor preparado que un intérprete para interpretar en reuniones médicas, el 35% de los encuestados declara que un médico casi nunca está mejor preparado que el intérprete para interpretar en congresos de medicina, y el 24% afirma que nunca lo está; por otra parte, el 24% opina que lo está a veces, y solo el 12% cree que lo esté siempre o casi siempre. Cabe destacar que incluso hay un 7% que afirma rotundamente que el médico siempre está mejor preparado. Los siguientes comentarios ponen de manifiesto que el médico no suele encontrarse en una mejor situación para interpretar ya que no dominan las técnicas de interpretación.

Siempre, en el caso de que su nivel de idioma sea aceptable, o nunca si no conoce el idioma extranjero

Los médicos tienen una gran ventaja, pero tienen que saber interpretar

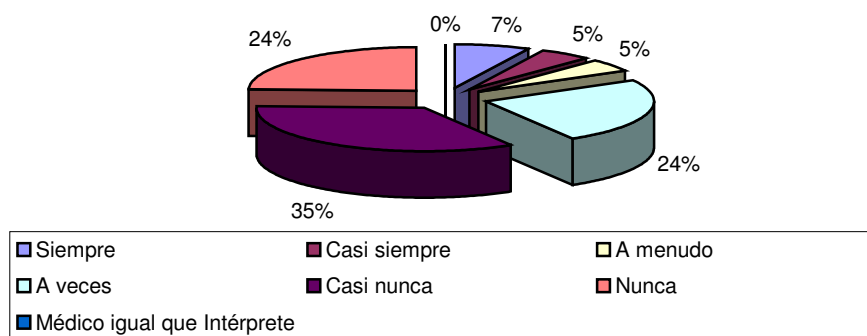
El médico está en mejor situación si es un intérprete, en cuyo caso sería imbatible



De la misma manera que un intérprete con preparación en medicina o con conocimientos generales del campo no está capacitado para diagnosticar enfermedades ni recetar medicamentos, un médico, por el simple hecho de saber idiomas no tiene necesariamente las habilidades que necesita un intérprete, sobre todo en congresos donde se utiliza la interpretación simultánea. Esto no quiere decir que un profesional sanitario con conocimientos de idiomas no pueda ser un buen intérprete, pero necesita recibir una formación especializada. Por otra parte, un médico con conocimientos de idiomas supone una ventaja para sus pacientes en la consulta o en el hospital al poder comunicarse con ellos, y quizá sea una mejor alternativa al intérprete en este tipo de contextos, pero no en los congresos. Además, no creo que quisieran asumir esta responsabilidad

Un último comentario personal que nos resulta ilustrador de la situación sería el siguiente:

Mi hija es médico y es completamente bilingüe de español e inglés al proceder de una familia mixta con estudios hechos en el extranjero y estancias largas y regulares tanto en España como en EEUU. Hizo sus estudios de medicina en España y ejerce actualmente de ginecóloga en Nueva York y utiliza regularmente el español en las consultas y en el hospital. Ahora bien, ella no se atrevería nunca a interpretar en cabina, y reconoce que, aunque es más bilingüe que yo que soy intérprete y tiene más conocimientos de medicina, no podría hacer frente a la interpretación simultánea o consecutiva por carecer de las destrezas específicas necesarias para acometer semejante tarea

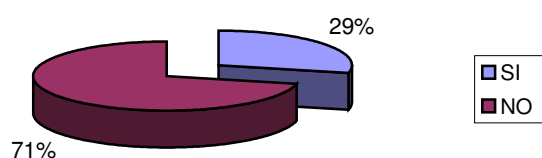


**Gráfico 33.** Preparación de un médico para interpretar en reuniones médicas

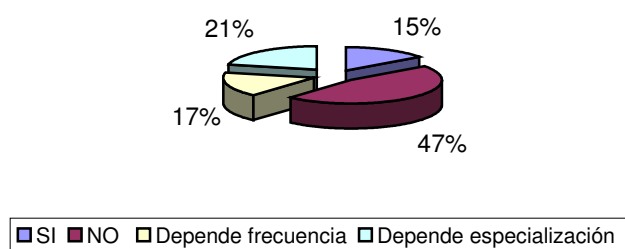
Para adquirir un determinado grado de especialización (pregunta 23), el 29% de los encuestados ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina, frente a un 71% que reconoce no haber hecho ninguno. El 47% opina que, si bien estos cursos pueden revelarse útiles, no son indispensables, frente a un 15% que cree que sí los son. El 38% opina que pueden llegar a ser indispensables dependiendo de determinados factores, como

la especialización que se desee adquirir (21%) o la frecuencia con que se interprete en congresos de medicina (17%). Uno de los sujetos planteó la siguiente pregunta que pone de manifiesto la pertinencia de especializarse en un determinado ámbito:

Los cursos de especialización son recomendables, desde luego, pero, ¿en qué campos de la medicina? Sería más conveniente realizar cursos sobre terminología, estructuras y fraseología médica diseñados para los intérpretes

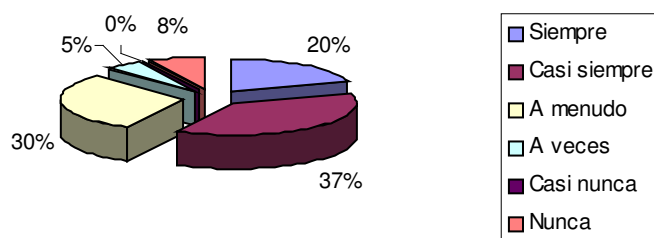


**¿ Lo considera indispensable?**



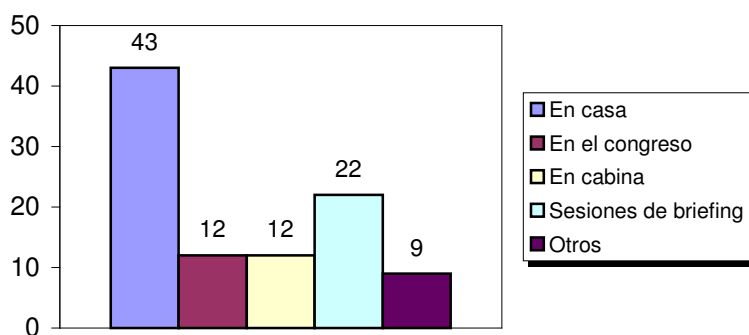
**Gráficos 34 y 35.** Realización de cursos de especialización

Para suplir la diferencia de conocimientos entre el médico y el intérprete (pregunta 24), el 20% afirma que una buena preparación y documentación pueden suplir siempre esta diferencia, el 37% dice que casi siempre, el 30% a menudo, el 5% a veces y el 8% cree que no basta con la preparación y documentación para suplir las diferencias de conocimientos entre el intérprete y el médico. Uno de los encuestados declara que no es necesario igualar al médico para poder interpretar su discurso.



**Gráfico 36.** Importancia de la preparación y documentación

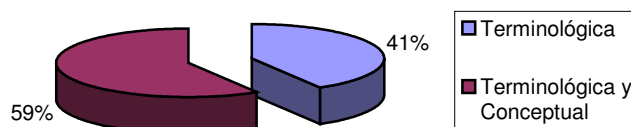
En la pregunta 25 sobre dónde y cuándo llevan a cabo la preparación, todos los encuestados se decantan por la preparación en casa. El 28% también dice prepararse en cabina, y otro 28% una vez en la reunión, justo antes de que empiece. Por otra parte, la mitad de los intérpretes encuestados se prepara asiduamente en sesiones de *briefing*, y el 21% también citan otros lugares y modos de preparación, como la consulta a expertos, las bibliotecas especializadas, los hospitales y las facultades de medicina y los cursos de formación específica.



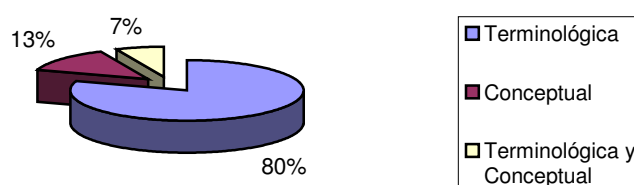
**Gráfico 37.** Fases de preparación

A la pregunta de qué tipo de preparación realizan más a menudo (pregunta 26), el 59% dice prepararse tanto a nivel terminológico como conceptual y el 41% afirma optar por la preparación terminológica. Por otra parte, cuando existen limitaciones de tiempo (pregunta 27), el 80% se decanta por la preparación terminológica, frente al 13% que lo hace por la conceptual. El 7% sigue afirmando que se decantaría por las dos o, en caso de no tener tiempo, no aceptaría el congreso.

**Preparación que suele realizar más a menudo**



**Preparación que suele realizar cuando existen limitaciones de tiempo**



**Gráficos 38 y 39.** Preparación terminológica versus preparación conceptual

En esta misma línea, el 53% afirma que, dependiendo del tema, es posible realizar una buena interpretación llevando a cabo una preparación exclusivamente terminológica. El 27% declara que no es posible y el 15% que a veces sí se puede hacer. Dos encuestados respondieron decididamente que sí se puede interpretar bien con una preparación meramente terminológica. Algunos comentarios interesantes son los siguientes:

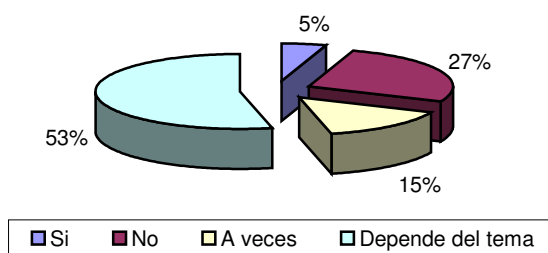
Si tengo la ponencia, me decantaría por la preparación terminológica; si no la tuviera, lo haría por la conceptual

Si hay mucha limitación de tiempo, lo mejor es decir “no”

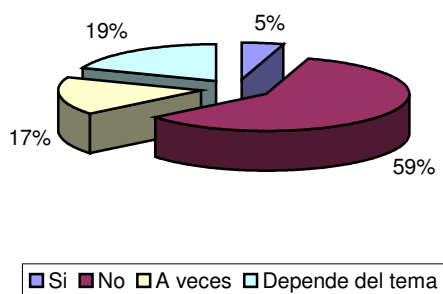
La pregunta inversa fue recibida de distinta manera. El 59% afirma que no es posible realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente conceptual. El 19% dijo que podía ser, dependiendo del tema, y el 16% respondió que a veces. Dos

encuestados dijeron que sí es posible ofrecer una interpretación de calidad preparándose el congreso conceptualmente.

**Posibilidad de realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente terminológica**



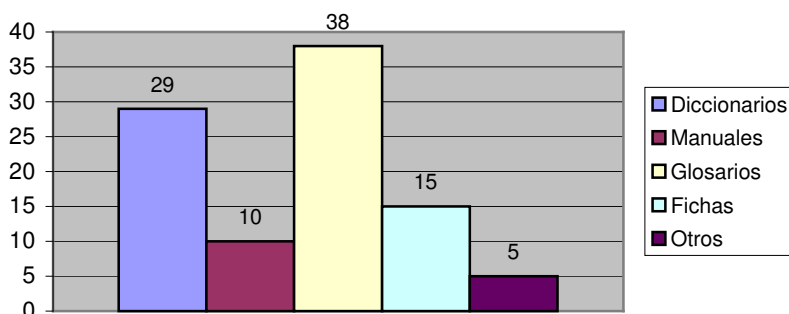
**Posibilidad de realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente conceptual**



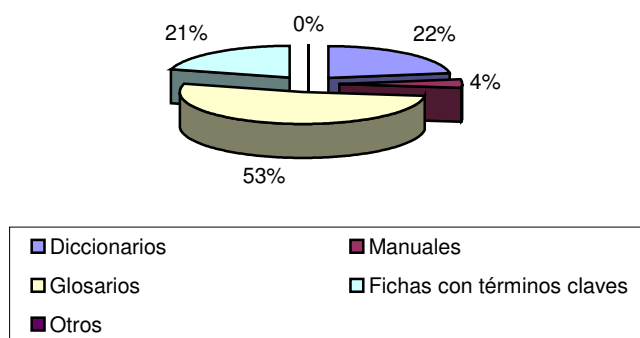
**Gráficos 40 y 41.** Posibilidad de realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente terminológica o conceptual

En cuanto al material más consultado en cabina (pregunta 30), los encuestados subrayaron la importancia de los glosarios (88%), seguidos de los diccionarios (67%), de las fichas con términos clave (35%) y de los manuales (23%). Otros (12%) pusieron de manifiesto la utilidad de otras fuentes documentales, como las listas de términos por ponencias, artículos en el idioma de llegada sacados de Internet, apuntes y esquemas propios, cuadernos con dibujos y términos, y listas de palabras propias. En esta línea, el

material considerado más útil en cabina son los glosarios (53%), los diccionarios (22%) y las fichas con palabras clave (21%).

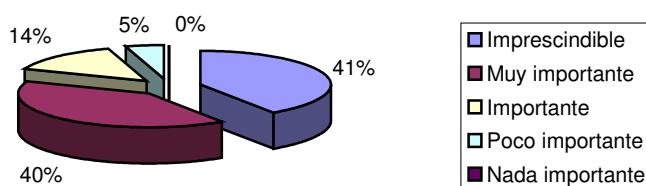


Utilidad de las fuentes documentales en cabina



Gráficos 42 y 43. Material consultado en cabina y su utilidad

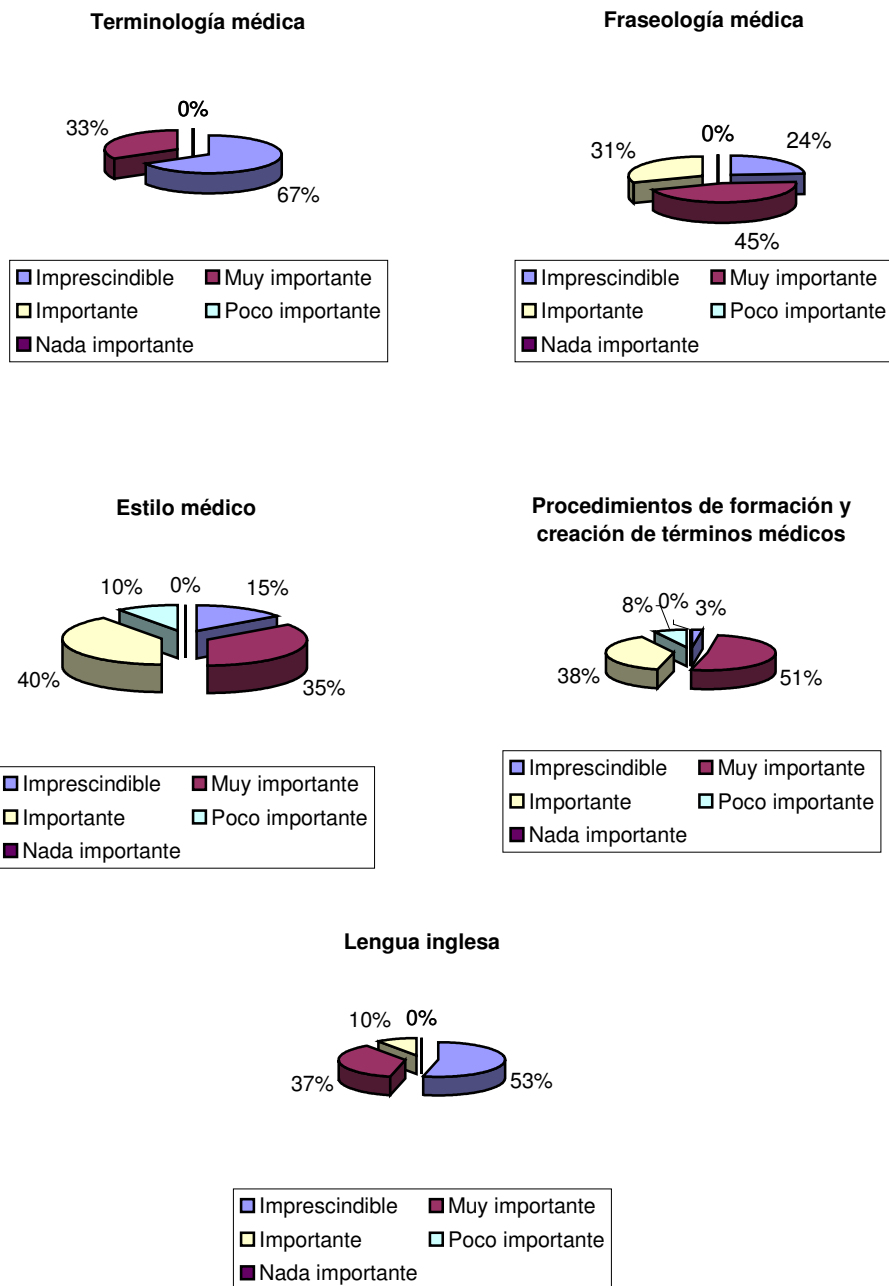
Como fuente de documentación, Internet es considerado por los encuestados muy importante (41%) e imprescindible (40%). El 14% lo considera importante y sólo dos creen que es poco importante. Ningún encuestado desestimó la importancia de Internet en el proceso de preparación (pregunta 32).



**Gráfico 44.** Importancia de Internet

La pregunta 33 relativa al conocimiento del lenguaje médico la desglosamos en cinco apartados; los cuatro primeros corresponden a algún aspecto del lenguaje médico (terminología, fraseología, estilo y procedimientos de creación terminológica) y el quinto apartado se basa en el conocimiento de la lengua inglesa. En primer lugar, la terminología es considerada imprescindible (67%) y muy importante (33%) a la hora de interpretar en congresos de medicina, y ninguno de los encuestados desestimó la importancia de conocer la terminología médica para interpretar. En segundo lugar, la fraseología es considerada muy importante (45%), importante (31%) e imprescindible (24%). En tercer lugar, el estilo médico es considerado importante (40%), muy importante (35%) e imprescindible (15%). En cuanto a los procedimientos de formación y creación de términos, los encuestados creen que son muy importantes (51%), importantes (38%) e imprescindibles (3%).

Si atendemos a los porcentajes que consideran los distintos elementos muy importantes e imprescindibles, llegamos a la conclusión de que lo más importante para los encuestados es la terminología, seguida de la fraseología, los procedimientos de formación terminológica y el estilo médico. Por otra parte, los encuestados también subrayaron la importancia de conocer la lengua inglesa para poder dedicarse a interpretar en reuniones médicas, considerada imprescindible (53%), muy importante (37%) e importante (10%).



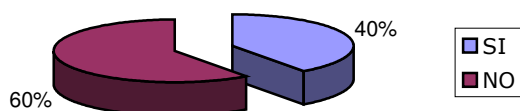
Gráficos 45, 46, 47 y 48. Importancia del conocimiento del lenguaje médico

A la pregunta 34, el 60% de los encuestados responde no echar en falta ningún elemento que pueda mejorar el proceso de preparación. El 40% que respondió afirmativamente destaca los siguientes elementos que podrían facilitar la labor del



intérpretes:

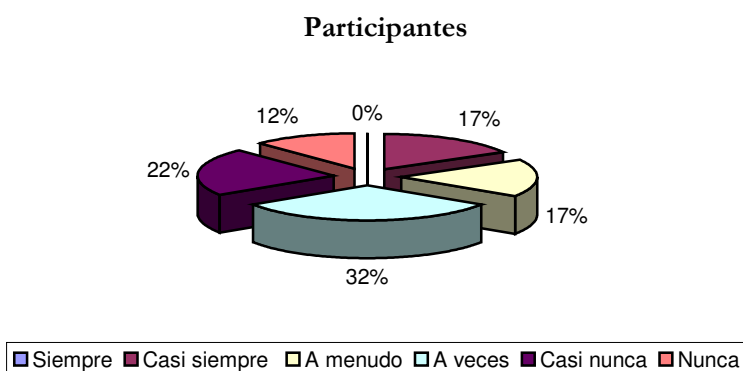
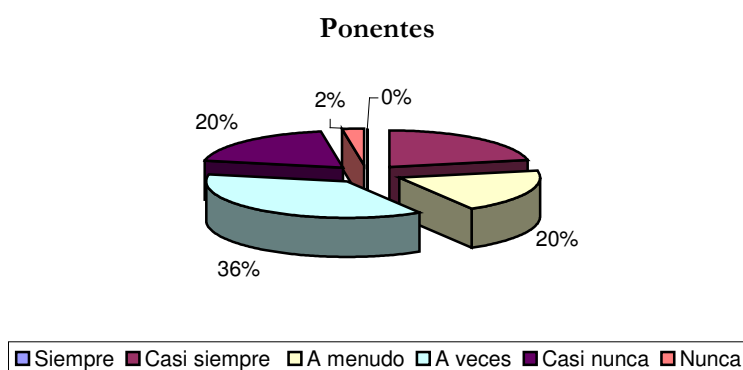
- la coordinación entre organizadores e intérpretes con más antelación de la habitual.
- la aportación de más información por parte de los organizadores y con más antelación.
- el conocimiento previo de las siglas, marcas y fabricantes de los productos que se mencionan en el congreso.
- conocer el tipo de reunión y la composición del público.
- obtener la documentación específica proporcionada por el cliente.
- tener acceso a especialistas en general y a ponentes en particular.
- tener con antelación el programa del evento.
- contar con libros de *abstracts* de congresos anteriores y con bases de datos *on-line* accesibles.
- disponer de diccionarios de medicina bilingües con definiciones y ejemplos en contexto.
- la organización de talleres específicos de terminología/traducción especializada dirigidos a intérpretes y docentes en los que se trabajen las novedades terminológicas, los recursos, las estandarizaciones y los cambios en ámbitos específicos de la medicina.



**Gráfico 49.** Elementos susceptibles de mejorar la preparación

A las preguntas 35 y 36 sobre la ayuda prestada por ponentes y participantes, el 36% de los encuestados afirma obtener ayuda de los ponentes sólo a veces. El 23% dice tenerla casi siempre, el 22% afirma que a menudo y el 20% que casi nunca. Respecto a la ayuda prestada por los participantes, el 32% dice obtenerla a veces, el 22% casi nunca, el

17% a menudo, el 17% casi siempre y el 12% nunca. A la luz de estos resultados, podríamos decir que por regla general los ponentes suelen prestar ayuda a los intérpretes más a menudo que los participantes. No obstante, la heterogeneidad de las respuestas, pone de manifiesto que los encuestados tienen un concepto diferente de los ponentes y participantes dependiendo de su propia experiencia personal.

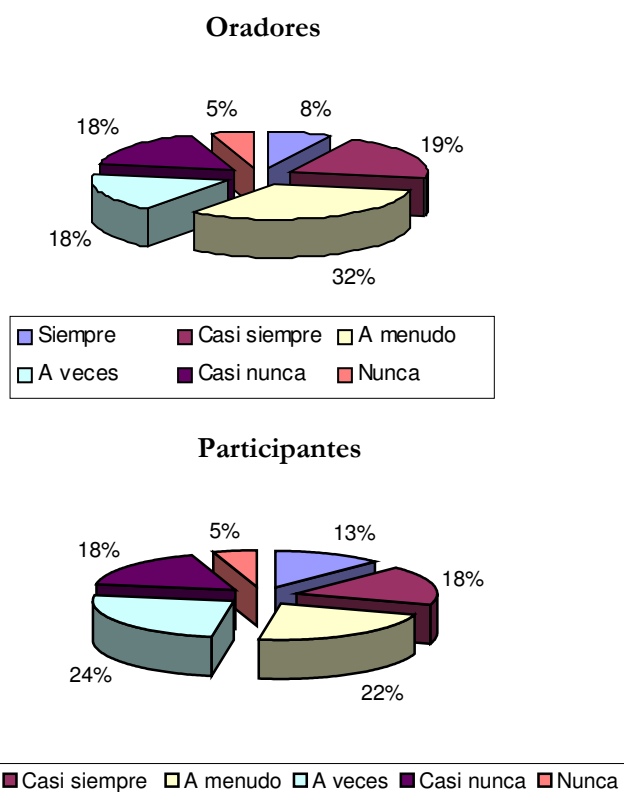


Gráficos 50 y 51. Ayuda prestada por ponentes y participantes

### Datos relativos a la comunicación

El cuarto y último bloque se centra en los aspectos relativos a la comunicación (reticencia de los usuarios hacia el intérprete, nivel de comprensión del discurso original, importancia de la información no verbal y parámetros de calidad).

A la pregunta 37 relativa a la reticencia por parte de los oradores hacia un intérprete no especialista en medicina, el 32% responde que lo son a menudo, el 18% a veces, el 19% casi siempre, el 18% casi nunca y el 8% siempre. Dos de los encuestados respondieron que nunca son reticentes. En cuanto a la reticencia de los participantes (pregunta 38), las respuestas están divididas casi por igual entre las diferentes opciones de respuesta. El 24% opina que a veces son reticentes, el 22% que lo son a menudo, el 18% casi siempre, el 18% casi nunca y el 13% siempre. Dos de los encuestados opinan que los participantes nunca son reticentes hacia un intérprete no experto en medicina. No obstante, podríamos decir a la vista de estos resultados que los intérpretes encuestados creen que tanto los oradores como los participantes muestran su reticencia a menudo hacia un intérprete no especialista en medicina.



Gráficos 52 y 53. Reticencia por parte de oradores y participantes

Para realizar una interpretación con éxito, el 42% cree que el intérprete siempre debe entender perfectamente el discurso del orador. El 29% opina que esto es así casi siempre, el 17% a veces y el 10% a menudo (pregunta 39).

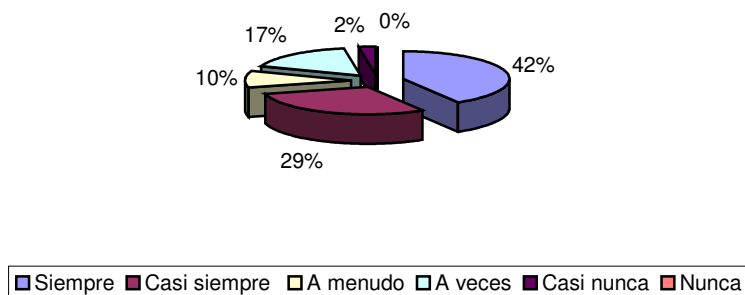


Gráfico 54. Nivel de comprensión

En cuanto a la información no verbal que ayuda a la comprensión del discurso original (pregunta 40), el 98% de los encuestados subraya la importancia de los apoyos visuales. El 46% subraya también el lenguaje no verbal de los ponentes y el 19% el lenguaje no verbal de los participantes. Otros elementos mencionados fueron el contexto y el resto de las ponencias y la explicación previa del orador. El 5% de los encuestados respondió que ningún elemento no verbal le ayuda a comprender el discurso del orador.

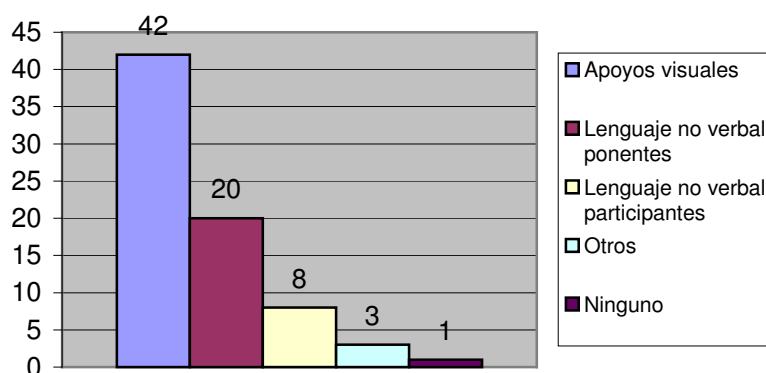


Gráfico 55. Elementos no verbales que ayudan a la comprensión del discurso

Por último, la pregunta 41 pedía a los encuestados que mencionaran aquellos parámetros que a su parecer son más valorados por los asistentes a una reunión de medicina puntuando las distintas opciones según su importancia. Los encuestados

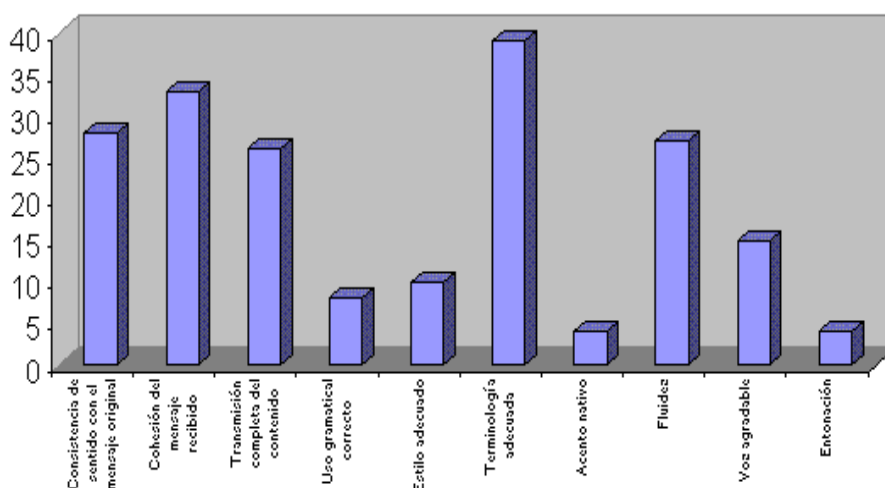
presentan una heterogeneidad a la hora de marcar las distintas opciones de respuesta, ya que algunos numeran los parámetros por orden de importancia y otros los marcan sin más.

Por consiguiente, hemos realizado al igual que en determinadas preguntas anteriores dos análisis, uno horizontal y otro vertical (véase tabla de frecuencias); en el primero de ellos hemos tenido en cuenta los criterios más mencionados obviando la numeración por orden de importancia, y en el segundo hemos considerado la numeración y establecido los parámetros a los que los encuestados le conceden más veces la puntuación 1 (criterio más importante).

**Tabla de frecuencias**

	1	2	3	4	5	6	
<b>Consistencia de sentido con el mensaje original</b>	17	7	2	2	0	0	28
<b>Cohesión del mensaje recibido</b>	17	10	3	2	1	0	33
<b>Transmisión completa del contenido</b>	7	8	5	4	2	0	26
<b>Uso gramatical correcto</b>	0	0	3	3	2	0	8
<b>Estilo adecuado</b>	1	3	0	4	2	0	10
<b>Terminología adecuada</b>	5	5	18	7	4	0	39
<b>Acento nativo</b>	1	0	0	0	3	0	4
<b>Fluidez</b>	1	2	5	11	8	0	27
<b>Voz agradable</b>	2	2	0	2	9	0	15
<b>Entonación</b>	0	1	0	0	3	0	4

194



**Gráfico 56.** Parámetros de evaluación de la calidad

Si atendemos al análisis horizontal, observamos que el parámetro más importante es la terminología adecuada (39), seguido de la cohesión del mensaje recibido (33), la consistencia de sentido con el mensaje original (28), la transmisión completa del contenido (26), la fluidez (27) y en menor medida la voz agradable (15), el estilo (10), el uso gramatical correcto (8), la entonación (4) y el acento nativo (4).

Atendiendo al segundo análisis, los dos parámetros considerados más importantes (número 1) son la consistencia de sentido con el mensaje original, considerado el primero por 17 de los encuestados, y la cohesión del mensaje recibido, considerado el primero por el mismo número de intérpretes. Le siguen la transmisión completa del contenido (26) y, en menor medida, la utilización de la terminología adecuada (5).

### 5.3.1.2. Interpretación de los resultados

#### Primer bloque. Datos personales y profesionales

Al observar los resultados obtenidos en este bloque, vemos que los encuestados son intérpretes de edad media, mayoritariamente mujeres. El hecho de que se trate de una población eminentemente femenina es un factor a tener en cuenta, ya que los resultados globales podrían variar significativamente si el porcentaje se invirtiera, es decir, si la mayoría

de los encuestados fueran de sexo masculino. Esta presuposición es consistente con los resultados del estudio de Ng (1992) el cual dedujo que las mujeres tienen criterios de evaluación y prioridades distintas a los hombres. De este modo, las diferencias en las respuestas derivadas del género es un punto que sería interesante analizar en estudios posteriores de tipo sociolingüístico.

Por otra parte, se trata de una muestra con una amplia experiencia profesional, lo cual lo avalan los años de ejercicio en la profesión y el hecho de que se trata en su mayoría de intérpretes que pertenecen a asociaciones profesionales, las cuales garantizan el cumplimiento de unos estándares de calidad elevados y exigen un alto nivel de profesionalidad a la hora de integrar nuevos miembros, y de docentes, los cuales se caracterizan por realizar sólidos trabajos de investigación en el ámbito de la interpretación. De esta manera, contamos en el estudio que nos ocupa con dos tipos distintos de encuestados que ofrecen visiones complementarias: (1) intérpretes afiliados que ofrecen datos importantes sobre el mundo profesional; y (2) intérpretes docentes que ofrecen su opinión desde un punto de vista más académico, pero sin olvidar que hay intérpretes docentes que también se dedican a trabajar como intérpretes.

En cuanto a los estudios realizados, observamos que la gran mayoría ha cursado la carrera de Traducción e Interpretación y, en la mayoría de los casos, otra carrera de letras. Esto pone de manifiesto que no es necesario cursar la carrera de medicina para trabajar en este campo, ya que hay que tener en cuenta que se trata de profesionales consagrados. Por otra parte, vemos que la mayoría no se ha especializado en un campo determinado, por lo que cabría deducir que los intérpretes son profesionales generalistas que suelen aceptar encargos en ámbitos muy diversos, si bien con el tiempo y la experiencia han ido adquiriendo una determinada especialización en un determinado ámbito. A este respecto, citaremos uno de los comentarios por considerarlo bastante interesante ya que introduce la disyuntiva entre el papel del intérprete generalista o especialista:

Un intérprete de conferencias, por regla general, no se suele especializar. Ahora bien, si te llaman muchas veces para temas iguales o parecidos te conviertes en un intérprete francamente bueno en esta materia. Un intérprete “especializado” en medicina sería para mí uno que ha estudiado medicina”

En cuanto a las lenguas de trabajo, y contrariamente a lo que se podría pensar en un principio, vemos que la mayoría de los encuestados tiene una lengua A, una lengua B y una lengua C, lo cual desmiente la presuposición de algunos intérpretes en formación de que para tener éxito en el mercado laboral hay que tener muchas lenguas de trabajo. Por otra parte, observamos que las lenguas de trabajo de los encuestados son las más demandadas en los centros de formación en traducción e interpretación y, en definitiva, las más solicitadas a posteriori en el mundo profesional, a saber, el inglés, español y francés, seguidas por el alemán y, en menor medida, por el italiano.

La modalidad de interpretación más practicada es la simultánea, que es igualmente la predominante en los congresos de medicina. Cabe destacar que la mayoría de los encuestados practican más de una modalidad frecuentemente, sobre todo la simultánea y la consecutiva, pero también la bilateral y la social, lo cual nos indica que el intérprete debe dominar las distintas modalidades ya que en el mercado profesional se ve obligado a hacer frente a situaciones muy diversas.

Por último, los datos indican que los encuestados no se dedican exclusivamente a ejercer de intérpretes, sino que simultanean la interpretación con otras actividades profesionales, mayoritariamente la docencia y la traducción.

En definitiva, los resultados del primer bloque de preguntas nos muestran un perfil claro del intérprete de congresos médicos: mujer mayoritariamente, de edad media, con una amplia experiencia profesional, que ha realizado la carrera de traducción e interpretación u otra carrera de letras pero no la de medicina, que no se ha especializado en un ámbito exclusivamente y suele aceptar encargos en una amplia gama de campos, con el español, inglés y francés como lenguas principales de trabajo, que suele practicar distintas modalidades de interpretación, fundamentalmente la simultánea y la consecutiva y que ejerce otras actividades profesionales, fundamentalmente la traducción y la docencia. Con este bloque, hemos intentado cumplir con el objetivo 1 (*cf. supra* § 5.1): establecer el perfil del intérprete que trabaja con frecuencia en reuniones médicas:



- ✘ Mayoritariamente mujer
- ✘ Edad entre 30 y 60 años
- ✘ Amplia experiencia profesional
- ✘ Practican más la IS
- ✘ Estudios de Traducción e Interpretación
- ✘ Tienen una lengua A, una B y una C
- ✘ Realizan otras actividades profesionales
- ✘ Generalista

### Segundo bloque. Datos relativos al contexto de la interpretación en el ámbito de la medicina

Como se puede ver, en la pregunta 10 sobre los eventos multilingües que recurren con frecuencia a la interpretación nos hemos basado fundamentalmente en la clasificación propuesta por Martín y Jiménez (1998) y Martín (2002). Los resultados del cuestionario muestran que los eventos más citados son efectivamente los que componen la categorización de Martín y Jiménez, e incluso siguen el orden propuesto por los autores (macrocongresos, seminarios y cursos, presentaciones de productos, conferencias de personalidades invitadas o especiales y conferencias de prensa). Los resultados indican pues que el intérprete que se dedique a trabajar en el ámbito de la medicina deberá hacer frente a distintos tipos de reuniones y tener en cuenta las características inherentes a cada una de ellas, con lo cual resulta bastante útil la descripción de los acontecimientos médicos incluida en la categorización de estos autores (*cf. supra* § 2.3.1).

Por otra parte, observamos que el acontecimiento comunicativo más mencionado por los encuestados es el macrocongreso, en la línea de otros autores que subrayan la importancia del mercado de los congresos médicos (Martín y Padilla 1989; Meak 1990; Cartellieri 1983; Ferraz 1998; Abril y Ortiz 1998; Vankecke 1998; Jiménez 1998; Hobart-Burela 1998) (*cf. supra* § 2.3.2).

En cuanto a las modalidades de interpretación más frecuentes, aspecto poco tratado en la literatura, si bien la predominante en las reuniones médicas es, según los encuestados, la simultánea, cabe destacar que, a diferencia de lo que se podría pensar en un primer momento, no es la única. Así, se subraya la presencia frecuente de la modalidad consecutiva e incluso de la bilateral, factor a tener en cuenta por los intérpretes ya que esto supone que deben dominar las diferentes técnicas inherentes a cada modalidad.

Respecto a la combinación lingüística más frecuente, como cabía de esperar, existe un consenso teórico-práctico innegable en la importancia del inglés en el discurso médico: todos los encuestados subrayan esta hegemonía en la línea de aquellos autores según los cuales el inglés desempeña un papel predominante en la comunidad médica internacional (Fischbach 1986, 1993; Gutiérrez Rodilla 1997; Aleixander *et al.* 1995a; López y Terrada 1990; Rouleau 1993b; Van Hoof 1999; Pilegaard 1997; Navarro y Barnes 1996; Navarro 1997) (*cf. supra* § 1.4.1).

Donde no existe un consenso entre los encuestados es en los temas con los que se suele encontrar más frecuentemente el intérprete de medicina, ya que cada uno menciona un tema diferente, si bien hay determinadas coincidencias en lo relativo a temas que se suelen repetir. Estos datos indican que el intérprete que se quiera abrir camino en la interpretación médica no sólo debe ser capaz de enfrentarse a distintas modalidades de interpretación y de eventos, sino también a un amplio espectro de temas muy diversos y específicos, con lo cual se confirmaría la lógica de la corriente generalista, ya que cabría hacerse la pregunta de en qué campos resulta más conveniente especializarse teniendo en cuenta que no hay ninguno que se repita tanto como para poder dedicarse exclusivamente a él. La prevalencia en la teoría de la corriente generalista podría quedar respaldada indirectamente por estos resultados (*cf. supra* § 3.1.1).

De acuerdo con los datos obtenidos, otra dificultad añadida a la gran variedad temática y a la presencia frecuente y consecuente dominio de diversas modalidades de interpretación es el continuo desplazamiento. Si observamos los resultados, el ámbito geográfico de actuación de los encuestados es en un 49% Madrid; el 67% trabaja en otras

provincias españolas, la mayoría en Andalucía, Barcelona o Valencia. Otras ciudades españolas mencionadas son Zaragoza, Alicante, La Coruña, Lugo, Tenerife, Oviedo o Salamanca. El 14% trabaja en ciudades europeas como París, Londres, Mónaco, Cannes, Praga, Varsovia, Ginebra, Viena, Montpellier, Toulouse o Lisboa, y dos de ellos lo hace incluso más allá de las fronteras europeas (Chicago, Kuala Lumpur, Nueva York). La mayoría de los encuestados ejerce en España y fuera de España simultáneamente.

En cuanto a los elementos no verbales, se subraya la importancia de los apoyos audiovisuales apuntada por Villazón (1997) (*cf. supra* § 2.2.2.1.1). Cabe destacar la presencia creciente del Power Point en los congresos médicos, el cual ha sustituido a los medios más tradicionales como las transparencias o las diapositivas, si bien algunos de los encuestados las mencionan como frecuentes. Algunas características distintivas de las reuniones médicas a este respecto es la utilización frecuente de vídeos, elemento audiovisual que no suele aparecer en otro tipo de reunión, y la transmisión directa desde el quirófano. Este resultado pone de manifiesto otro aspecto a tener en cuenta por el intérprete que quiera trabajar en congresos de medicina, que sería saber utilizar los apoyos visuales para optimizar la calidad de la interpretación, ya que estos apoyos suplen en muchos casos a los elementos verbales o bien constituyen un complemento a éstos.

Por otra parte, dada la relevancia de los apoyos visuales en la comprensión del discurso, los resultados ponen de manifiesto la importancia concedida por algunos estudiosos de la interpretación y asociaciones profesionales a la visibilidad de los ponentes y de los medios visuales por parte del intérprete (Thiéry 1990; Poyatos 1997a; Weale 1997; Viaggio 1997; AIIC 1978; AICE 1968).

En lo que respecta a la tipología de los participantes, elemento que podría ser importante conocer y tener en cuenta pero que es a menudo olvidado en la bibliografía, los encuestados creen que los médicos del sector público y privado son los que asisten más asiduamente a los acontecimientos médicos, seguidos por los investigadores y los profesores, y, en menor medida, los estudiantes. Consideramos que conocer el tipo de participantes que van a asistir a un determinado congreso podría resultar útil, ya que cada

clase de participante se caracteriza por una serie de intereses, estatus y función (Alexieva 1997) (*cf. supra* § 2.2.1).

A continuación, presentaremos un “cuadro” con todos los resultados obtenidos en este bloque para tener una visión general de los aspectos contextuales que rodean a la interpretación en congresos de medicina:

- ✘ Importancia de ver los ponentes y los apoyos visuales
  - ✘ Celebración frecuente de macrocongresos
  - ✘ Combinación lingüística: inglés-español
  - ✘ Temática muy diversa
  - ✘ Hegemonía de la interpretación simultánea
  - ✘ Desplazamientos frecuentes
- ✘ Utilización de apoyos audiovisuales, sobre todo del Power Point
- ✘ Tipo de participantes más frecuentes: médicos del sector público

Con los resultados de este bloque, hemos intentado cumplir con el Objetivo 3 de nuestro estudio (*cf. supra* § 5.1): definir el contexto en que se desarrolla el trabajo del intérprete de congresos de medicina.

### **Tercer bloque. Datos relativos a la preparación de congresos de medicina**

Este bloque comienza con una pregunta relativa a la aceptación de un determinado encargo de interpretación, aspecto bastante delicado por constituir un factor de carácter ético a tener en cuenta por el intérprete profesional. Según los resultados, un porcentaje elevado de los encuestados aceptaría un determinado encargo dependiendo de una serie de factores o condiciones. El más mencionado es la especificidad del tema, pero también el tiempo disponible para su preparación, el material facilitado por los organizadores, el profesionalismo en las condiciones de trabajo, la combinación lingüística, e incluso el lugar de celebración y el horario de la reunión. Un comentario que resume la ética en la aceptación de un encargo sería el emitido por uno de los encuestados:

Todo congreso requiere una preparación adecuada y no siempre uno está en condiciones de prepararse para “cualquier cosa”. Creo que es mejor saber cuándo no se está en condiciones de poder interpretar en un congreso determinado para saber decir no al organizador que llama

Para estar en condiciones de aceptar un encargo y ofrecer una interpretación de calidad, los datos revelan que el intérprete debe tener un nivel de especialización alto o muy alto. Este resultado contradice el obtenido en la pregunta 8, según el cual la mayoría de los encuestados no se ha especializado en medicina, y con el resultado correspondiente a la pregunta 23 que pone de manifiesto que el 70% no ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina. El alto grado de especialización predicado por la mayoría de los encuestados subrayan planteamientos de algunos autores (Longley 1968; Feldweg 1990; Nekrassoff 1977) (*cf. supra* § 3.1.1), quienes afirman que el traductor e intérprete médico no sólo deben poseer conocimientos de lenguas, sino también una formación sólida en medicina.

No obstante, los encuestados opinan que el médico, a pesar de sus conocimientos especializados, no está preparado en la mayoría de los casos para interpretar en congresos de medicina, ya que, aún en aquellos casos en los que tenga un buen dominio de las lenguas del congreso, desconoce las técnicas de interpretación. Este problema se refleja en la bibliografía, y la solución propuesta por algunos autores (Kopczynski 1976; Van Slype *et al.* 1983; Schweda-Nicholson 1989a) consistiría en formar en interpretación a especialistas con un dominio casi perfecto de las lenguas (*cf. supra* § 3.1.1), si bien el problema estriba en que normalmente estos especialistas no están interesados en formarse como intérpretes.

En el otro extremo, es decir, en la pregunta de si el intérprete puede llegar a comprender el discurso médico, la mayoría de los encuestados opinan que un proceso exhaustivo de preparación y documentación puede suplir en la mayoría de los casos la desigualdad de conocimientos entre el intérprete y el médico. Este proceso de preparación lo realizan prácticamente todos los encuestados en casa, pero también hay algunos que señalan la importancia de la preparación en las sesiones de *briefing* organizadas antes del congreso, aquella que se efectúa una vez en el congreso minutos antes de que éste comience, y en cabina, a medida que se van escuchando las distintas ponencias; no

obstante, los encuestados ponen asimismo de manifiesto que en el congreso los ponentes y participantes no suelen ayudarlos a subsanar los problemas no solucionados mediante la preparación en casa (*cf. supra* preguntas 35 y 36).

Este resultado general coincide con la división del proceso de preparación en fases abogada por Altman (1984) y Gile (1985, 1986) (*cf. supra* § 3.2.3). Sin embargo, no hay un consenso en cuanto al número de fases que conforman el proceso, ya que hay encuestados que mencionan exclusivamente la preparación en casa o la preparación en sesiones de *briefing*, obviando la preparación en el congreso o en cabina. La heterogeneidad de las respuestas relativas al proceso de preparación es indicativo del carácter personal de la preparación. En definitiva, los datos muestran que cualquier procedimiento es válido y que establecer una metodología única no es realista ni eficaz, ya que cada intérprete, dependiendo de sus necesidades y conocimientos, requiere un proceso distinto. La variedad de los datos se corresponde, pues, con la variedad de teorías existentes en torno a la preparación.

En cuanto al tipo de preparación (terminológica y/o conceptual), la mayoría de los intérpretes encuestados afirma realizar normalmente ambos tipos de preparación, en la línea de algunos autores que defienden la preparación mixta (Feraz 1998; Abril y Martí 1998; Vanhecke 1998) (*cf. supra* § 3.2.2.). si bien hay un grupo importante que suele recurrir más frecuentemente a la preparación terminológica. De este modo, se corroboraría la justificación de la preparación terminológica de Gile (1986), quien afirma que la restitución es posible dadas las equivalencias terminológicas existentes en el discurso científico.

Sin embargo, atendiendo a los resultados, parece que esta opción ideal no siempre es factible. Cuando existen limitaciones de tiempo, la situación cambia y la gran mayoría de los encuestados optaría por la preparación meramente terminológica, si bien hay algunos que se decantarían por la conceptual. Sólo una minoría seguiría preparándose el congreso tanto conceptual como terminológicamente, lo cual confirmaría una vez más la hipótesis de Gile (1986).

Siguiendo con esta dicotomía, la mitad de los encuestados opina que, dependiendo del tema, es posible realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente terminológica. No obstante, la mayoría cree que lo contrario no es posible, es decir, que no se puede realizar una buena interpretación con una preparación meramente conceptual.

Otro aspecto interesante es el material que los intérpretes consultan. En la preparación en casa, se confirma la importancia concedida a Internet, ya que ninguno de los encuestados desestima su relevancia en el proceso de documentación. En cabina, la mayoría de ellos considera que la fuente de información más útil son los glosarios y es, por ende, la fuente más consultada.

La pregunta 33 está dedicada al lenguaje médico, ya que partimos de la hipótesis de que su conocimiento es crucial para el intérprete (*cf. supra* § 1.3). Nuestra hipótesis se ha visto confirmada por los resultados del presente estudio, dado que la mayoría de los encuestados conceden una gran importancia al conocimiento del lenguaje médico, especialmente de la terminología, pero también de la fraseología, estilo y procedimientos de creación y formación de términos. Este interés se ve reforzado con los datos de la pregunta 34, según los cuales uno de los elementos de información que los intérpretes echan en falta son las explicaciones de las siglas y la organización de talleres específicos para intérpretes y docentes sobre terminología especializada en el que se trabajen las novedades terminológicas, los recursos y las estandarizaciones. Este resultado no se corresponde con lo que sucede a nivel teórico, ya que en la bibliografía consultada, aunque sí existen muchos estudios referentes al lenguaje médico, no hay prácticamente ninguna obra multidimensional y comprehensiva dirigida a traductores e intérpretes que analice conjuntamente todas sus características y los procedimientos de creación terminológica, con la salvedad del magnífico trabajo de Gutiérrez Rodilla (1998).

Por último, la mayoría de los encuestados afirma que tanto los participantes como los ponentes ayudan a veces e incluso a menudo a los intérpretes, aunque la tendencia generalizada es a considerar que los ponentes suelen ser los que normalmente ayudan a los intérpretes, tal vez por garantizar así una mejor interpretación de su discurso y, por lo

tanto, una mejor comprensión por parte de los participantes.

Al igual que en los dos bloques anteriores, hemos tenido a bien incluir un gráfico en el que resumimos los resultados de este bloque relativo a los aspectos profesionales que rodean a la interpretación en congresos de medicina:

- ✘ Aceptación de un encargo dependiendo de ciertos factores
- ✘ Importancia de conocer las características del lenguaje médico
  - ✘ Alto nivel de especialización por parte del intérprete
  - ✘ Importancia de Internet como fuente documental
  - ✘ Importancia de los glosarios en cabina
- ✘ Necesidad de llevar a cabo un proceso exhaustivo de preparación y documentación
  - ✘ División del proceso de preparación en fases
  - ✘ El médico está peor preparado para interpretar

Con los resultados obtenidos en este tercer bloque, hemos intentado cumplir con los objetivos 4, 5 y 8 (*cf. supra* § 5.1): (4) determinar el proceso de preparación y documentación previo que suele realizar el intérprete en el campo de la medicina; (5) conocer el nivel de especialización que se le exige; y (8) conocer otros factores que condicionan la interpretación en el ámbito de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía (aceptación de un encargo de interpretación, ayuda prestada por ponentes y participantes).

#### **Cuarto bloque. Datos relativos a la comunicación en los congresos de medicina**

El objetivo de este último bloque es valorar superficialmente la situación comunicativa entre los intérpretes y los participantes. Teniendo en cuenta que existen muy pocos estudios sobre la situación comunicativa y el flujo de la información en el marco de la comunicación especializada médica, consideramos que sería interesante seguir investigando en el futuro en esta línea.



Según los datos obtenidos, uno de los factores que suele perjudicar la relación comunicativa es la reticencia de los oradores y participantes hacia los intérpretes no especialistas en medicina, si bien existen opiniones muy diversas entre los encuestados quizá como consecuencia de experiencias profesionales diferentes.

Para facilitar la comunicación y ofrecer una interpretación de calidad, la mayoría de los encuestados opina que es necesario comprender perfectamente el discurso del orador siempre o casi siempre, resultado que respaldaría los resultados de la pregunta 26, en la que se subraya la importancia de la preparación conceptual, pero no así los de la pregunta 27, en la que la mayoría opta por la preparación terminológica cuando existen limitaciones de tiempo. No obstante, cabría preguntarse si el aprendizaje sistemático y exhaustivo de los términos facilita la comprensión de la temática del congreso tal y como afirman algunos autores (Castro *et al.* 2004), con lo que la preparación terminológica no estaría reñida con la comprensión de los conceptos.

Por otra parte, podríamos plantearnos la cuestión de si, a pesar de las afirmaciones de los encuestados, los intérpretes comprenden siempre el discurso del orador perfectamente. Para ello, sería interesante realizar trabajos de investigación futuros para averiguar si efectivamente los intérpretes comprenden perfectamente el mensaje original, ya que consideramos que alcanzar la comprensión total de un discurso es bastante complejo en aquellos congresos de temática altamente especializada en los que los mismos médicos tienen dificultades para entenderlo. El nivel de comprensión que debe tener el intérprete constituye un aspecto comunicativo bastante debatido sobre el que sería interesante realizar estudios de investigación empíricos en el futuro para saber hasta qué punto el intérprete debe comprender el mensaje del orador para realizar una interpretación con éxito. La pregunta que se nos plantea es la siguiente: el intérprete, ¿debe entenderlo todo, debe entender el mensaje parcialmente, o simplemente debe estar bien preparado terminológicamente para posibilitar la comunicación entre el orador y los participantes?

En cuanto a la información no verbal que ayuda al intérprete a comprender el mensaje, prácticamente todos los encuestados mencionan los apoyos visuales, y sólo

algunos indican el lenguaje no verbal de los ponentes y, en menor grado, de los participantes (cfr. *supra* pregunta 40). Este resultado no se correspondería con la importancia concedida por algunos autores a los elementos no verbales emitidos por oradores y participantes (Lebhar Politi 1989; Patterson 1990; Thiéry 1990; Poyatos 1997; Collados 1998) (cfr. *supra* § 2.2.2).

Por último, nos detendremos en un aspecto bastante debatido en la bibliografía sobre interpretación, especialmente en las dos últimas décadas: los parámetros más valorados por los participantes a la hora de evaluar la calidad de la interpretación. Cabe destacar que en este estudio hemos explorado las opiniones de los intérpretes, y que sus respuestas a esta pregunta son meras suposiciones. Para corroborarlas, habría que realizar un estudio futuro dirigido a los participantes que recurren a los servicios de interpretación cuando asisten a reuniones médicas (cfr. *infra* Capítulo 6).

En el trabajo que nos ocupa, compararemos los resultados obtenidos en este estudio con los del estudio pionero de Bühler (1986) para ver si los criterios más valorados son los mismos o si por el contrario, y teniendo en cuenta la distancia temporal que existe entre un estudio y otro, se han producido algunas modificaciones. Para facilitar la comparación entre los estudios, a la hora de establecer las distintas opciones de respuesta en la pregunta 41, hemos utilizado los mismos criterios propuestos por esta autora, aunque no hemos respetado la división entre criterios lingüísticos y extralingüísticos y hemos obviado las características concernientes a la personalidad. Así, recordemos que los parámetros propuestos son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido, el uso gramatical correcto, el estilo adecuado, la utilización de la terminología adecuada, el acento nativo, la fluidez, la voz agradable y la entonación.

Como ya mencionamos en el apartado anterior, en el estudio que nos ocupa, hemos analizado los resultados atendiendo a dos criterios diferentes: (1) a las veces que se menciona un determinado parámetro sin tener en cuenta la numeración; (2) a la numeración por orden de importancia de los parámetros, con lo cual hemos establecido dos análisis diferentes. Si observamos los resultados del primer análisis, vemos que el

parámetro más indicado por los encuestados es la utilización adecuada de la terminología, seguido por la cohesión del mensaje recibido, la consistencia de sentido con el mensaje original, la transmisión completa del contenido y la fluidez, la voz agradable, el estilo, el uso gramatical correcto, la entonación y el acento nativo. Si atendemos al segundo análisis, vemos que el parámetro al que más encuestados adjudican el número 1 (considerado el más importante) es la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido, la transmisión completa del contenido, la utilización adecuada de la terminología y la voz agradable.

Si comparamos los resultados del estudio de Bühler con los del primer análisis, vemos que los parámetros más mencionados en nuestro estudio son distintos a los más tenidos en cuenta por los miembros de AIIC y del CACL del análisis de Bühler (cfr. supra tabla 1), con la salvedad de la cohesión lógica del mensaje recibido y de la transmisión completa de la información. En cuanto a los demás criterios, los intérpretes encuestados por esta autora les conceden una importancia que difiere de la concedida por los intérpretes de nuestro estudio.

BÜHLER (1986)		PRIMER ANÁLISIS DEL PRESENTE ESTUDIO (2004)
1	Consistencia de sentido con el mensaje original	Utilización adecuada de la terminología
2	Cohesión lógica del mensaje recibido	Cohesión lógica del mensaje recibido
3	Utilización adecuada de la terminología	Consistencia de sentido con el mensaje original
4	Transmisión completa de la información	Transmisión completa de la información, fluidez
5	Fenómenos estructurales lingüísticos (uso gramatical correcto, estilo adecuado)	Voz agradable
6	Acento nativo	Estilo adecuado
7	Fluidez	Uso gramatical correcto
8	Voz agradable	Entonación
9		Acento nativo

**Tabla 10.** Comparación de los resultados del estudio de Bühler (1986) con los del primer análisis de los resultados de nuestro estudio (2004)

Por el contrario, si comparamos los resultados del estudio de Bühler con los del segundo análisis (*cf. supra* tabla 11), vemos que los parámetros considerados más importantes son en ambos estudios la consistencia de sentido y la cohesión del mensaje recibido. No obstante, cabría preguntarse si los participantes se encuentran en situación de valorar la consistencia de sentido, dado que en la mayoría de los casos desconocen o no dominan a la perfección el idioma original como para poder contrastar el discurso original con el discurso meta. Por otro lado, podríamos pensar que los médicos, al ser especialistas que dominan un determinado tema, podrían darse cuenta de errores de consistencia al ver que el discurso interpretado contiene una información que no concuerda con sus conocimientos, errores que cabe suponer en un principio que proceden del intérprete en lugar del propio ponente. Por otra parte, el acento nativo y la voz agradable son criterios considerados más importantes por los intérpretes del estudio de Bühler que por los del nuestro. En este punto, podríamos reflexionar sobre la poca importancia que los intérpretes y usuarios suelen conceder a los rasgos prosódicos, ya que hay determinados estudios experimentales que ponen de manifiesto la importancia de estos rasgos en la evaluación total de la interpretación (Collados 1998).

BÜHLER (1986)		SEGUNDO ANÁLISIS DEL PRESENTE ESTUDIO (2004)
1	Consistencia de sentido con el mensaje original	Consistencia de sentido con el mensaje original
2	Cohesión lógica del mensaje recibido	Cohesión lógica del mensaje recibido
3	Utilización adecuada de la terminología	Transmisión completa de la información, fluidez
4	Transmisión completa de la información	Utilización adecuada de la terminología
5	Fenómenos estructurales lingüísticos (uso gramatical correcto, estilo adecuado)	Voz agradable
6	Acento nativo	
7	Fluidez	
8	Voz agradable	
9		Acento nativo

**Tabla 11.** Comparación de los resultados del estudio de Bühler (1986) con los del segundo análisis de los resultados de nuestro estudio (2004)

Podríamos concluir diciendo que, en lo relativo a este cuarto bloque, los parámetros más valorados por los participantes según los intérpretes son prácticamente los mismos que los de otros estudios realizados anteriormente entre intérpretes profesionales (Bühler 1986) y entre usuarios médicos (Kurz 1989; 1993). No obstante, parece no existir un consenso en cuanto a la importancia de los elementos no verbales, ya que los autores consultados (Poyatos 1997; Weale 1997; Viaggio 1997) suelen conceder una importancia excesiva a estos elementos en comparación al interés comedido que presentan los intérpretes encuestados.

Por último, hemos incluido un gráfico en el que resumimos los resultados de este bloque sobre datos relativos a la comunicación en reuniones de medicina:

- ✘ Reticencia por parte de oradores y participantes hacia el intérprete no médico
  - ✘ Necesidad de comprender perfectamente el discurso original
  - ✘ Importancia de los apoyos visuales y de los elementos no verbales de los oradores
- ✘ Parámetros más valorados: consistencia de sentido con el mensaje original, cohesión del mensaje
- ✘ Parámetros menos valorados: acento nativo y voz agradable

Con los resultados obtenidos en este cuarto bloque, hemos intentado alcanzar los objetivos 6 y 7 que establecimos al principio (*cf. supra* § 5.1): (6) determinar la importancia de la comunicación no verbal en la interpretación médica; y (7) establecer los parámetros que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación.

A modo de conclusión, en este apartado hemos intentado alcanzar los dos objetivos fundamentales de (1) establecer cómo se plasman y aplican en el mercado español de la interpretación algunos de los aspectos analizados en la primera parte y (2) ofrecer una visión general del mercado de la interpretación en el ámbito de la medicina. En cuanto al primer objetivo, del estudio se desprende que no siempre los parámetros analizados en la primera parte se ajustan a lo que, según nuestros encuestados, sucede en la práctica real. No

obstante, en muchos casos los argumentos establecidos a priori por algunos de los autores analizados suelen coincidir con la realidad profesional. Sin embargo, habría que realizar más trabajos de investigación en el futuro para ampliar esta visión general que hemos intentado proporcionar sobre el mercado de la interpretación en congresos médicos y para seguir siguiendo analizando la correspondencia entre la investigación teórica y la práctica profesional.

### 5.3.2. Análisis contrastivo de los resultados

Tras realizar el análisis exhaustivo expuesto en los apartados anteriores, nos dimos cuenta de que existen ciertas diferencias entre los intérpretes afiliados a asociaciones profesionales y los intérpretes docentes en cuanto al perfil y a las respuestas a determinadas preguntas. Por lo tanto, decidimos incluir un apartado en el que exponemos un análisis contrastivo entre las opiniones de los intérpretes afiliados y los intérpretes que imparten docencia con el objetivo de corroborar la siguiente hipótesis de partida: *que los intérpretes afiliados a asociaciones profesionales presentan un perfil diferente a los docentes y responden de distinta manera a determinadas preguntas planteadas en el cuestionario.*

La verificación de esta hipótesis de partida tendría el propósito de comprobar si las opiniones y exigencias de los intérpretes docentes, que en definitiva son los que se encargan de la formación de los intérpretes que posteriormente salen al mercado profesional, se ajusta a la visión de los intérpretes afiliados y refleja en última instancia las necesidades del mercado de la interpretación, ya que no podemos olvidar que los intérpretes afiliados se caracterizan por una amplia experiencia en este mercado, por lo que su visión resulta bastante ilustrativa de lo que sucede en la práctica real.

En este análisis contrastivo por grupos hemos establecido una división dual de la muestra:

**GRUPO A:** intérpretes afiliados a asociaciones profesionales. En este grupo se incluirían aquellos intérpretes afiliados que trabajan como docentes de interpretación a tiempo parcial como actividad secundaria.

**GRUPO B:** intérpretes docentes, en el que se incluirían los encuestados que no pertenecen a ninguna asociación profesional y que se dedican a impartir docencia de interpretación a tiempo completo como actividad principal. A este grupo pertenecerían los intérpretes docentes procedentes de las facultades de traducción e interpretación de las universidades españolas que han colaborado en la realización del estudio.

En este apartado, no trataremos los resultados de forma tan detallada como en el apartado anterior. No obstante, en el Apéndice 2 hemos incluido una serie de gráficos de sectores e histogramas en los que se exponen los resultados obtenidos en cada una de las preguntas.

En primer lugar, cabe destacar que el grupo mayoritario lo constituyen los intérpretes afiliados a asociaciones profesionales, que representan el 53% de los encuestados totales. En segundo lugar se situarían los intérpretes docentes (33%) y en tercer lugar los intérpretes *freelance* no pertenecientes a ninguna asociación profesional (14%). Esto se debe a que los intérpretes afiliados a asociaciones profesionales, fundamentalmente AICE como veremos más adelante, son los que afirman trabajar más asiduamente en congresos de medicina y que constituyen por tanto el porcentaje de la muestra más numeroso.

### **Primer bloque: Datos personales y profesionales**

Según los resultados obtenidos, mientras que el grupo B muestra un equilibrio en cuanto al sexo (53% intérpretes de sexo femenino y 47% de sexo masculino), vemos que el grupo de intérpretes afiliados es eminentemente femenino, con un 87% de mujeres y un 13% de hombres. Estos porcentajes nos proporcionan una idea de la predominancia del sexo femenino en las asociaciones profesionales encuestadas. Por otra parte, en la docencia de interpretación, si bien el número de mujeres sigue siendo superior, la carga está más repartida entre hombres y mujeres, lo cual aparece reflejado en nuestro estudio.

Respecto a la edad también existen diferencias entre los dos grupos, ya que la mayoría de los intérpretes afiliados tienen edades comprendidas entre los 46 y los 60 años (57%), mientras que en el grupo B el intervalo mayoritario es el de 31 a 45 años (82%). Sin embargo, observamos que el número de encuestados con edades de entre 20 y 30 años es bastante reducido en ambos grupos.

El intervalo de años de ejercicio profesional mayoritario en los dos grupos es el de 11 a 20 años (50% grupo A y 46% grupo B). No obstante, en el grupo A vemos que un alto porcentaje (42%) lleva más de 20 años en la profesión, mientras que en el grupo B esta cifra es menor (18%). Por otra parte, en el grupo B existe una presencia significativa de intérpretes que llevan ejerciendo menos de 10 años (24%), incluso menos de 5 (12%), mientras que en el grupo A sólo hay un 8% que lleva menos de 10 años en la profesión.

En resumen, los encuestados del grupo A llevan ejerciendo más años en la profesión que los intérpretes del grupo B. Este resultado podría tal vez ser una consecuencia lógica de los requisitos establecidos por ambas asociaciones para el acceso de nuevos miembros, ya que para afiliarse a una asociación profesional es necesario haber trabajado un determinado número de días en condiciones profesionales y acreditar su experiencia como intérprete de conferencia en las condiciones de ética, profesionalidad y confidencialidad exigidas por la asociación, con lo que se requiere una sólida experiencia profesional que a veces se tarda en conseguir. Citaremos los requisitos y fases por los que tiene que pasar un candidato antes de ser integrado en AIICE y en AIIC, lo cual nos hará comprender el número superior de años de ejercicio profesional que presenta el grupo A:

Para convertirse en miembros, los intérpretes de AICE han tenido que demostrar un perfecto dominio de sus lenguas de trabajo, su integridad y su valía profesional ante los correspondientes órganos de la Asociación. Las personas que deseen afiliarse a la Asociación deberán remitir, antes del 30 de junio de cada año, un escrito dirigido al Presidente, adjuntando una copia de su currículum vitae. A continuación, la Junta Directiva estudiará la idoneidad del aspirante verificando si cumple con los siguientes requisitos:

- A. El aspirante deberá acreditar su experiencia como intérprete de conferencia en las condiciones de ética, profesionalidad y confidencialidad exigidas por la Asociación.
- B. Todos los candidatos deberán tener al menos dos idiomas activos (A ó B) y uno pasivo, salvo el caso de quienes tengan doble A. Uno de los idiomas activos deberá ser el español.



- C. Todos los candidatos tendrán formación universitaria o equivalente y deberán demostrar un alto nivel cultural.

Si procede, la Junta remitirá la solicitud de ingreso al Comité de Idiomas correspondiente para que éste compruebe la competencia interpretativa del aspirante según un proceso de evaluación establecido. Tras esta evaluación, el Comité elaborará un informe que presentará ante la Asamblea General, la cual se pronunciará sobre la admisión del aspirante en calidad de Candidato por un período mínimo de 2 años.

Al finalizar este período, la Asamblea General aprobará o no, por mayoría absoluta, el ingreso del candidato como miembro

([www.aice-interpret.es/indexsp.html](http://www.aice-interpret.es/indexsp.html); *Cómo convertirse en miembro de AICE*)

Conference interpreters wishing to join AIIC must have:

1. Worked a minimum of 150 days,
2. Worked at least 50 days into each active language they are requesting and at least 50 days from each passive language they are requesting,
3. Observed all professional ethics and rules while complying with 1 and 2 above,
4. At least 3 active members who have been in the association for 5 years as sponsors.

([www.aiic.net](http://www.aiic.net): *Applying to AIIC*)

Por otra parte, los resultados nos indican que más de la mitad de los intérpretes de los dos grupos han realizado exclusivamente la carrera de traducción e interpretación (54% del grupo A y 52% del grupo B). No obstante, en los dos grupos observamos que hay un porcentaje significativo que han realizado otros estudios distintos (46% del grupo A y 48% del grupo B). De todos los encuestados, tan solo un intérprete del grupo A ha cursado los estudios de medicina y otro del grupo B ha realizado la carrera de medicina y un master en Traducción e Interpretación. De este resultado se deduce que no es necesario haber estudiado medicina para llegar a ser un intérprete profesional en este ámbito, ya que, ni siquiera los intérpretes afiliados que han superado pruebas de profesionalidad y calidad para acceder a una asociación profesional y que cuentan con muchos años de experiencia, son médicos.

La modalidad de interpretación más practicada por los dos grupos es la simultánea, aunque un porcentaje importante practica también la consecutiva. La diferencia principal estriba en que los docentes suelen dedicarse con más frecuencia a la interpretación bilateral y social que los intérpretes afiliados.

En cuanto a la afiliación a asociaciones, hemos tenido en cuenta lógicamente a los intérpretes del grupo A. Observamos que el grupo mayoritario lo constituyen los intérpretes de AICE, lo cual es debido a que son los que más trabajan en congresos de medicina, ya que colaboran con numerosas sociedades científicas (sociedades médicas, colegios profesionales, etc.) y laboratorios farmacéuticos. Los miembros de AIIC trabajan más frecuentemente en organismos internacionales, como la ONU, la UNESCO, la UE, etc. De este modo, la mayoría de los miembros de AIIC establecidos en España a los que se les envió el cuestionario respondieron diciendo que no estaban en condiciones de cumplimentarlo al no dedicarse a trabajar en congresos de medicina.

Respecto a las lenguas de trabajo, encontramos algunas diferencias en cuanto a las lenguas maternas y a las dos lenguas extranjeras. En cuanto a la lengua materna, el grupo A presenta una mayor variedad de lenguas, ya que el 52% tiene el español como lengua A y el resto tiene otras lenguas A, fundamentalmente el inglés, italiano, francés y alemán, en este orden. No obstante, el 70% del grupo B habla el español como primera lengua y el 12% el inglés, y hay un porcentaje más reducido que habla otras lenguas, principalmente el francés, alemán e italiano. Observamos, pues, que estas lenguas son las más demandadas en los centros de formación en traducción e interpretación y, en definitiva, las más solicitadas a posteriori en el mundo profesional.

En cuanto a la primera lengua extranjera (lengua B), observamos de nuevo que el grupo A presenta una mayor variedad, ya que, si bien el grupo mayoritario habla el inglés (43%), el 38% habla el español y el 14% el francés, e incluso hay un 4% que tiene el alemán como primera lengua extranjera. En el grupo B, el 65% habla el inglés, el 29% el español y un 6% habla el francés. Por otra parte, observamos que el único grupo en el que hay encuestados que afirman no tener ninguna lengua B es el grupo de los intérpretes afiliados (22%).

Por último, respecto a la segunda lengua extranjera (lengua C), la diferencia principal estriba en que el grupo B presenta una mayor variedad de lenguas: el 58% tiene el francés como lengua C, seguido del inglés (14%) e italiano (14%), y del alemán (7%). El 7%

dice tener otras lenguas C, principalmente el catalán y el portugués. En cuanto al grupo A, más de la mitad (54%) tiene el francés de lengua C, seguido del inglés (33%) y del italiano (13%).

Resulta interesante observar el número de lenguas A, B y C que tiene cada grupo de encuestados. La mayoría de los intérpretes de los dos grupos tienen una única lengua materna (83% grupo A y 86% grupo B), si bien hay una representación de bilingües en los dos grupos (17% y 14%). Sin embargo, en el grupo A es donde hay más intérpretes con dos lenguas B (17%) y C (30%) e incluso con 3 lenguas C (9%).

Un punto muy interesante es el de la especialización. Los datos nos revelan que en los dos grupos el porcentaje de intérpretes que no se ha especializado es mayor del porcentaje de intérpretes que sí lo ha hecho (42% grupo A y 35% grupo B). De estos porcentajes de intérpretes especializados, la mayoría de los intérpretes de los dos grupos no se ha limitado a especializarse en medicina, sino que también lo ha hecho en otros ámbitos. Cabe destacar que los intérpretes afiliados presentan una mayor gama de especializaciones. El grupo de intérpretes docentes sólo dice haberse especializado en medicina y en la formación de intérpretes e interpretación de conferencias, estas últimas consideradas especializaciones en sí.

De este modo, la tendencia predominante en los dos grupos es la del intérprete generalista, ya que la mayoría no se ha especializado en un campo concreto. No obstante, cabe destacar una vez más algunas diferencias, ya que en el grupo A existe un mayor equilibrio entre los intérpretes especializados y los no especializados. De hecho, la asociación AICE, además de abogar por el intérprete generalista con amplios conocimientos en varios campos, también subraya la existencia de intérpretes especializados en un determinado ámbito:

Todos los intérpretes profesionales suelen poseer un amplio bagaje cultural, que se incrementa exponencialmente gracias a la experiencia. Además existen intérpretes "especialistas" en ciertas disciplinas, como la medicina, la biología, el derecho, la informática, etc. Sin embargo, antes de cualquier congreso todo intérprete estudia con detenimiento la documentación suministrada por los organizadores, asimilando los

conceptos básicos que van a tratarse y elaborando glosarios específicos sobre el tema

www.aice-interpretes.com

Según los resultados, en el grupo B el 100% de los intérpretes compagina lógicamente la actividad de interpretar con la docencia, y el 14% ejerce además de traductor. El grupo A presenta una mayor variedad de actividades profesionales además de la interpretación: el grupo mayoritario compagina la interpretación con la traducción (69%), pero hay un porcentaje significativo (19%) que se dedica a la docencia. De este porcentaje la mayoría trabaja como profesor asociado a tiempo parcial en facultades de traducción e interpretación, y hay algunos que imparten docencia en materias distintas de la interpretación. Cabe destacar que hay un porcentaje mínimo que se dedica exclusivamente a interpretar (6%).

En definitiva, los resultados del primer bloque de preguntas indican que efectivamente existen diferencias entre los dos grupos en cuanto al perfil personal y profesional. Hemos incluido la siguiente tabla a fin de ilustrar estas diferencias:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
<b>Sexo</b>	Presencia mayor (87%) de mujeres	Equilibrio entre mujeres y hombres
<b>Edad</b>	Edades comprendidas entre 45 y 60 e incluso más de 60	Edades comprendidas entre 30 y 45 años
<b>Estudios</b>	La mitad ha realizado la carrera de Traducción e Interpretación	La mitad ha realizado la carrera de Traducción e Interpretación
<b>Modalidad de interpretación más practicada</b>	Interpretación simultánea	Interpretación simultánea
<b>Lenguas de trabajo</b>	A: Español B: Inglés C: Francés	A: Español B: Inglés C: Francés
<b>Especialización</b>	Equilibrio entre intérpretes especializados y no especializados	Mayor porcentaje de intérpretes no especializados
<b>Ejercicio de otras actividades profesionales</b>	La mayoría se dedica a la traducción	La mayoría se dedica a la docencia exclusivamente

Tabla 12. Diferencias y similitudes relativas al perfil personal y profesional

**Segundo bloque. Datos relativos al contexto de la interpretación en el ámbito de la medicina**

En cuanto a los acontecimientos médicos más frecuentes, si bien los cuatro eventos más citados por ambos grupos son los mismos (macrocongresos, seminarios y cursos, presentaciones de productos y conferencias de personalidades invitadas), el grupo A considera que los eventos más frecuentes son los seminarios y cursos (19), seguidos de las presentaciones de productos (18) y de los marcocongresos (17). Por el contrario, el grupo B considera que los más frecuentes son los macrocongresos (14), seguidos de los seminarios y cursos (11) y de las presentaciones de productos (10).

Por otra parte, la modalidad de interpretación más frecuente según los dos grupos es la simultánea, seguida de la consecutiva. Los encuestados del grupo B son los únicos que mantienen la presencia de la bilateral en los congresos de medicina.

Donde no existe un consenso claro es en la existencia de temas que se repitan con frecuencia, ya que la mayoría del grupo A opina que suele haber temas que se repiten, mientras que sólo la mitad de los intérpretes docentes del grupo B cree que haya temas frecuentes. No volveremos a detallar los distintos temas y ramas de la medicina mencionadas por considerarlo repetitivo e innecesario.

En cuanto a la frecuencia con que interpretan en reuniones médicas, los intérpretes del grupo A son los que afirman trabajar más asiduamente, ya que el 29% lo hace muy frecuentemente y el 17% frecuentemente. Los intérpretes del grupo B suelen trabajar de vez en cuando (25%) o pocas veces (50%), aunque un 19% lo hace frecuentemente. Cabe destacar igualmente que, del grupo A, la mayoría de los intérpretes que trabaja muy frecuentemente en reuniones médicas pertenece a la asociación profesional AICE. De hecho, muchos intérpretes de AIIC con los que nos pusimos en contacto respondieron diciendo que no estaban en situación de cumplimentar el cuestionario al no dedicarse a trabajar en este tipo de eventos.

La diferencia principal en esta pregunta estriba en que los intérpretes afiliados suelen trabajar con más frecuencia en ciudades no españolas, sobre todo europeas (Lisboa, Ginebra, Viena, Mónaco, Londres, París, Toulouse, Montpellier o Cannes), pero también no europeas (Nueva York, Kuala Lumpur o Chicago). Por el contrario, hemos observado que los intérpretes docentes suelen interpretar en aquellas ciudades en las que se encuentra la facultad en la que imparten docencia.

En lo que se refiere a la utilización de apoyos visuales, el 96% del grupo A y el 100% del grupo B consideran que en las reuniones de medicina se utilizan frecuentemente apoyos visuales. El medio visual más mencionado es el Power Point, seguido por los vídeos, las transparencias y las diapositivas, orden que es el mismo para los dos grupos. Dada la frecuencia de la utilización de apoyos visuales, una buena visibilidad de la pantalla de proyección y de los ponentes es considerada imprescindible (41% A y 31% B) y muy importante (38% A y 50% B) por la mayoría de los intérpretes de los dos grupos. No obstante, los encuestados no dan tanta importancia a una buena visibilidad de la sala y de los participantes, considerada importante (21% A y 6% B) e incluso poco importante (24% del grupo B) para la mayoría de los intérpretes de los dos grupos. El requisito de la visibilidad aparece reflejado en los Códigos Deontológicos de AICE y de AIIC.

With a view to ensuring the best quality interpretation, members of the Association:

- a. shall endeavour always to secure satisfactory conditions of sound, visibility and comfort, having particular regard to the Professional Standards as adopted by the Association as well as any technical standards drawn up or approved by it;
- (...)
- e. shall require a direct view of the speaker and the conference room. They will thus refuse to accept the use of television monitors instead of this direct view, except in the case of videoconferences

(www.aiic.net: *Code of Professional Ethics*)

Además de los palacios de congresos, gran cantidad de instituciones públicas y algunas privadas cuentan con auditorios equipados con una o más cabinas de interpretación construidas, normalmente, según normas ISO para garantizar la idoneidad de las condiciones de espacio, insonorización y visibilidad. De hecho, es preciso que las cabinas tengan cierta amplitud, aíslen a los intérpretes de sonidos exteriores y estén situadas de manera que permitan visualizar a los ponentes y las diapositivas o transparencias que utilicen. En ocasiones, cuando las reuniones se celebran en hoteles o empresas que no cuentan con cabinas fijas, se emplean cabinas móviles, que también deben reunir unas

condiciones mínimas para hacer posible el trabajo de los intérpretes

(www.aice-interpretes.com: *Código deontológico*)

En cuanto a la tipología de los participantes, los resultados ponen de manifiesto que los médicos del sector público son, según los encuestados, los que asisten con más asiduidad a las reuniones de medicina (17 A y 13 B). No obstante, el grupo B concede la misma frecuencia a los investigadores (13). En segundo lugar, los dos grupos sitúan a los médicos del sector privado (14 A y 9 B), seguidos de los profesores de medicina (12 A y 8 B).

En definitiva, los resultados del segundo bloque indican que, si bien existen ciertas diferencias entre los dos grupos, asistimos a un consenso claro sobre otros parámetros. Hemos incluido la siguiente tabla para ilustrar las diferencias y similitudes entre ambos grupos:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
<b>Acontecimientos más frecuentes (análisis horizontal)</b>	Seminarios o cursos, presentaciones de productos, macrocongresos	Macrocongresos, seminarios o cursos, presentaciones de productos
<b>Modalidad más frecuente</b>	Interpretación simultánea	Interpretación simultánea
<b>Combinación lingüística más frecuente</b>	Inglés-español	Inglés-español
<b>Temática frecuente</b>	La mayoría considera que suele haber temas frecuentes	Respuestas divididas al 50%
<b>Frecuencia con que interpretan en congresos de medicina</b>	Frecuentemente	De vez en cuando
<b>Zonas geográficas donde interpretan</b>	España, Europa, fuera de Europa	España
<b>Utilización de apoyo audiovisuales</b>	Se utilizan con mucha frecuencia, sobre todo el Power Point	Se utilizan con mucha frecuencia, sobre todo el Power Point
<b>Importancia de la visibilidad de ponentes</b>	Muy importante	Muy importante
<b>Importancia de la visibilidad de participantes y sala</b>	Importante	Importante
<b>Tipología de los participantes más frecuentes</b>	Médicos del sector público	Médicos del sector público e investigadores

Tabla 13. Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas

### **Tercer bloque. Datos relativos a la preparación**

La aceptación de un determinado encargo de interpretación está muy relacionada con el código deontológico de las asociaciones profesionales y con la ética propia de cada intérprete, por lo que los encuestados muestran su cautela a la hora de aceptar un encargo. Sin embargo, la diferencia principal estriba precisamente en esta cautela, ya que el 52% de los intérpretes afiliados estaría siempre dispuesto a aceptar un encargo, frente al 25% de los docentes, resultado que pone de manifiesto que estos últimos son más cautelosos a este respecto. Por otra parte, el 25% del grupo B frente a sólo el 8% del grupo A no siempre estarían dispuestos a aceptar cualquier encargo. Por otra parte, el 52% del grupo A y el 50% del B aceptarían un encargo dependiendo de determinadas circunstancias: para los dos grupos el factor más importante sería la especificidad del tema, el material y el tiempo disponibles. Los intérpretes del grupo A conceden igualmente importancia a las condiciones de trabajo, aspecto muy tenido en cuenta en los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales.

Para estar en condiciones de aceptar un encargo y ofrecer una interpretación de calidad, los datos revelan que para los dos grupos el intérprete debe tener un nivel de especialización alto o muy alto. No obstante, el grupo B es menos exigente y un porcentaje importante (31%) considera que el nivel necesario que debe tener el intérprete es medio, e incluso hay algunos que estiman que no hace falta tener ningún nivel de especialización.

Este resultado contradice el obtenido en la pregunta 23, según el cual la mayoría de los intérpretes de ambos grupos no ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina. No obstante, podemos observar en algunos comentarios que los intérpretes de ambos grupos, especialmente del grupo A, consideran que la especialización no se adquiere únicamente a través de la realización de cursos, seminarios o la carrera de medicina, sino que el proceso de la especialización es mucho más complejo y depende de la frecuencia con que se interpreta en congresos de medicina y, por ende, de la preparación y documentación constante en temas médicos.



A la pregunta de si un médico está mejor preparado que un intérprete para interpretar, los resultados muestran la reticencia de los dos grupos hacia un médico que se dedique a interpretar en reuniones médicas, ya que la mayoría de los intérpretes de los dos grupos opina que un médico no está preparado nunca (26% A y 31% B) o casi nunca (34% A y 44% B).

Para adquirir un determinado grado de especialización, la mayoría de los encuestados de los dos grupos no ha realizado cursos de formación en medicina (71% A y 81% B). No obstante, el grupo B los considera más útiles que el grupo A, ya que afirma que, dependiendo de la frecuencia (22%) o especialización (28%), pueden llegar a ser imprescindibles. El 52% del grupo A responde que no son imprescindibles en ningún caso, mientras que el 24% sí los considera imprescindibles, porcentaje que se corresponde con el de aquellos intérpretes que ha realizado cursos de especialización.

Para suplir las diferencias de conocimientos entre el médico y el intérprete, los dos grupos afirman que la preparación y documentación pueden suplir estas diferencias siempre (17% A y 13% B), casi siempre (39% A y 43% B) o a menudo (26% A y 25% B). No obstante, también hay un porcentaje inferior (9% A y 6% B) que opina que con la preparación y documentación no es posible suplir nunca las diferencias de conocimientos.

Para prepararse la reunión, casi todos los intérpretes de los dos grupos opta por la preparación previa en casa. El segundo lugar más citado lo constituyen las sesiones de *briefing*. En tercer lugar, el grupo A se decanta por la preparación en cabina (35%), mientras que el grupo B lo hace por la preparación que se realiza justo antes del comienzo de la reunión (43%). Los intérpretes del grupo B son los que mencionan más lugares de preparación posibles (43%), como las bibliotecas especializadas, la consulta a expertos, los hospitales y facultades de medicina y los cursos de formación específica.

A la pregunta de qué tipo de preparación suelen realizar, los intérpretes de ambos grupos suelen estar de acuerdo en que la preparación mixta, tanto terminológica como conceptual, constituye el tipo de preparación óptimo (67% A y 83% B). No obstante, en el

grupo A encontramos un porcentaje significativo (33%) que afirma optar mayoritariamente por la preparación terminológica.

En esta misma línea, cuando existen limitaciones de tiempo, la inmensa mayoría de los dos grupos (80% A y 80% B) optaría por la preparación terminológica, aunque sigue habiendo un sector reducido en cada grupo que mantiene su postura de recurrir a ambos tipos de preparación.

En cuanto a la pregunta de si es posible realizar una buena interpretación con una preparación terminológica y sin una preparación conceptual, la mayoría de los dos grupos (56% A y 50% B) opina que esto es posible dependiendo del tema. Un porcentaje importante afirma que no es posible (22% A y 31% B). Por otra parte, también hay intérpretes que consideran que a veces es posible (13% A y 19% B).

A la pregunta inversa de si se puede realizar una buena interpretación con una preparación conceptual y sin una preparación terminológica, la mayoría de los intérpretes de los dos grupos opina que no es posible (63% A y 50% B), si bien sigue habiendo encuestados en los dos grupos que afirman que es posible dependiendo del tema (21% A y 25% B). El grupo A es el único en el que algunos encuestados sostienen que sí es posible ofrecer una interpretación de calidad con una preparación meramente conceptual (8%).

Para los dos grupos, el material más consultado en cabina son los glosarios (44% A y 40% B) y los diccionarios (31% A y 33% B), considerados asimismo las fuentes documentales más útiles y eficaces en cabina. En los dos grupos hay encuestados que incluyen otras fuentes documentales, como las listas de términos por ponencias, artículos en el idioma de llegada sacados de Internet, apuntes y esquemas propios, cuadernos con dibujos y términos y listas de palabras propias. Como fuente de documentación, Internet es considerado muy importante (42% A y 38% B) e imprescindible (25% A y 56% B) por los encuestados de ambos grupos.

En cuanto al conocimiento del lenguaje médico, existe un consenso entre los dos grupos en considerar la terminología imprescindible y muy importante a la hora de interpretar en congresos de medicina. No obstante, el grupo A otorga más importancia a la fraseología que el grupo B, y menos importancia al estilo y a los procedimientos de formación y creación terminológica.

Por último, los encuestados también subrayan la importancia de conocer la lengua inglesa para poder dedicarse a interpretar en congresos de medicina, considerada por todos los encuestados de los dos grupos imprescindible, muy importante e importante.

A la pregunta de si los ponentes suelen ayudar a los intérpretes, las respuestas están repartidas en los dos grupos entre las distintas posibilidades de respuesta. No obstante, el grupo más optimista es el grupo A, ya que el 31% afirma que los ponentes ayudan casi siempre a los intérpretes. Sin embargo, la sensación general compartida por ambos grupos es que los ponentes solo ayudan a veces a los intérpretes. En cuanto a la ayuda prestada por los participantes, las respuestas están muy repartidas, lo cual indica que la respuesta depende de la experiencia de cada intérprete.

En definitiva, los resultados del tercer bloque indican que existe un consenso en este bloque, si bien observamos diferencias sutiles:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Aceptación de un encargo de interpretación	La mayoría estaría dispuesta a aceptar cualquier encargo	La mitad estaría dispuesta dependiendo de ciertos factores
Nivel de especialización	Muy alto	Alto
Situación del médico para interpretar en congresos de medicina	Casi nunca	Casi nunca
Realización de cursos de especialización	No	No
Importancia de la preparación y documentación	Muy importante	Muy importante
Fases de preparación	En casa y en sesiones de <i>briefing</i> , principalmente	En casa, en sesiones de <i>briefing</i> y en el congreso
Tipo de preparación más frecuente	Terminológica y conceptual	Terminológica y conceptual
Tipo de preparación más frecuente con limitaciones de tiempo	Terminológica	Terminológica
Realización de una buena interpretación con una preparación terminológica	Es posible dependiendo del tema	Es posible dependiendo del tema
Realización de una buena interpretación con una preparación conceptual	No es posible	No es posible
Tipo de material consultado en cabina	Glosarios y diccionarios	Glosarios y diccionarios
Importancia de Internet como fuente documental	Muy importante	Imprescindible
Importancia de la terminología médica	Imprescindible	Imprescindible y muy importante
Importancia de la fraseología médica	Muy importante	Muy importante
Importancia del estilo médico	Importante	Importante
Importancia de los procedimientos de creación terminológica	Muy importante	Importante
Importancia de la lengua inglesa	Imprescindible	Imprescindible

**Tabla 14.** Diferencias y similitudes relativas al contexto de las reuniones médicas

**Cuarto bloque. Datos relativos a la comunicación**

Al responder a la pregunta de si los oradores son reticentes hacia un intérprete no especialista en medicina, el grupo más optimista es el grupo B, ya que es el único en el que hay intérpretes que opinan que nunca son reticentes (6%). No obstante, cabe destacar que

en los dos grupos las respuestas están divididas entre las distintas posibilidades, aunque la mayoría opina que son reticentes a menudo (32% A y 43% B). Sin embargo, la situación cambia en la pregunta de si los participantes suelen ser reticentes, y en este caso el grupo más negativo sería el grupo B en el que la mayoría opina que lo son casi siempre (25%) y a menudo (25%).

Para realizar una interpretación con éxito, el 40% del grupo A y el 37% del B consideran que es necesario comprender siempre el discurso original para realizar una buena interpretación, con lo que se confirma la importancia de la comprensión en la realización de una buena interpretación, ya que ninguno de los encuestados cree que no hace falta comprender el mensaje original para ofrecer una interpretación de calidad.

En cuanto a la información no verbal que ayuda a la comprensión del discurso original, casi todos los intérpretes de los dos grupos mencionan la relevancia de los apoyos visuales y en menor medida la del lenguaje no verbal del ponente, considerada importante para la comprensión del discurso para el 24% del grupo A y el 26% del grupo B. Un sector minoritario de ambos grupos (11% A y 9% B) también subraya la importancia del lenguaje no verbal de los participantes.

Respecto a los parámetros de calidad que los participantes suelen valorar más cuando asisten a reuniones médicas, observamos que existe un consenso entre los dos grupos, ya que el parámetro más mencionado es la utilización de la terminología adecuada (21 A y 16 B). En segundo lugar, el grupo A sitúa la cohesión del mensaje recibido (19), y el grupo B la fluidez (13). Los criterios menos valorados para los dos grupos son el acento nativo y la entonación.

	AFILIADOS	DOCENTES
1	Utilización de la terminología adecuada	Utilización de la terminología adecuada
2	Cohesión del mensaje recibido	Fluidez
3	Consistencia de sentido con el mensaje original	Cohesión del mensaje recibido
4	Transmisión completa del contenido Fluidez	Transmisión completa del contenido
5	Voz agradable	Consistencia de sentido con el mensaje original

**Tabla 15.** Parámetros de calidad más valorados

En definitiva, en este cuarto y último bloque volvemos a observar diferencias entre los dos grupos en cuanto a los parámetros considerados más importantes por los participantes, pero también existe un consenso generalizado en cuanto a los otros aspectos, como la reticencia de oradores y participantes, la importancia de los apoyos visuales como elementos no verbales y la importancia de la comprensión en la producción de una interpretación de calidad. Al igual que en los bloques anteriores, hemos incluido una tabla para ilustrar las diferencias y similitudes entre los dos grupos:

VARIABLES	GRUPO A: AFILIADOS	GRUPO B: DOCENTES
Reticencia por parte de los oradores hacia un intérprete no médico	A menudo	A menudo
Reticencia por parte de los oradores hacia un intérprete no médico	A menudo	A veces
Necesidad de comprender perfectamente el discurso del orador para realizar una buena interpretación	Siempre	Casi siempre
Apoyos informativos que ayudan a la comprensión del discurso	Apoyos visuales Lenguaje no verbal de los ponentes	Apoyos visuales Lenguaje no verbal de los ponentes
Parámetro más valorado (análisis horizontal)	Utilización de la terminología adecuada	Utilización de la terminología adecuada
Parámetro más valorado (análisis vertical)	Consistencia de sentido con el mensaje original	Cohesión del mensaje recibido

**Tabla 16.** Diferencias y similitudes relativas a la comunicación en la interpretación en el ámbito de la medicina

Como conclusión, podríamos decir que con la realización de este estudio, hemos intentado cumplir con los dos objetivos principales establecidos al principio, ya que, por una parte, hemos ofrecido una visión general de la práctica de la interpretación y, por otra parte, hemos podido comparar los resultados obtenidos con las presuposiciones teóricas analizadas en la primera parte y llegar a la conclusión de que, si bien existen algunas diferencias entre las respuestas de los intérpretes y los teóricos de la interpretación, en la mayoría de los casos existe un consenso generalizado entre ellos.

No obstante, habría que realizar trabajos de investigación futuros para obtener una visión más amplia y completa de la situación real de la práctica profesional, ya que reconocemos que nuestro estudio cuenta con la limitación de que, al ser un estudio exploratorio realizado a través de cuestionarios, las opiniones de los intérpretes podrían estar sujetas a enfoques subjetivos. De esta manera, se impone la necesidad de realizar un trabajo empírico más minucioso de cada uno de los parámetros analizados en la primera parte con el objetivo de corroborar si sus respuestas dadas a priori por los intérpretes coinciden con lo que sucede realmente cuando interpretan.



**CAPÍTULO 6**  
**LA SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**  
**DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO**





### Introducción

En el capítulo anterior hemos descrito los resultados de un estudio exploratorio realizado entre intérpretes de conferencias que trabajan en España y que se dedican a interpretar en el ámbito de la medicina. No obstante, si bien consideramos sumamente importante la opinión de los intérpretes profesionales, consideramos que para tener una visión realista completa es necesario contar con los comentarios y opiniones del otro grupo implicado en este tipo de eventos, a saber, los médicos que constituyen los usuarios finales de los servicios de interpretación. Por lo tanto, decidimos realizar un nuevo estudio dirigido esta vez a este grupo de usuarios finales sin cuya versión de la situación profesional no tendríamos un cuadro completo del mercado de la interpretación en el ámbito de la medicina.

En aras de una mayor coherencia y claridad en la exposición de los hechos, el capítulo que nos ocupa consta de los mismos apartados que el capítulo anterior, con la salvedad del apartado dedicado al análisis contrastivo por grupos que no existiría en este nuevo estudio. De esta manera, hemos dividido el capítulo en tres apartados: el primer apartado consiste en la descripción detallada de los objetivos que pretendemos conseguir con la realización del presente estudio; en el segundo apartado, describimos la metodología empleada en la consecución del estudio; en el tercer apartado procedemos al análisis de los resultados a través de su cuantificación y posterior interpretación y, por último, en el cuarto apartado concluimos con unas reflexiones generales correspondientes al estudio exploratorio realizado.

#### 6.1. Descripción de los objetivos

Al igual que en el trabajo realizado entre intérpretes, en este estudio nos hemos basado en el proceso por fases de Fink (1995) para mantener la coherencia y la lógica entre ambos estudios (*cf. supra* § 5.1). El primer paso a seguir es la identificación clara y concisa de los objetivos a alcanzar. Los objetivos generales que nos hemos marcado son dos:

- comparar los resultados con los planteamientos teóricos analizados en la primera parte.
- comparar los resultados de este estudio con los de los estudios analizados en la primera parte.
- conocer la percepción de los médicos en cuanto a la interpretación en el ámbito de la medicina.
- verificar en la medida de lo posible si las opiniones y exigencias de los médicos se corresponden con las de los intérpretes ya encuestados en el estudio anterior.

Para conseguir estos dos propósitos generales, procedimos a una definición de objetivos más específicos:

Objetivo 1. Establecer el perfil de los médicos encuestados. Comparar este perfil con el de los intérpretes encuestados en el estudio anterior.

Objetivo 2. Determinar el conocimiento que tienen los encuestados de la lengua inglesa.

Objetivo 3. Determinar la frecuencia con que utilizan los encuestados el inglés como lengua de comunicación en publicaciones y en reuniones médicas. Corroborar la importancia del inglés como *lingua franca* de la comunidad médica internacional (*cf. supra* § 1.4.1).

Objetivo 4. Establecer la frecuencia de asistencia a reuniones médicas.

Objetivo 5. Definir el contexto en que se desarrollan las reuniones celebradas en el campo de la medicina. observar si se corresponde con el econtexto descrito en la primera parte o si, por el contrario, se hallan diferencias significativas (*cf. supra* § 2.2). Comparar los resultados obtenidos con los del estudio dirigido a los intérpretes (*cf. supra* § 5.3).

Objetivo 6. Determinar la frecuencia de utilización de los servicios de interpretación por parte de los encuestados.

Objetivo 7. Conocer el nivel de especialización que los encuestados exigen a un intérprete que trabaja en el campo de la medicina. comparar los resultados con los planteamientos y estudios analizados en la primera parte (*cf. supra* § 3.1) y con los

resultados del estudio realizado con intérpretes (*cf. supra* § 5.3).

Objetivo 8. Determinar la importancia de la comunicación no verbal en este tipo de acontecimientos lingüísticos, especialmente de los apoyos visuales. Comparar los resultados con los planteamientos y estudios realizados en la primera parte (*cf. supra* § 2.2.2.2) y con los resultados del estudio realizado con intérpretes (*cf. supra* § 5.3).

Objetivo 9. Establecer los parámetros que los encuestados valoran más en la evaluación de la calidad de la interpretación. Comparar los resultados con los de los estudios realizados desde la perspectiva del usuario analizados en la primera parte (*cf. supra* § 4.3.3) y con los resultados del estudio realizado con intérpretes (*cf. supra* § 5.3).

Objetivo 10. Conocer otros factores que condicionan la interpretación en congresos de medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía: temática más frecuente, tipología de los participantes, ayuda prestada por los médicos, nivel de comprensión del discurso, expectativas, experiencia pasada y grado de satisfacción de los usuarios, reticencia hacia un intérprete no médico y recurso al discurso paralelo mental.

## 6.2. Metodología

### Diseño del estudio y selección de la población de estudio

Una vez establecidos los objetivos generales y específicos, procedimos a establecer el tipo y la población de estudio, tal y como sugiere Fink (1995).

Atendiendo al esquema de Kumar (1996) (*cf. supra* § 5.2), el estudio empírico que nos ocupa se situaría, en cuanto a la aplicación, dentro de la categoría de los estudios aplicados, ya que se aplica a la recogida de información sobre varios aspectos de una situación, problema o fenómeno. Respecto a sus objetivos, se considera un estudio descriptivo, ya que su propósito es describir de manera sistemática una situación y la actitud de un determinado grupo hacia un determinado servicio, en este caso, de los médicos hacia los servicios de interpretación. Por otra parte, en cuanto al tipo de información que se desea obtener, el estudio se situaría dentro de los estudio cualitativos, ya que el propósito principal es describir una situación, que sería la situación de la interpretación en el ámbito

---

de la medicina desde la perspectiva de los usuarios.

A continuación, procedimos a la selección de la población de estudio. En este punto, tuvimos que reflexionar sobre qué tipo de población elegir, ya que, a diferencia de los intérpretes especializados, que conforman una población bastante limitada, los médicos representan una población sumamente amplia, por lo que se requería limitar la población y llevar a cabo un método de muestreo claramente definido. En primer lugar, reducimos la población a los médicos, excluyendo a otro tipo de profesionales muy vinculados al mundo de la medicina, como bioquímicos, biólogos, químicos o farmacéuticos, ya que en todo estudio se requiere una precisión exhaustiva en la definición del universo. Dentro de la población de los médicos, podemos distinguir varios grupos: médicos docentes y/o investigadores, médicos que ejercen en el sector público y médicos que ejercen en el sector privado. No obstante, a esto habría que añadir la complicación del solapamiento en la profesión, ya que normalmente un médico docente e investigador ejerce igualmente en el sector público o privado, y un médico del sector público puede tener una consulta privada.

Por lo tanto, la tarea de seleccionar la muestra resultó bastante ardua y compleja. De esta manera, decidimos realizar un sondeo previo entre 20 médicos que imparten docencia en la Facultad de Medicina de Sevilla y que ejercen en el sector público y 30 médicos que ejercen en el sector privado. El sondeo puso de manifiesto la falta de consenso entre los encuestados respecto al grupo de médicos que asiste con más frecuencia a los congresos de medicina, si bien los médicos docentes e investigadores obtuvieron una mayor puntuación. Teniendo en cuenta este resultado, finalmente decidimos limitar la muestra a los *médicos que imparten docencia en todas las facultades de medicina de España* y que, en la mayoría de los casos compaginan la docencia con la investigación y con el ejercicio profesional en el sector público e incluso privado. Para saber cuáles son los médicos docentes en España, el siguiente paso consistió en el establecimiento del listado de las universidades españolas públicas y privadas que ofertan entre sus estudios la carrera de medicina, las cuales suman un total de 28 universidades:

*Andalucía:*

- Universidad de Cádiz.
- Universidad de Córdoba.
- Universidad de Granada.
- Universidad de Málaga.
- Universidad de Sevilla.

*Aragón:*

- Universidad de Zaragoza.

*Asturias:*

- Universidad de Oviedo.

*Islas Canarias:*

- Universidad de La Laguna.
- Universidad de las Palmas de Gran Canaria (Centro de Ciencias de la Salud).

*Cantabria:*

- Universidad de Cantabria.

*Castilla La Mancha:*

- Universidad de Castilla La Mancha.

*Castilla y León:*

- Universidad de Salamanca.
- Universidad de Valladolid.

*Cataluña:*

- Universitat Autònoma de Barcelona.
- Universitat de Barcelona.

- Universitat de Lleida.
- Universidad Pompeu i Fabra.
- Universitat Rovira y Virgili.

*Extremadura:*

- Universidad de Extremadura.

*Galicia:*

- Universidad de Santiago de Compostela.

*Madrid:*

- Universidad Autónoma de Madrid.
- Universidad Complutense de Madrid.
- Universidad de Alcalá de Henares.

*Murcia:*

- Universidad de Murcia.

*Navarra:*

- Universidad de Navarra.

*País Vasco:*

- Universidad del País Vasco (Campus Bizkaiao).

*Valencia:*

- Universidad Miguel Hernández.
- Universidad de Valencia.

### **Selección del instrumento de medida**

Una vez establecido el tipo y la población de estudio, el siguiente paso recomendado por los autores (*cf. supra* § 5.2) consiste en determinar el instrumento de medida y la metodología para la realización del estudio. Al igual que en el estudio anterior, el instrumento de medida utilizado es el cuestionario, el cual constituye un instrumento muy utilizado en la recogida de datos.

Tras seleccionar el instrumento de medida, tuvimos que decidir qué tipo de cuestionario íbamos a realizar: mediante entrevistas personales, por correo postal o por correo electrónico. Dadas las ventajas e inconvenientes de cada tipo de cuestionario (*cf. supra* § 5.2), y teniendo en cuenta que se trata de una muestra de estudio muy dispersa geográficamente, finalmente nos decantamos por el cuestionario distribuido a través del correo electrónico, ya que nuestro propósito era encuestar al mayor número de médicos docentes posible en un período de tiempo razonable. De esta manera, las entrevistas personales hubieran alargado en sumo grado la realización del estudio.

Para seguir manteniendo la coherencia entre los dos estudios, la elaboración del cuestionario se llevó a cabo en las mismas fases que el estudio anterior:

#### **Primera fase: establecimiento y definición de los contenidos**

El establecimiento y la definición de los contenidos se realizó teniendo en cuenta los objetivos a alcanzar con el estudio. De esta manera, se incluyeron preguntas filtro y directas dirigidas a cumplir cada uno de los objetivos. Una vez más, nos vimos obligados a seleccionar de manera crítica los contenidos a fin de no alargar demasiado el cuestionario y, por ende, obtener un mayor índice de respuesta. De esta manera, incluimos un total de 39 preguntas distribuidas en cuatro bloques, cada uno de los cuales tiene un objetivo diferente que se corresponde con los objetivos establecidos en el apartado 6.1.

El primer bloque (preguntas 1 a 7) se compone de variables relativas a los datos personales y profesionales de los encuestados. Este bloque incluye preguntas relativas al sexo, edad, estudios cursados, años de ejercicio profesional, sector en que trabaja (docencia, público y/o privado), especialidad, centro en que imparte docencia y categoría. El propósito de este bloque es cumplir con el objetivo 1: establecer el perfil de los médicos encuestados (*cf. supra* § 6.1).

El segundo bloque (preguntas 8 a 11) está compuesto de variables relativas al conocimiento de la lengua inglesa, e incluye preguntas sobre el nivel de inglés de los encuestados (comprensión y escrita, expresión oral y escrita) y la frecuencia de utilización del inglés como lengua de comunicación en publicaciones y en congresos de medicina. El propósito es cumplir con los objetivos 2 y 3: (2) determinar el conocimiento que tienen los encuestados de la lengua inglesa, y (3) determinar la frecuencia con que utilizan los encuestados el inglés como lengua de comunicación en publicaciones y en congresos de medicina.

El tercer bloque (preguntas 12 a 22) está formado por variables relativas a la asistencia de los encuestados a congresos de medicina y al contexto en que se desarrollan los mismos. Incluye preguntas sobre la frecuencia de asistencia a distintos tipos de reuniones de medicina (nacionales monolingües y multilingües, e internacionales monolingües y multilingües), el tipo de reunión que se celebra más en España, las lenguas, temática y tipología de participante más frecuentes en estas reuniones, la existencia de interpretación simultánea, el empleo de apoyos audiovisuales, la frecuencia de utilización y la importancia de los servicios de interpretación. Este bloque pretende cumplir con los objetivos 4, 5, 6, 8 y una parte del 10: (4) establecer la frecuencia de asistencia a reuniones médicas; (5) definir el contexto en que se desarrollan; (6) determinar la frecuencia de utilización de los servicios de interpretación; (8) determinar la importancia de la comunicación no verbal en este tipo de acontecimientos comunicativos, especialmente de los apoyos visuales; (10) conocer otros factores que condicionan la interpretación en reuniones médicas, en este caso la temática más frecuente y la tipología de los participantes.



Por último, el cuarto bloque (preguntas 23 a 39) se centra en el uso y la calidad de la interpretación, e incluye variables sobre la posibilidad de prescindir de los servicios de interpretación por parte del médico gracias a los conocimientos que éste tenga de la lengua inglesa, la importancia de la interpretación en la comprensión del discurso, la experiencia pasada y el grado de satisfacción con este servicio, la selección de determinadas partes de la interpretación, la reticencia ante intérpretes no médicos, el nivel de comprensión que debe tener el intérprete, la utilización de la terminología adecuada, la necesidad de producir un discurso paralelo mental, la ayuda prestada a los intérpretes, los parámetros más valorados a la hora de evaluar la interpretación y los parámetros que más influyen en una valoración negativa. Con este bloque pretendíamos cumplir con los objetivos 9 y 10: (9) establecer los parámetros que más influyen en la evaluación de la calidad de la interpretación; y (10) conocer otros factores que condicionan la interpretación en el ámbito de la medicina y sobre los que no existe prácticamente ninguna bibliografía (necesidad de comprender el discurso por parte del intérprete, expectativas, experiencia pasada y grado de satisfacción de los usuarios, reticencia hacia un intérprete no médico y necesidad de producir un discurso paralelo mental).

### **Segunda fase: selección del tipo de preguntas y formulación de las mismas**

En esta fase, lo primero que decidimos fue el tipo de preguntas a incluir (abiertas, cerradas o una combinación de las dos). A este respecto, nos guiamos por la tabla que propone Fink (1995) sobre las directrices para utilizar preguntas abiertas o cerradas (*cf. supra* § 5.3). Al igual que en el estudio anterior, nos detuvimos a analizar cuáles eran nuestros objetivos:

- Obtener datos susceptibles de ser puntuados o categorizados.
- Saber el número de encuestados que optan por una determinada opción y cuantificar así los resultados.
- Presentar datos estadísticos.
- Facilitar la cumplimentación del cuestionario y obtener así un mayor índice de

respuesta.

- Comparar las respuestas de los médicos con las respuestas de los intérpretes del estudio anterior (*cf. supra* Capítulo 5).
- Comparar las respuestas con los planteamientos teóricos y estudios analizados en la primera parte.

Tras examinar nuestros objetivos, nos decantamos finalmente por las preguntas cerradas. Siguiendo con el esquema de Fink (1995) (*cf. supra* § 5.1), no nos fue posible identificar otros cuestionarios realizados previamente, ya que hasta la fecha no se ha llevado a cabo ningún estudio de las mismas características que el que nos ocupa, por lo que tampoco nos fue posible adaptar las preguntas a los cuestionarios existentes. De este modo, tuvimos que preparar un cuestionario completamente nuevo guiándonos por los consejos y recomendaciones de los distintos autores (Pulido 1987; Fink 1995; Kumar 1999) y de especialistas en el ámbito de la realización de cuestionarios. Una vez redactadas las preguntas, procedimos a la redacción de la primera versión del cuestionario para realizar un estudio piloto previo.

### **Tercera fase: realización del estudio piloto**

Dada la importancia de invertir un cierto período de tiempo en la realización de un estudio piloto (*cf. supra* § 5.2), procedimos a pilotar el instrumento de medida en dos etapas: en la primera etapa se llevó a cabo una valoración del contenido a través de la distribución del cuestionario entre 20 médicos de la Universidad de Sevilla y 30 médicos del sector privado que ejercen en Sevilla y Málaga que realizaron una primera evaluación de la pertinencia de los contenidos y de la correcta formulación de las preguntas y respuestas para su comprensión por parte del médico encuestado. En esta primera etapa, los médicos encuestados pusieron de manifiesto dos prioridades fundamentales para la obtención de un índice de respuesta óptimo:

- que el cuestionario fuera lo más conciso y breve posible.
- que se enviara una carta de presentación avalada por una persona influyente o reconocida.

Con estas recomendaciones, decidimos suprimir determinadas preguntas menos relevantes y ceñirnos a aquellas variables decisivas para el cumplimiento de nuestros objetivos. Por otra parte, añadimos al cuestionario una carta de presentación en la que se exponían los motivos de la realización de nuestro estudio y los objetivos que pretendíamos alcanzar y en la que se rogaba a los encuestados que nos ayudaran a través de la cumplimentación del cuestionario.

Con las modificaciones propuestas se realizó una segunda versión corregida que fue la que se entregó a los estadísticos.

En la segunda etapa, se procedió a una valoración de la forma con el propósito de valorar la formulación de las preguntas y la propuesta lógica y correcta de las respuestas desde el punto de vista de la futura cuantificación y análisis de los datos. Para ello, entregamos la segunda versión a expertos en estadística inferencial del Centro de Sociología Política y del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) que nos asesoraron sobre varios aspectos: la redacción de las preguntas y respuestas, el método de muestreo más pertinente y el procesamiento de los datos. Al igual que en el estudio anterior, el objetivo principal de esta valoración fue identificar fuentes potenciales de error de medida que pudieran perjudicar la interpretación de las respuestas y el tipo de información que se deseaba obtener para examinar si el formato y la redacción eran los adecuados.

Una vez revisados los aspectos formales, elaboramos una tercera versión definitiva que fue la que se distribuyó entre los médicos docentes (*cf. infra* Apéndice 4).

#### Cuarta fase: distribución del cuestionario

Como ya hemos mencionado anteriormente, decidimos distribuir finalmente los cuestionarios por correo electrónico. Sin embargo, el principal problema de este método de distribución es que no todos los médicos docentes cuentan con una dirección de correo electrónico. Por otra parte, la única manera que teníamos para acceder a ellos era consultar las páginas web de cada facultad y obtener las direcciones, lo cual se reveló una ardua tarea. De esta manera, no nos fue posible obtener las direcciones de todos los médicos docentes debido a los siguientes factores:

- ciertos departamentos no cuentan con una página web propia, por lo que no ofrecen un listado de sus miembros ni de las direcciones de correo electrónico.
- algunos de los docentes no cuentan con ninguna dirección de correo electrónico o, si la tienen, no aparece publicada en la página web de la facultad.
- para acceder a algunas direcciones, se requiere una clave de acceso.

Ante esta situación, tuvimos que limitar nuestra población de estudio a aquellos médicos docentes de las facultades de medicina españolas *que cuentan con una dirección de correo electrónico publicada en la página Web de su departamento correspondiente y a los que por consiguiente se puede acceder vía Internet*. Así, elaboramos un listado de los departamentos que publican en su página Web las direcciones de correo electrónico de sus miembros (*cfr. infra* § Apéndice 5).

Tras establecer este listado, a continuación procedimos a realizar un cálculo exhaustivo del número total de médicos docentes que componen la población de estudio. Para realizar este cálculo, fuimos contando los médicos con dirección electrónica de cada departamento de cada facultad. Cabe destacar que, al realizar esta búsqueda, nos dimos cuenta de que hay muchos que no cuentan con un correo electrónico, por lo que el número de médicos con dirección electrónica representa aproximadamente el 60% del total de los médicos que imparten docencia en las facultades de medicina españolas.

Finalmente, calculamos que el número total de médicos docentes que cuentan con una dirección de correo electrónico asciende a 1.425. Tras realizar el cálculo de la población de estudio, procedimos a determinar el tamaño de la muestra, es decir, el número de médicos que teníamos que encuestar para garantizar una fiabilidad del 95% con un índice de error del 5%, el cual hace referencia a la amplitud del intervalo de confianza o al error que se prevé cometer. Tras realizar el cálculo pertinente, obtuvimos que, para que el estudio fuera representativo, necesitábamos una muestra de 500 médicos.

Tras averiguar el tamaño de la muestra, nos planteamos otro problema previo a la distribución del cuestionario: dada la amplitud de la población de estudio seleccionada, tuvimos que elegir un procedimiento de selección de los elementos de la muestra o, lo que es lo mismo, un *método de muestreo*. Pulido (1987) distingue los principales métodos de muestreo:

- el *muestreo aleatorio simple* es un procedimiento basado en el “aleas” o azar. Una muestra aleatoria simple es seleccionada de tal manera que cada miembro de la población tiene igual probabilidad de ser seleccionado. El procedimiento empleado consiste en asignar un número a cada individuo de la población y, a través de algún medio mecánico, elegir tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido.
- el *muestreo aleatorio sistemático* es un método que se utiliza cuando el número de elementos que constituyen la población es elevado y consiste en, una vez conocido el coeficiente de elevación, obtener al azar un número no superior a este coeficiente, el cual constituiría el primer elemento de la muestra. A continuación, a ese número se le suma el coeficiente de elevación y el número obtenido es el segundo elemento, y así sucesivamente.
- el *muestreo aleatorio estratificado* consiste en considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica. Lo que se pretende con este tipo de muestreo es garantizar que todos los estratos de interés estén representados adecuadamente en la muestra. Cada estrato funciona

independientemente, pudiendo aplicarse dentro de ellos el muestreo aleatorio simple o el sistemático para elegir los elementos concretos que formarán parte de la muestra.

Una vez analizados los distintos métodos de muestreo, observamos que el muestreo aleatorio simple era el que más se ajustaba a nuestros intereses, ya que nuestro propósito era que todos los miembros del universo tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados para el estudio. No optamos por el muestreo aleatorio estratificado ya que consideramos que nuestra población no se puede dividir en estratos que compartan opiniones homogéneas.

Para realizar el muestreo aleatorio simple, nos basamos en las tablas de números aleatorios de Fisher y Yates (1963). Para ello, dado que contábamos con un listado de médicos, numeramos a todos estos médicos y aleatoriamente, siguiendo estas tablas, elegimos a 500 de ellos (tamaño de la muestra) a los cuales se les envió el cuestionario vía Internet.

El envío de los 500 cuestionarios se llevó a cabo mediante la creación de listas de distribución por departamentos. No obstante, el acceso a los destinatarios no fue posible en algunos casos debido a los siguientes problemas:

- el buzón del destinatario estaba completo y no admitía la entrada de ningún correo nuevo.
- el destinatario había dado la orden de devolver de su buzón todos los correos no identificados.
- la dirección del destinatario no era la correcta o había cambiado sin haberse actualizado en la página web de su departamento correspondiente.

De esta manera, de los primeros 500 cuestionarios enviados nos fueron devueltos 146, por lo que tuvimos que elegir otros 146 médicos siguiendo el muestreo aleatorio simple, y así sucesivamente hasta llegar a los 500 de la muestra. De estos 500, nos

respondieron un total de 378 médicos (no respondieron 122); no obstante, no todos los cuestionarios eran válidos ya que 195 de ellos procedían de miembros de los departamentos de bioquímica y biología celular y molecular de las distintas facultades que habían cursado la carrera de Bioquímica o Biología y que no eran médicos, sino bioquímicos o biólogos, si bien impartían docencia en las facultades de medicina correspondientes. Por lo tanto, desechamos estos 195 cuestionarios ya que los encuestados no se encontraban dentro de la población de estudio, a saber, *médicos* que imparten docencia en las facultades de medicina españolas.

De esta manera, tuvimos que enviar el cuestionario a otros 317 médicos (195+122) diferentes para completar la muestra. De estos 317, nos respondieron 147, de entre los cuales 23 eran físicos o bioquímicos, por lo que tuvimos que desechar estos cuestionarios. Una vez más, mandamos el cuestionario para llegar al tamaño muestral y nos respondieron solo 5. De esta manera, finalmente tuvimos una muestra de 246 médicos. Tuvimos que hacer una criba final de los 246 cuestionarios, desechando 19 cuestionarios procedentes de médicos que afirmaban no asistir nunca a congresos de medicina, ya que consideramos que no resultaban representativos de la situación en el estudio que nos ocupa. Así pues, nos quedaron 227 cuestionarios que fueron los que sometimos a un proceso de cuantificación e interpretación.

A pesar de que el índice de respuesta no alcanzó el tamaño de la muestra, podríamos considerar que el número de médicos que cumplimentó el cuestionario es significativo teniendo en cuenta tres factores:

- Que han respondido al cuestionario médicos procedentes de casi todas las facultades de medicina españolas.
- Que los médicos que han respondido al cuestionario asisten con frecuencia a congresos de medicina.
- Que los encuestados son médicos y no bioquímicos, biólogos o físicos, por lo que se ajustan al perfil de la muestra de estudio seleccionada.

### **6.3. Análisis y discusión de los resultados**

Para analizar los datos obtenidos, introdujimos los datos en una hoja de cálculo y obtuvimos los resultados que exponemos a continuación. Para ilustrar los datos obtenidos, hemos incluido una serie de gráficos correspondientes a cada pregunta en los que se exponen detalladamente cada uno de los porcentajes obtenidos. Al igual que hicimos en el estudio de los intérpretes, nos remitiremos al número de pregunta en aras de la mayor claridad posible.

#### **6.3.1. Cuantificación de los resultados**

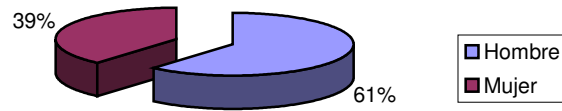
##### **Primer bloque. Datos personales y profesionales**

El primer bloque de preguntas se centra en analizar el perfil del médico encuestado, tanto los datos personales (edad, sexo) como profesionales (años de ejercicio de la profesión, estudios cursados, sector en que desarrolla la labor profesional, especialidad, centro en el que imparte docencia y categoría).

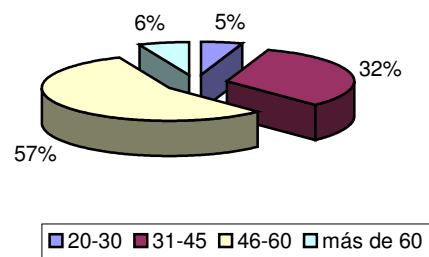
En primer lugar, se trata de una muestra mayoritariamente masculina (61%) de edades comprendidas entre los 30 y los 60 años, ya que el 57% tiene entre 46 y 60 años y el 32% entre 31 y 45 años. En cuanto a los estudios realizados, la mayoría (75%) ha cursado únicamente la carrera de medicina, y un 25% ha cursado los estudios de medicina y otros estudios, principalmente bioquímica, ciencias de la salud y biología. Como ya mencionamos en el apartado 7.3, de los cuestionarios recibidos excluimos aquellos procedentes de profesionales que no fueran médicos, ya que no formarían parte de la muestra establecida para este estudio, a saber, médicos que imparten docencia en las facultades de medicina españolas.



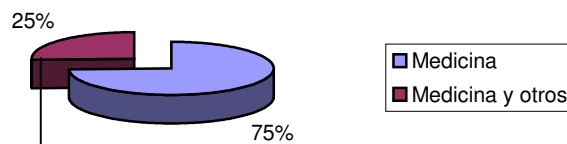
### 1. Sexo



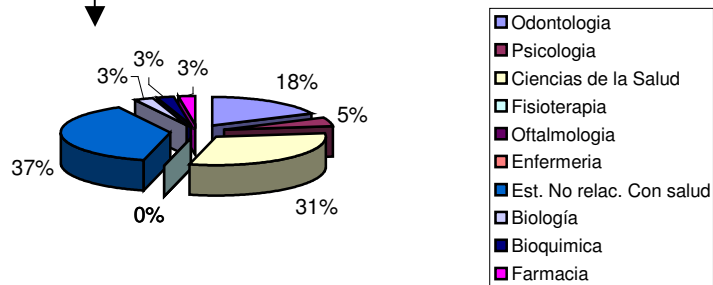
### 2. Edad



### Estudios cursados

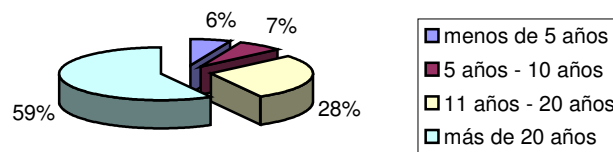


### Otros estudios



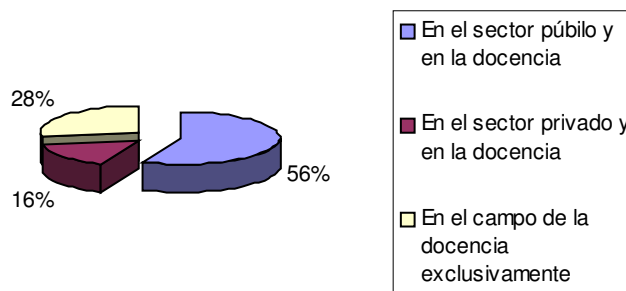
Gráficos 57, 58 y 59. Sexo, edad y estudios realizados

La mayoría de los encuestados cuentan con una larga experiencia profesional, ya que el 59% lleva ejerciendo más de 20 años, el 28% entre 11 y 20 años y tan solo el 13% lleva menos de 10 años de ejercicio profesional (pregunta 4).



**Gráfico 60.** Años de ejercicio profesional

El resultado a la pregunta 5 relativa al sector en el que desempeña la actividad profesional corrobora la afirmación de que el médico docente suele simultanear la docencia con el ejercicio profesional en el sector público y/o privado, ya que sólo el 28% trabaja exclusivamente como docente. El 72% de los médicos encuestados compaginan la docencia con el ejercicio profesional en otros sectores, mayoritariamente en el sector público pero también en el sector privado.



**Gráfico 61.** Sector en que desarrolla la actividad profesional

En la pregunta 6 sobre la especialidad insertamos un menú desplegable con una serie de especialidades que aparecen reflejadas en el histograma: anatomía, embriología, bioquímica, biología, bioquímica médica, bromatología, toxicología, medicina legal, ciencias socio-sanitarias, cirugía, citología, histología, farmacología, pediatría, radiología, obstetricia y ginecología, fisiología, biofísica, microbiología, medicina, psiquiatría, odontología,

genética, historia de la ciencia y medicina física. Cabe destacar que faltan algunas especialidades, pero dadas las limitaciones del desplegable incluimos aquellas que consideramos más generales. No obstante, en aquellos casos en los que el encuestado tenía una especialidad no incluida en el desplegable, nos mandaba frecuentemente un mensaje aparte en el que indicaba su especialidad para que se incluyera en el cuestionario. Las especialidades que contaban con un mayor número de encuestados fueron medicina general (23), cirugía (21), anatomía (18) y ciencias socio-sanitarias (15), seguidos por la medicina física (8) y la pediatría (8).

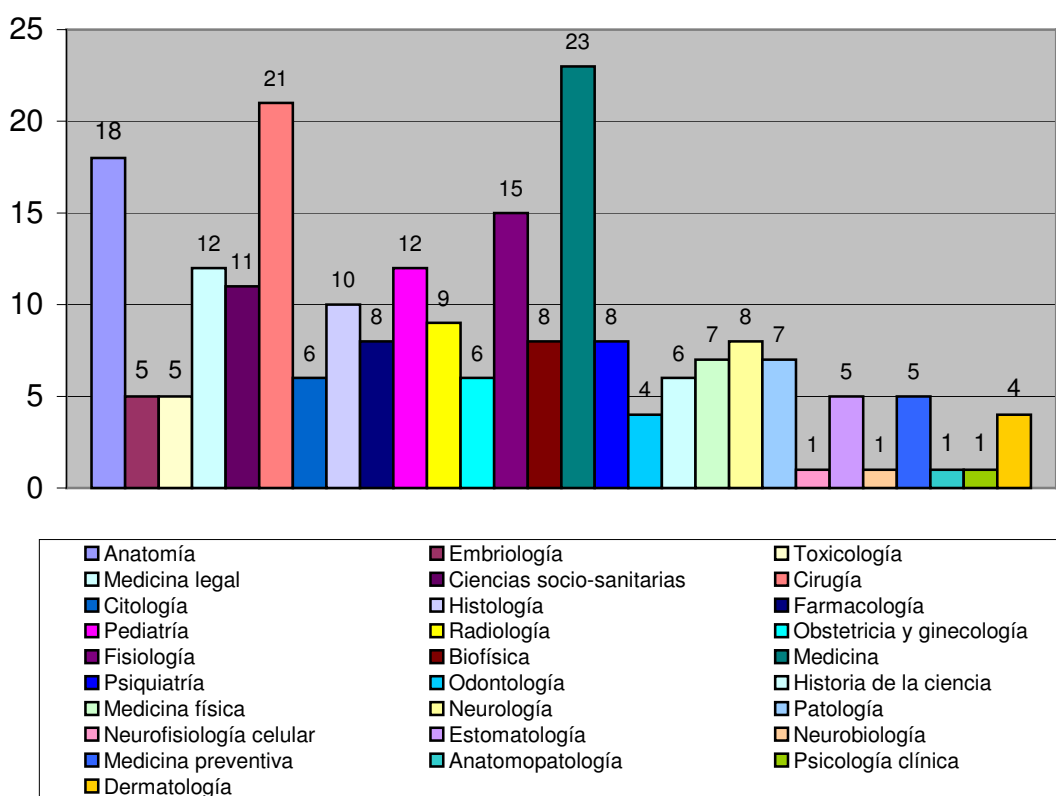
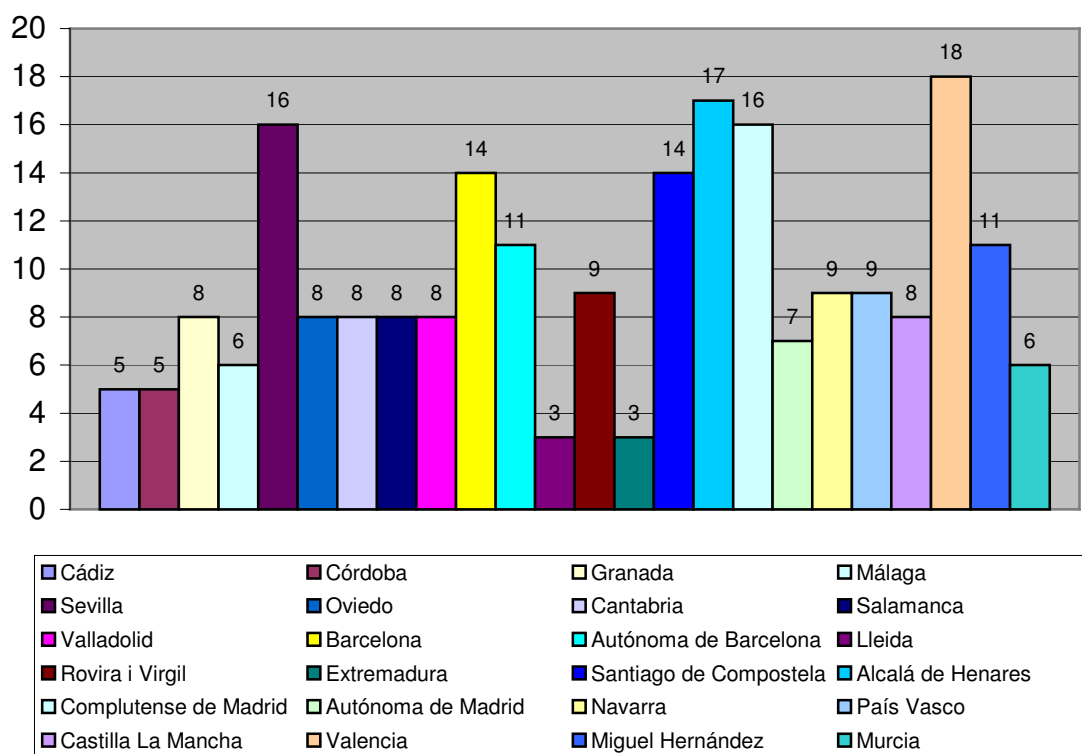


Gráfico 62. Especialidad

Cabe destacar que esta pregunta fue crucial a la hora de incluir los cuestionarios, ya que desechamos aquellos procedentes de otros profesionales que no fueran médicos, fundamentalmente bioquímicos, biólogos y físicos.

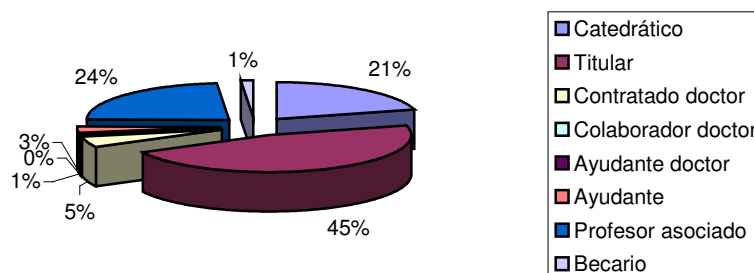
En la pregunta 7 relativa al centro de trabajo, proponíamos como opciones de respuesta todas las facultades de medicina españolas. El número mayor de encuestados procede de la Facultad de Medicina de Valencia (18), la Autónoma de Barcelona (17), la de Alcalá de Henares (17), Sevilla (16), la Complutense de Madrid (16), Santiago de Compostela (14), Barcelona (14) y la Miguel Hernández (11), que son a su vez las facultades que cuentan con un mayor número de médicos a los que se podía acceder vía Internet.



**Gráfico 63.** Centro en el que imparte docencia

En cuanto a la categoría académica, la mayoría de los encuestados son profesores titulares (45%), si bien hay un porcentaje significativo de profesores asociados (24%) y de catedráticos (21%), y sólo el 10% está formado por profesores contratados (ayudante, ayudante doctor y contratado doctor). Cabe destacar que este resultado está en consonancia

con el número de médicos que cuentan con una dirección de correo electrónico, ya que los profesores numerarios suelen tener una cuenta de correo publicada en Internet.



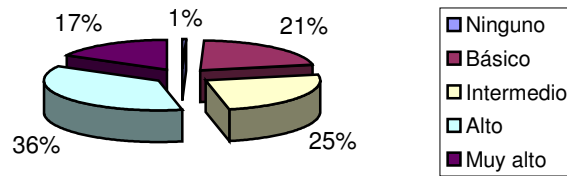
**Gráfico 64.** Categoría académica

## Segundo bloque. Conocimiento de la lengua inglesa

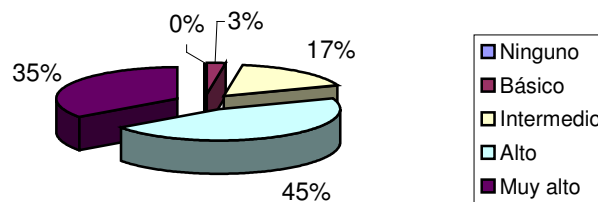
Los resultados de la pregunta 8 ponen de manifiesto que la destreza que entraña una mayor dificultad para los encuestados es la comprensión oral, ya que tan solo el 36% de los encuestados dice tener un nivel alto y el 17% un nivel muy alto. No obstante, un porcentaje significativo (25%) afirma tener un nivel intermedio e incluso básico (21%), que en ocasiones no basta para entender un discurso en inglés. En cuanto a la comprensión escrita, los resultados cambian, ya que el 45% declara tener un nivel alto y el 35% muy alto. Cabe destacar que sólo hay un 3% que reconocer tener un nivel básico.

Respecto a la expresión oral y escrita, vemos que las respuestas están muy divididas entre las distintas opciones de respuesta. No obstante, la expresión escrita parece entrañar menos problemas para los encuestados, ya que el 36% reconoce tener un nivel alto y el 18% muy alto, mientras que en lo relativo a la expresión oral estos porcentajes son menores, un 33% con un nivel alto y un 14% con un nivel muy alto. Por lo tanto, podríamos decir que los médicos encuestados presentan niveles más bajos en las destrezas orales, tanto de comprensión como de expresión.

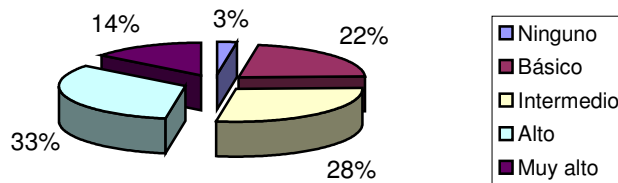
**Comprensión oral**



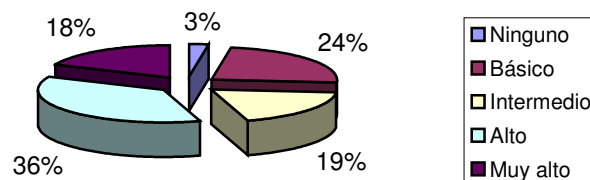
**Comprensión escrita**



**Expresión oral**



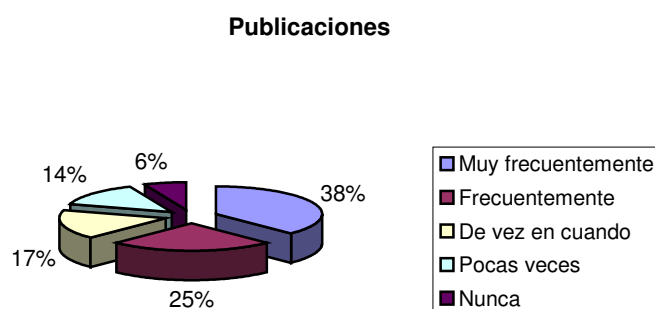
**Expresión escrita**



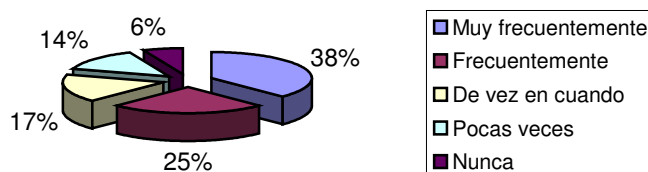
Gráficos 65, 66, 67 y 68. Nivel de inglés en cuanto a la comprensión y expresión oral y escrita

Las respuestas a las preguntas 9 y 10 indican que la mayoría de los encuestados se ven obligados a utilizar el inglés como lengua de comunicación en sus publicaciones, ya que el 61% lo hace muy frecuentemente y el 21% frecuentemente. Tan solo el 8% publica pocas veces en esta lengua y solo el 1% no lo hace nunca. No obstante, la situación cambia cuando se trata de utilizar el inglés en congresos de medicina como participante a la hora de debatir o de participar en el turno de preguntas, ya que, si bien el porcentaje de utilización suele ser también alto, es menor que en las publicaciones. De esta manera, el 38% utiliza el inglés en los congresos de medicina muy frecuentemente y el 25% lo hace frecuentemente. Sin embargo, el porcentaje de aquellos que lo hacen pocas veces (14%) o nunca (6%) es superior que en el caso de las publicaciones.

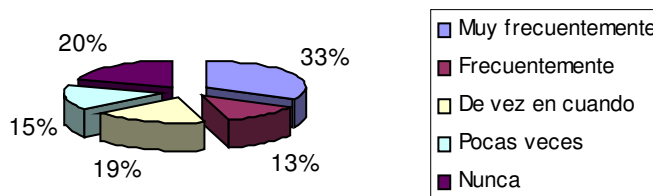
Cuando se trata de dar una ponencia (pregunta 11), observamos que las respuestas están repartidas equitativamente entre las distintas opciones de respuesta. En este caso, el 33% imparte muy frecuentemente las ponencias en inglés, y el 13% lo hace frecuentemente. Por otra parte, hay un porcentaje significativo que lo hace de vez en cuando (19%) o pocas veces (15%), e incluso hay un 20% que no da nunca una ponencia en inglés en un congreso internacional y prefiere utilizar el español como lengua de comunicación.



**Congresos de medicina**



**A la hora de dar una ponencia en un congreso de medicina internacional**

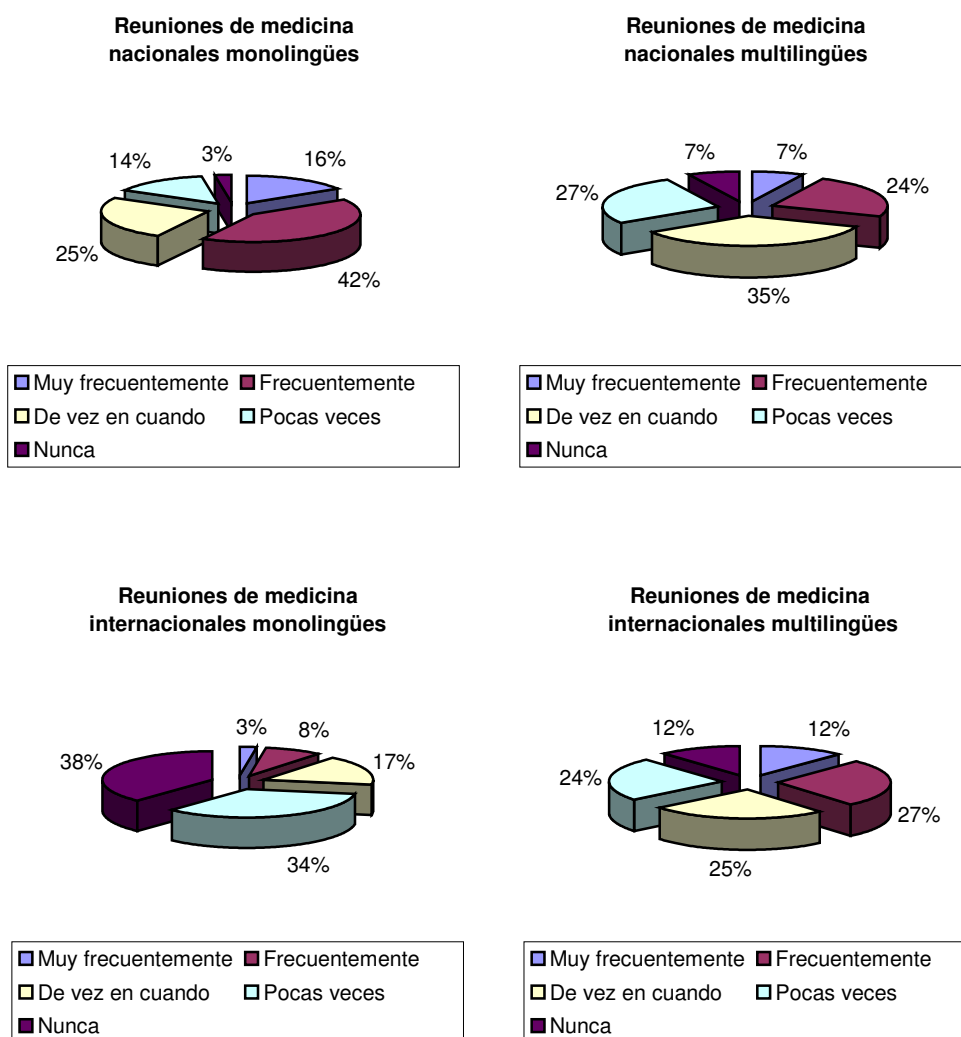


**Gráficos 69, 70 y 71.** Frecuencia de utilización del inglés como lengua de comunicación en publicaciones, en congresos de medicina y a la hora de dar una ponencia en un congreso internacional

**Tercer bloque. Asistencia a reuniones médicas**

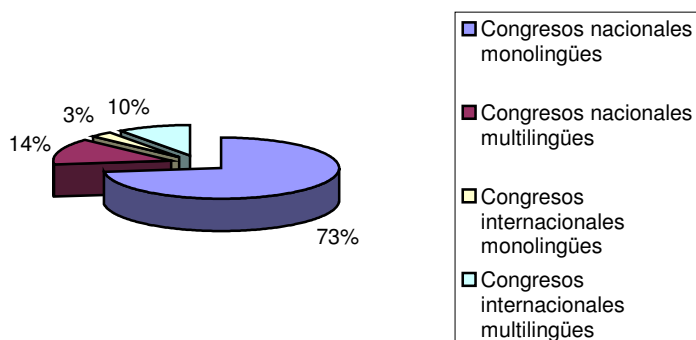
Según los resultados, si bien los porcentajes están divididos entre las distintas opciones de respuesta, los médicos encuestados asisten con más frecuencia a reuniones médicas nacionales monolingües y a reuniones internacionales multilingües, ya que el 58% asiste frecuente o muy frecuentemente a los primeros y el 31% asiste frecuente o muy frecuentemente a las segundas. Por otra parte, un porcentaje alto no asiste nunca a los reuniones internacionales monolingües (38%) o lo hace pocas veces (34%). En cuanto a las nacionales multilingües, la frecuencia de asistencia es intermedia, ya que el 24% asiste frecuentemente y el 35% lo hace de vez en cuando (pregunta 12).





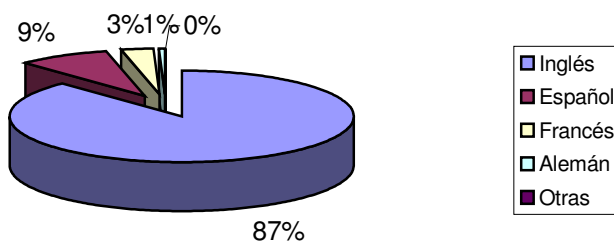
**Gráficos 72, 73, 74 y 75.** Frecuencia de asistencia a reuniones de medicina nacionales e internacionales monolingües y multilingües

El tipo de reunión que se celebra más asiduamente en España son los nacionales monolingües (73%), seguidos por los nacionales multilingües (14%). De la misma manera, no son tan frecuentes las reuniones internacionales que se organizan en España (3% para los monolingües y 10% para los multilingües) (pregunta 13).



**Gráfico 76.** Congresos que se celebran con más frecuencia en España

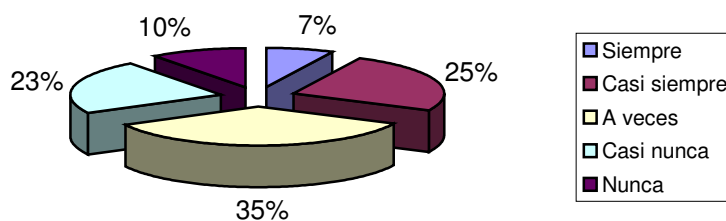
Las respuestas a la pregunta 14 sobre cuál es la lengua más frecuente en las reuniones médicas no dejan lugar a dudas: el inglés es la lengua por excelencia de los congresos de medicina internacionales. No obstante, hay encuestados que señalan otras lenguas, como el español (9%) o el francés (3%).



**Gráfico 77.** Lenguas más frecuentes en los congresos de medicina internacionales

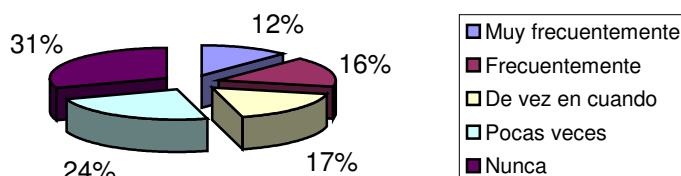
Respecto a la frecuencia con que las reuniones médicas cuentan con un servicio de interpretación (pregunta 15), podemos ver que las respuestas están divididas entre las distintas opciones. El porcentaje mayor lo constituye el de los encuestados que afirman que los congresos multilingües tienen interpretación a veces (35%), si bien el 25% opina que la hay casi siempre. No obstante, cabe destacar que el 23% declara que no la hay casi nunca e incluso el 10% dice que los congresos multilingües nunca disponen de un servicio de

interpretación simultánea.



**Gráfico 78.** Frecuencia con que las reuniones médicas multilingües tienen interpretación simultánea

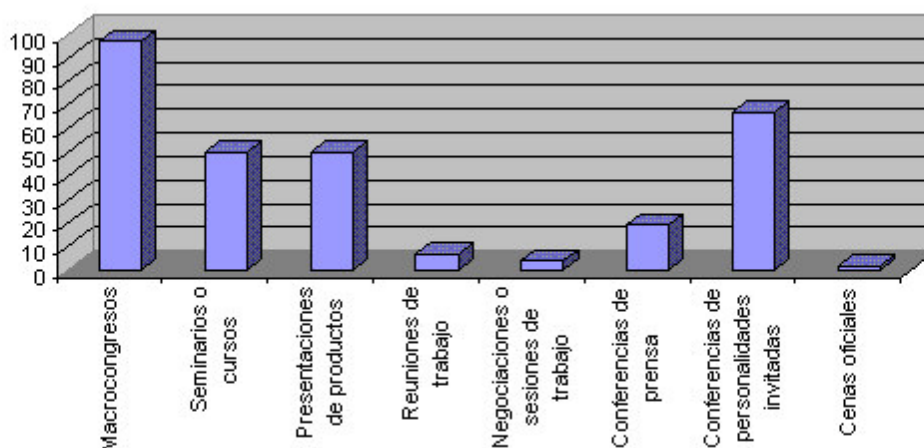
En cuanto a la pregunta 16 relativa a la frecuencia de uso de los servicios de interpretación, los resultados llaman la atención sobre el hecho de que un porcentaje significativo no utiliza nunca (31%) o pocas veces (24%) los servicios de interpretación (31%). Solo el 12% los utiliza muy frecuentemente y el 16% frecuentemente.



**Gráfico 79.** Frecuencia de utilización de los servicios de interpretación en las reuniones multilingües

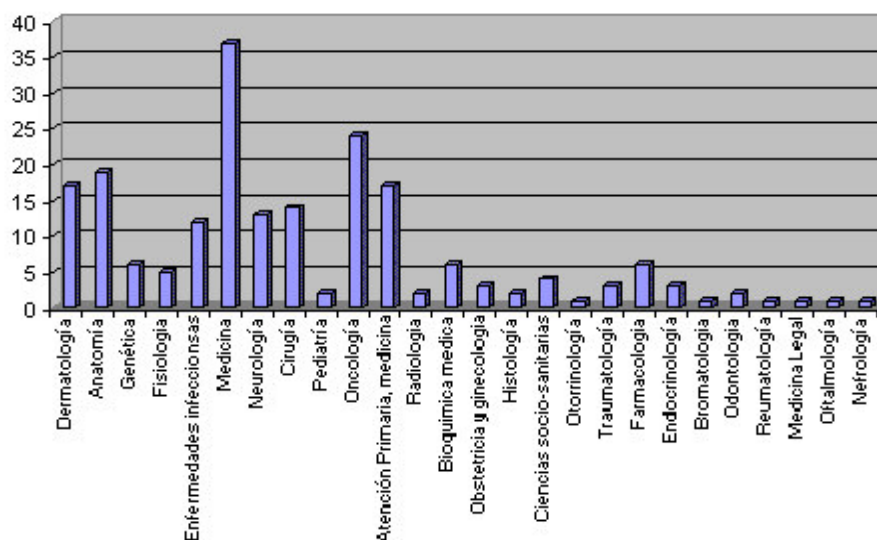
Por otra parte, en la pregunta 17 relativa a los acontecimientos médicos más frecuentes, se admitían varias opciones, pero no se pedía numerarlas por orden de frecuencia. La gran mayoría de los encuestados (97) afirma que el tipo de acontecimiento médico que recurre con más frecuencia a los servicios de interpretación es el macrocongreso, seguido por las conferencias de personalidades invitadas (67). A

continuación se sitúan los seminarios y cursos (50) y las presentaciones de productos (50), las conferencias de prensa (19), las reuniones de trabajo (7), las negociaciones (4) y por último las cenas oficiales (2).



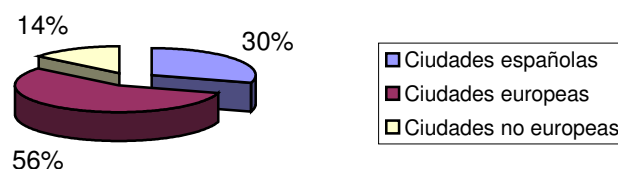
**Gráfico 80.** Acontecimientos multilingües médicos que recurren con más frecuencia a la interpretación

En la pregunta 18 sobre los temas más frecuentes en las reuniones médicas también se admitían varias opciones. Cabe destacar que el índice de respuesta a esta pregunta fue tan solo del 65%, ya que el 45% prefirió no responder al desconocer cuáles son los temas más frecuentes; por otra parte, aquellos que respondieron tenían opiniones muy diversas. La especialidad más frecuente según los encuestados es la medicina general (37), la oncología (24), la anatomía (19), la dermatología (17), la atención primaria (17) y la cirugía (14). No obstante, hubo otros encuestados que señalaron la presencia frecuente de otras temáticas o especialidades, como la neurología (13), la genética (6), la fisiología (5), la farmacología (6), la bioquímica médica (6), la traumatología (3), o la endocrinología (3).



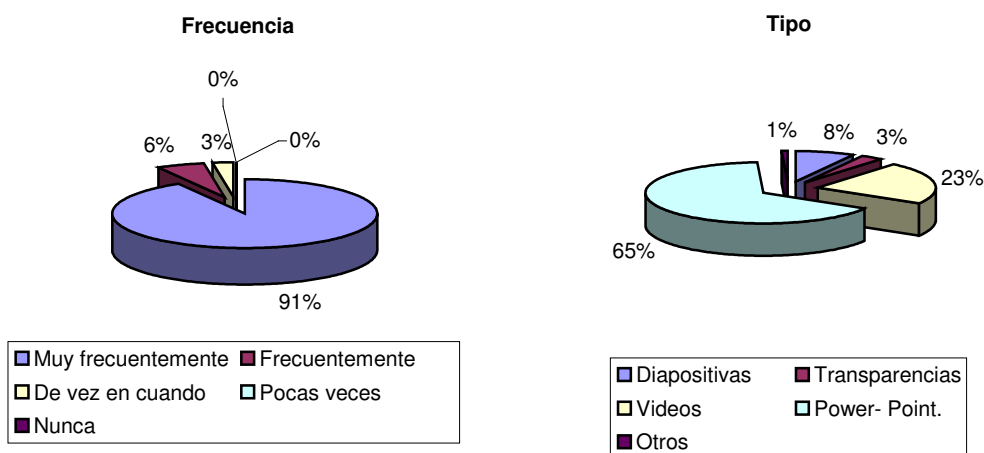
**Gráfico 81.** Temática o especialidad más frecuente en los acontecimientos celebrados en el ámbito de la medicina

Según los encuestados, las ciudades europeas son las que acogen con más frecuencia reuniones médicas multilingües (56%). No obstante, un porcentaje significativo (30%) afirma que también se suelen organizar en ciudades españolas. A tenor de las respuestas, las ciudades no europeas no suelen ser lugares frecuentes para la celebración de congresos de medicina multilingües (14%) (pregunta 19).



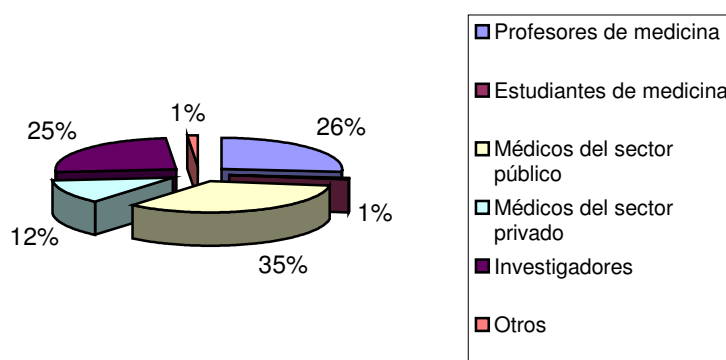
**Gráfico 82.** Zonas geográficas en que se celebran con más frecuencia reuniones médicas multilingües

Los resultados de la pregunta 20 muestran sin lugar a dudas que los apoyos audiovisuales se utilizan muy frecuentemente en las reuniones médicas (91%); ningún encuestado señaló la opción de “pocas veces” o de “nunca”. En cuanto al tipo de apoyo más utilizado, el 65% afirma que el Power Point es el más frecuente, seguido de los vídeos (23%), y las diapositivas (8%).



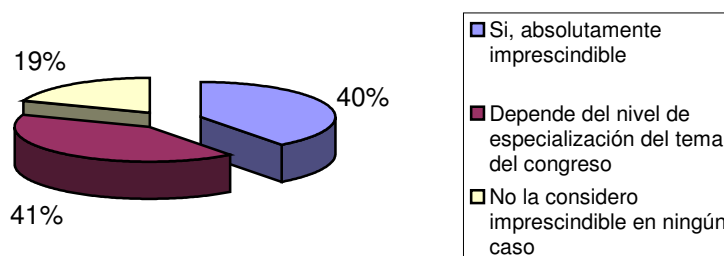
**Gráficos 83 y 84.** Frecuencia de utilización de apoyos audiovisuales en las reuniones médicas y tipo de apoyos más frecuentes

En la pregunta 21 sobre el tipo de participante que asiste con más frecuencia a reuniones médicas, los resultados indican que los médicos del sector público (35%) y los profesores de medicina (26%) son los participantes más asiduos, seguidos por los investigadores (25%) y, en menor medida, por los médicos del sector privado (12%).



**Gráfico 85.** Tipo de participante que asiste con más frecuencia a reuniones médicas

Para evitar las respuestas subjetivas, en la pregunta 22 sobre la importancia de la interpretación en las reuniones médicas se pedía a los médicos que reconocieran la importancia que conceden a la interpretación en los congresos de medicina, pero *con independencia del conocimiento que tuvieran de las lenguas de trabajo* (fundamentalmente del inglés) para evitar que respondieran en virtud de su dominio de esta lengua. De esta manera, un médico con amplios conocimientos de inglés podría responder diciendo que la interpretación es un servicio innecesario dado que él no la necesita, introduciendo así un comentario sesgado. Los resultados indican que el 40% de los encuestados considera la interpretación un servicio absolutamente imprescindible con independencia del conocimiento que se tenga de las lenguas de trabajo del congreso. Un 41% cree que la interpretación es imprescindible dependiendo del nivel de especialización del congreso, ya que en congresos de temática poco especializada consideran que este servicio no es tan necesario. Por otra parte, solo el 19% estima que la interpretación no es necesaria en ningún caso.

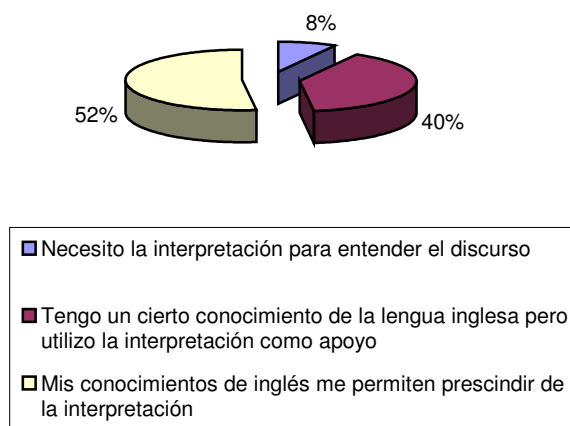


**Gráfico 86.** Importancia de la interpretación en las reuniones médicas multilingües con independencia del conocimiento que se tenga de las lenguas de trabajo de la reunión

#### Cuarto bloque. Uso y calidad de la interpretación

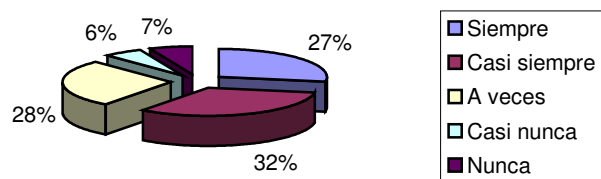
Los resultados de la pregunta 23 indican que el 52% de los encuestados puede prescindir de la interpretación al tener un nivel alto de inglés, frente al 40% que, pese a tener un cierto conocimiento de esta lengua, necesita apoyarse en la interpretación para entender el discurso. Solo el 8% necesita escuchar la interpretación para comprender el

discurso, ya que sus conocimientos de inglés no le permiten prescindir de ella en ningún caso.



**Gráfico 87.** Necesidad de recurrir a los servicios de interpretación

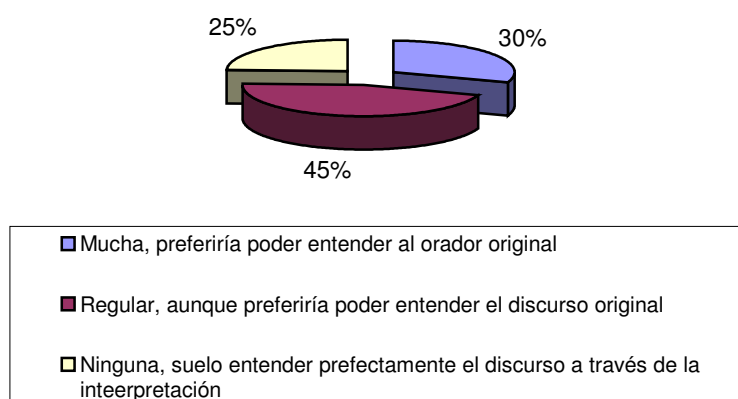
En caso de que la utilicen, la mayoría de los encuestados afirma que la interpretación les ayuda casi siempre (32%) y siempre (27%) a entender el discurso original. No obstante, hay un porcentaje significativo que considera que la interpretación les ayuda solo a veces e incluso el 13% estima que no les ayuda nunca o casi nunca (pregunta 24).



**Gráfico 88.** Ayuda que supone la interpretación a la hora de comprender el discurso original

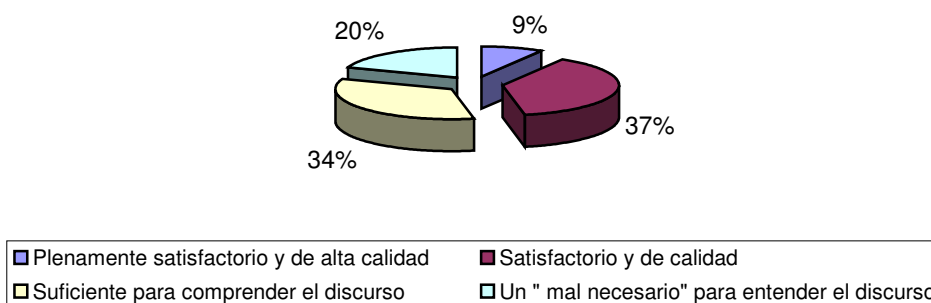
Casi la mitad de los encuestados (45%) considera que escuchar la interpretación les resulta algo molesto, ya que preferirían poder prescindir de ella y entender el discurso original, e incluso el 30% afirma que la interpretación les supone una gran molestia. Por el contrario, el 25% no tiene ningún problema en utilizar los servicios de interpretación, ya que ésta le ayuda a entender perfectamente el discurso del orador (pregunta 25).





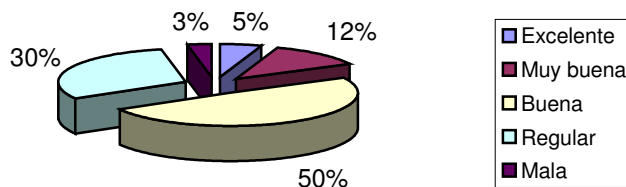
**Gráfico 89.** Molestia a la hora de recurrir a los servicios de interpretación

En cuanto a las expectativas de los usuarios respecto a la interpretación (pregunta 26), el 37% de los encuestados cree que este servicio va a ser plenamente satisfactorio y de calidad, si bien el 34% cree que se limitará a ser suficiente para comprender el discurso. Por otra parte, el 20% considera que la interpretación es un mal necesario para entender el discurso, frente a un 9% que estima que será plenamente satisfactorio y de alta calidad.



**Gráfico 90.** Expectativas de los encuestados hacia la interpretación

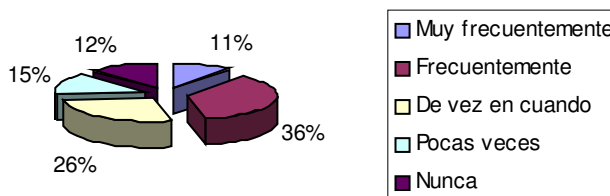
Por otra parte, la mitad de los encuestados ha tenido una experiencia buena con la interpretación, frente al 30% que reconoce que esta ha sido regular. No obstante, hay un 17% cuya experiencia ha sido excelente o muy buena. Solo el 3% ha tenido una mala experiencia pasada con este servicio (pregunta 27).



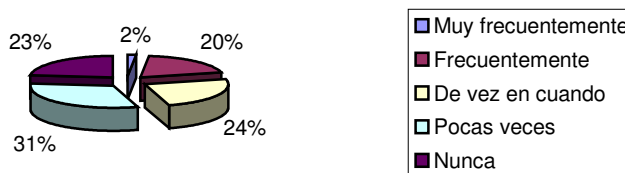
**Gráfico 91.** Experiencia pasada con la interpretación

Los resultados ponen de manifiesto que los encuestados prefieren escuchar toda la interpretación a seleccionar determinadas partes de la misma, ya que el 47% la escucha íntegramente muy frecuentemente o frecuentemente y el 54% selecciona pocas veces o nunca fragmentos de la interpretación.

**Frecuencia de escucha de toda la interpretación**

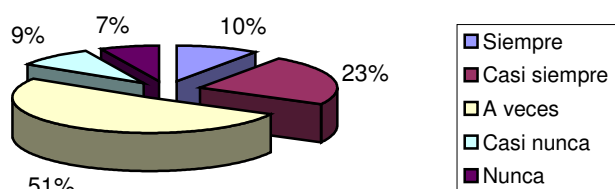


**Frecuencia de selección de determinadas partes**

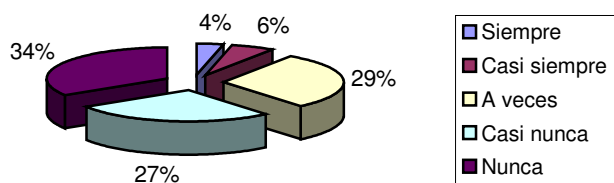


**Gráficos 92 y 93.** Frecuencia con que los encuestados escuchan toda la interpretación o seleccionan algunas partes

A la pregunta relativa a la necesidad de que el intérprete sea médico, los encuestados responden en un 51% que el intérprete debe ser médico a veces para proporcionar una interpretación de calidad, especialmente cuando se trata de un congreso de temática altamente especializada. Por otra parte, el 33% cree que debe ser médico siempre o casi siempre, y solo el 7% opina que no es necesario que el intérprete sea médico. No obstante, en la siguiente pregunta, los resultados indican que tan solo el 10% de los encuestados es reticente siempre o casi siempre ante un intérprete no médico, frente al 61% que no lo es nunca o casi nunca.

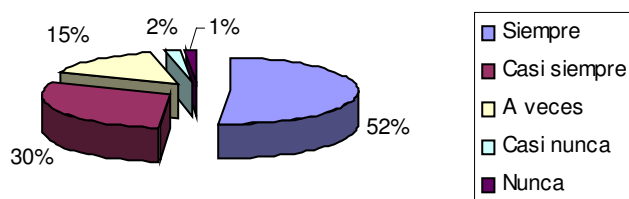


**Gráfico 94.** Creencia de que el intérprete debe ser médico



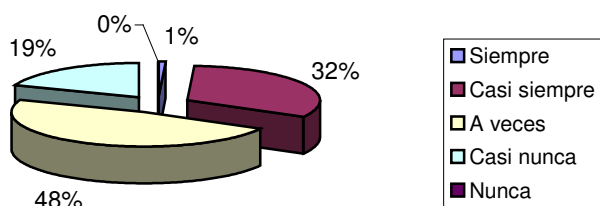
**Gráfico 95.** Retención ante un intérprete que no sea médico

Las respuestas a la pregunta 32 ponen de manifiesto que la mayoría de los encuestados conceden una gran importancia a la perfecta comprensión del discurso original por parte del intérprete, ya que el 52% opina que debe entenderlo siempre perfectamente y el 30% casi siempre. Tan solo el 3% considera que no debe comprenderlo nunca o casi nunca.



**Gráfico 96.** Nivel de comprensión del discurso original por parte del intérprete

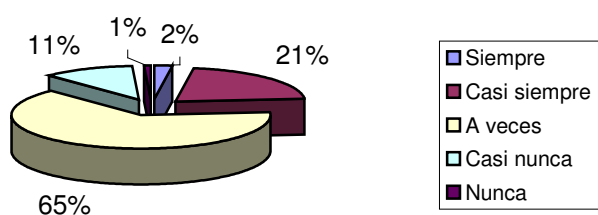
En cuanto a la utilización de la terminología y fraseología adecuadas por parte del intérprete (pregunta 33), casi la mitad de los encuestados (48%) considera que el intérprete utiliza la terminología adecuada solo a veces, frente a un 32% que estima que lo hace casi siempre. Los valores extremos presentan los porcentajes más bajos, ya que solo el 1% cree que el intérprete emplea siempre una terminología correcta y ningún encuestado opina que nunca sea preciso en su terminología.



**Gráfico 97.** Utilización correcta de la terminología por parte del intérprete

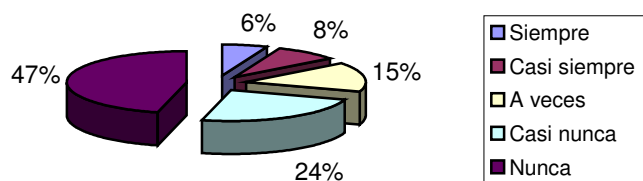
Incluimos igualmente una pregunta (pregunta 34) sobre la necesidad que tiene el médico de deducir lo que el intérprete quiere decir (discurso paralelo mental), es decir, la

necesidad de que el médico usuario de la interpretación produzca mentalmente cuando el intérprete se aleja de la terminología a la que está acostumbrado. El 65% de los encuestados reconoce que a veces se ve obligado a producir dicho discurso, e incluso el 21% lo hace casi siempre, frente a un 11% que no tiene que establecer un discurso paralelo mental que subsane los errores producidos por el intérprete.



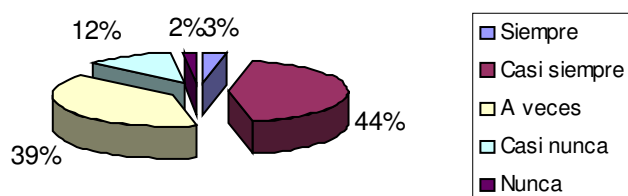
**Gráfico 98.** Necesidad de “deducir” lo que el intérprete quiere decir (discurso paralelo mental)

En cuanto a la ayuda prestada a los intérpretes (pregunta 35), los resultados muestran que el 47% de los encuestados no presta nunca ningún tipo de ayuda a los intérpretes, y un 24% no lo hace casi nunca. No obstante, también hay un 29% que ayuda al intérprete, ya sea a veces, casi siempre o siempre.



**Gráfico 99.** Ayuda prestada a los intérpretes

Un dato interesante es el obtenido en la pregunta 36 relativa a la detección de las inconsistencias de sentido por parte del usuario. De esta manera, a pesar de no oír al orador cuando escucha la interpretación, el 44% de los encuestados afirma que casi siempre es capaz de detectar las inconsistencias de sentido con el mensaje original cometidas por el intérprete. El 39% afirma que a veces las detecta, frente a tan solo el 12% que reconocer no darse cuenta casi nunca de estas inconsistencias.



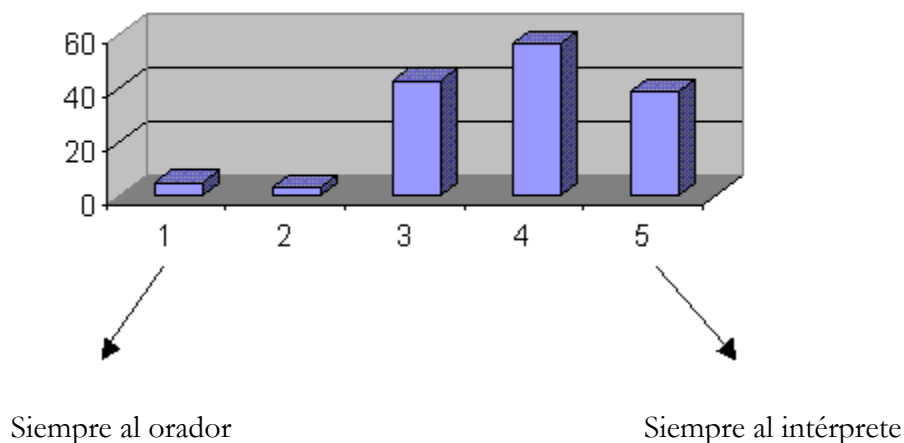
**Gráfico 100.** Detección de las inconsistencias de sentido con el mensaje original

Por otra parte, la pregunta 37 sobre quién es el responsable de los errores de contenido emitidos por el intérprete la hemos evaluado a través de una escala liker de cinco opciones cuyos valores significan lo siguiente:

- 1 Siempre al orador
- 2 Frecuentemente al orador
- 3 Al orador y al intérprete
- 4 Frecuentemente al intérprete
- 5 Siempre al intérprete

Según los resultados, cuando los encuestados detectan algún problema de contenido en la interpretación, suelen culpar en la mayoría de los casos al intérprete, ya que 57 de ellos puntuaron el criterio con un 4 y 39 lo hicieron con un 5. Los resultados muestran que los encuestados no suelen considerar culpable casi nunca al orador cuando el

intérprete comete un error, y lo achacan a una falta de comprensión por parte de este último o a una falta de preparación, y no a la traducción de un error previamente cometido por el orador. No obstante, hubo bastantes médicos que no respondieron a esta pregunta.



**Gráfico 101.** Responsabilidad del orador e intérprete de los problemas de contenido

En la pregunta 38 sobre los parámetros de calidad más valorados, se pedía a los encuestados que puntuaran los parámetros que más valoran de una interpretación en una escala de 5 opciones, con el 1 para el criterio más valorado y el 5 para el menos valorado. Para cuantificar los datos correspondientes a esta pregunta, hemos creado una tabla de frecuencias en la que hemos incluido los distintos parámetros de calidad y la puntuación obtenida por cada uno de ellos (*cf. infra* Anexo 4). Dado que todos los encuestados respondieron a la pregunta completa (indicando el orden de prioridad de los parámetros en la escala del 1 al 5) nos decantamos por establecer una tabla de frecuencias y un histograma que reflejara los resultados. De esta manera, en el eje de categorías del histograma hemos introducido las opciones de la escala del 1 al 5 (1 para el criterio más importante y 5 para el menos importante) y el eje de valores refleja el número de encuestados que han optado por una u otra opción.

Si observamos el histograma, podemos observar que el criterio marcado más veces con el 1 (102 veces) y considerado por ende el más importante es la consistencia de sentido con el mensaje original, seguido de la cohesión del mensaje recibido (66), la utilización de la terminología adecuada (55), la transmisión completa del contenido (31) y la fluidez (26). Los criterios menos marcados con el 1 (los menos importantes) son la entonación (9), la voz agradable (8) y el acento nativo (7).

En la siguiente tabla hemos ordenado los distintos criterios a la luz de los resultados. El criterio que hemos tenido en cuenta es el número de veces que cada criterio ha sido marcado con las distintas opciones de la escala del 1 al 5. Así, podemos ver que la consistencia con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido y la utilización de la terminología adecuada son los criterios que han sido marcados más veces con el 1 y son los más valorados de una interpretación. En segundo lugar, irían la transmisión completa del contenido y la fluidez. En tercer lugar irían el uso gramatical correcto, el estilo adecuado y la entonación. Los parámetros que más veces han recibido la puntuación 4 son el acento nativo y la voz agradable; por último, el criterio más marcado con el 5 (considerado el menos importante) es una vez más el acento nativo (*cf. supra* Tabla de frecuencias)



Tabla de frecuencias	1	2	3	4	5
Consistencia de sentido con el mensaje original	102	17	5	1	13
Cohesión del mensaje recibido	66	47	8	5	8
Transmisión completa del contenido	31	49	36	11	8
Uso gramatical correcto	22	31	51	21	5
Estilo adecuado	13	35	51	24	4
Utilización de la terminología adecuada	55	42	22	9	7
Acento nativo	7	4	30	48	36
Fluidez	26	50	40	12	4
Voz agradable	8	19	40	43	20
Entonación	9	29	44	28	16

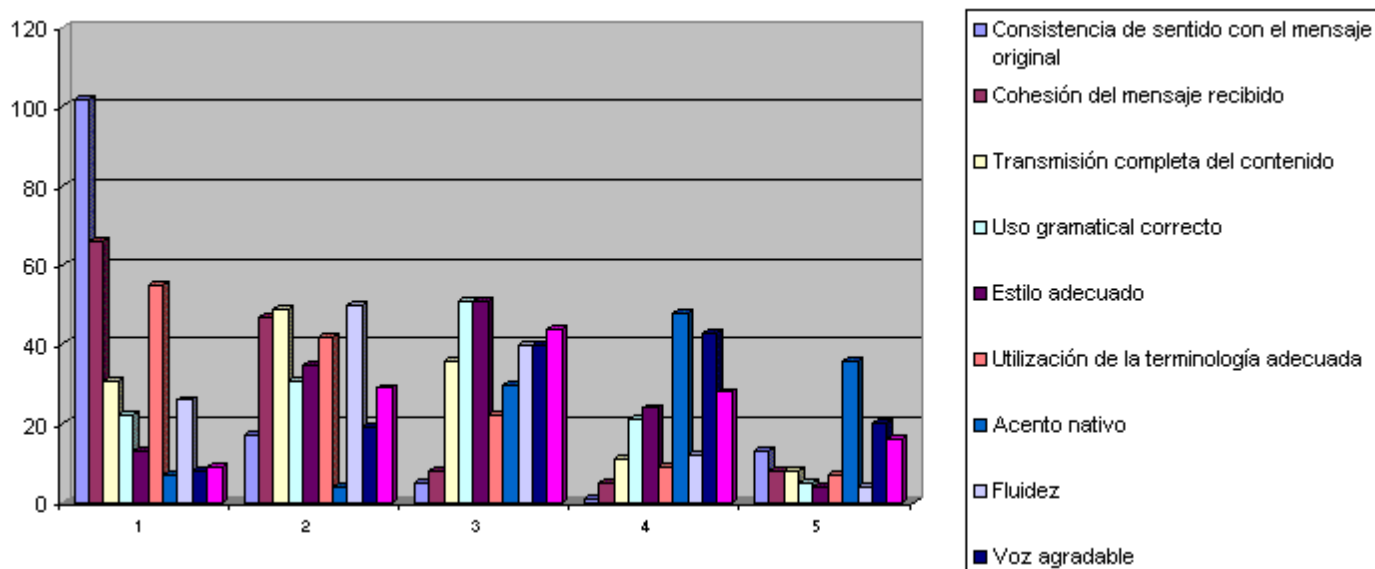


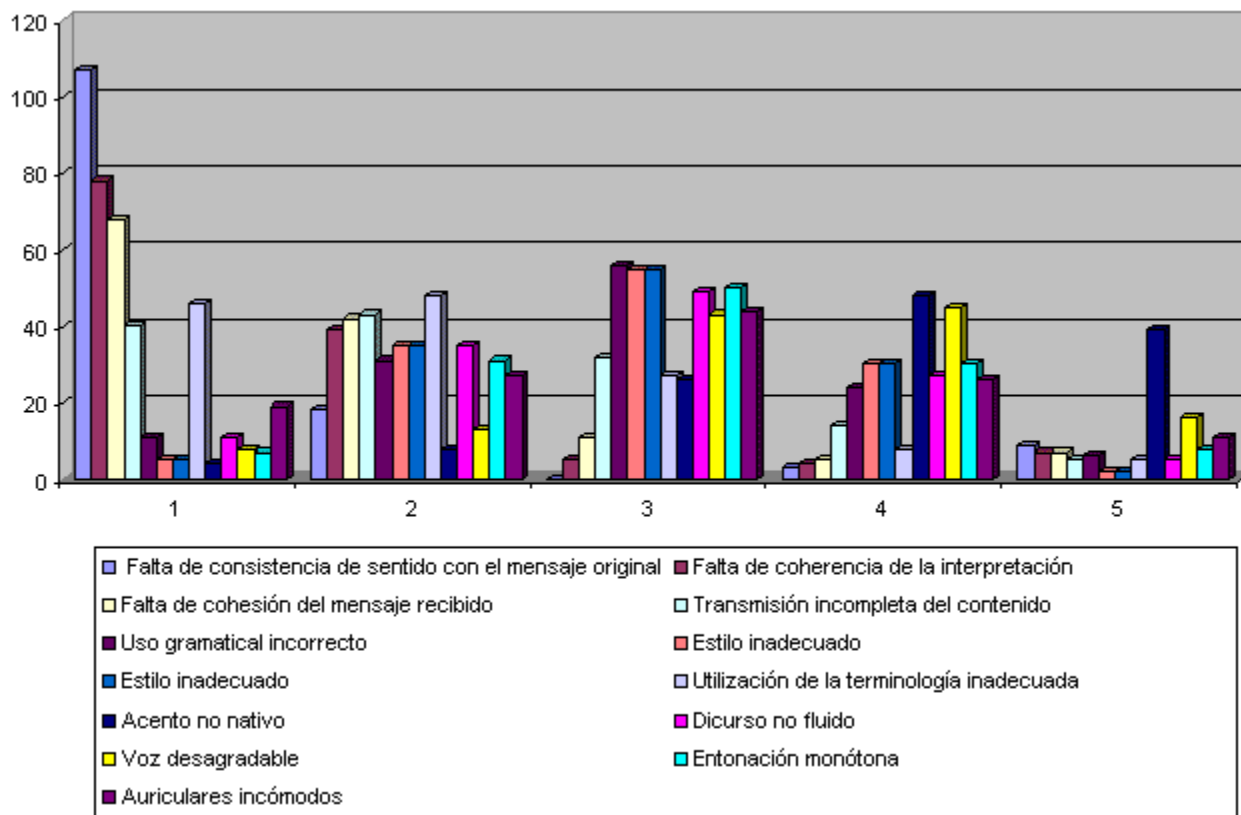
Gráfico 102. Parámetros más valorados de una interpretación

1	2	3	4	5
Consistencia de sentido con el mensaje original	Transmisión completa del contenido	Uso gramatical adecuado	Acento nativo	Acento nativo
Cohesión del mensaje recibido	Fluidez	Estilo adecuado	Voz agradable	
Utilización de la terminología adecuada		Entonación		

**Tabla 17.** Parámetros más valorados de una interpretación

Por último, en la pregunta 39, seguimos el mismo procedimiento que en la pregunta anterior, ya que una vez más se pedía a los encuestados que indicaran los parámetros que más influyen en una valoración negativa de la interpretación en una escala del 1 al 5, donde 1 es el factor más influyente y 5 es el menos influyente. Si observamos el histograma y la tabla de frecuencias, podemos observar que el criterio más marcado con el 1 (el más influyente en una valoración negativa de la interpretación) es la falta de consistencia de sentido con el mensaje original (107), seguido de la falta de coherencia de la interpretación (78), de la falta de cohesión del mensaje recibido (68), la utilización de una terminología inadecuada (46) y la transmisión incompleta del contenido (40). Según los encuestados, los factores que menos perjudican la valoración positiva de la interpretación son la falta de fluidez (11), la voz desagradable (8), el estilo inadecuado (5) y el acento no nativo (4).

Tabla de frecuencias	1	2	3	4	5
Falta de consistencia de sentido con el mensaje original	107	18	0	3	9
Falta de coherencia de la interpretación	78	39	5	4	7
Falta de cohesión del mensaje recibido	68	42	11	5	7
Transmisión incompleta del contenido	40	43	32	14	5
Uso gramatical incorrecto	11	31	56	24	6
Estilo inadecuado	5	35	55	30	2
Utilización de la terminología inadecuada	46	48	27	8	5
Acento no nativo	4	8	26	48	39
Dicurso no fluido	11	35	49	27	5
Voz desagradable	8	13	43	45	16
Entonación monótona	7	31	50	30	8
Auriculares incómodos	19	27	44	26	11



**Gráfico 103.** Parámetros que más influyen en una valoración negativa de la interpretación

En la siguiente tabla hemos incluido el orden de relevancia de los distintos parámetros teniendo en cuenta las 5 opciones de la escala de valores. El criterio que hemos tenido en cuenta es el número de veces que cada criterio ha sido marcado con las distintas opciones de la escala del 1 al 5. Así, podemos ver que la falta de consistencia con el mensaje original, la falta de coherencia de la interpretación y la falta de cohesión del mensaje recibido son los criterios que han sido marcados más veces con el 1 y son los más influyentes en la valoración negativa de la interpretación. La transmisión incompleta del contenido y la utilización de una terminología inadecuada han recibido en más ocasiones la puntuación 2, y son considerados menos influyentes que los anteriores. En tercer lugar irían el uso gramatical incorrecto, el estilo inadecuado, el discurso no fluido, la entonación monótona y el uso de auriculares incómodos. Los parámetros que más veces han recibido la puntuación 4 son el acento no nativo y la voz desagradable; por último, el criterio más

marcado con el 5 (considerado el menos influyente) es una vez más el acento no nativo.

1	2	3	4	5
Falta de consistencia de sentido con el mensaje original	Transmisión incompleta del contenido	Uso gramatical inadecuado	Acento no nativo	Acento no nativo
Falta de coherencia de la interpretación	Utilización de la terminología inadecuada	Estilo inadecuado	Voz desagradable	
Falta de cohesión del mensaje recibido		Discurso no fluido		
		Entonación monótona		
		Auriculares incómodos		

**Tabla 18.** Parámetros que más influyen en una valoración negativa de la interpretación

### 6.3.2. Interpretación de los resultados

A la luz de los resultados cuantificados, procederemos a su interpretación con el objetivo de contrastar los datos obtenidos con los aspectos teóricos y estudios analizados en la primera parte. Por otra parte, realizaremos un análisis contrastivo entre los resultados del estudio realizado con intérpretes profesionales especializados en congresos de medicina (*cf. supra* Capítulo 5) y los resultados del presente estudio. El propósito de este apartado es doble: por una parte, verificar si las opiniones de los médicos encuestados coinciden con las opiniones de otros grupos de usuarios de estudios anteriores y, por otra parte, corroborar si efectivamente los médicos usuarios y los intérpretes que trabajan en reuniones médicas tienen la misma percepción en lo relativo a determinados aspectos que forman parte del mercado de la interpretación en el ámbito de la medicina.

#### Primer bloque. Datos personales y profesionales

Al observar los resultados obtenidos en este bloque, vemos que los encuestados son médicos, mayoritariamente hombres, de edades comprendidas entre los 30 y los 60

años. La mayoría ha estudiado únicamente la carrera de medicina, aunque un 25% ha estudiado medicina y otra titulación, fundamentalmente estudios no relacionados con la salud (física y otros) y ciencias de la salud. Por otra parte, se trata de profesionales que llevan en la mayoría de los casos más de 20 años ejerciendo, en la inmensa mayoría en otros sectores además de en la docencia, fundamentalmente en el sector público. Las especialidades mayoritarias de los encuestados son la medicina, anatomía, cirugía, farmacología y obstetricia y ginecología, y la mayoría son docentes numerarios, fundamentalmente titulares pero también catedráticos, si bien un grupo importante de encuestados son profesores asociados. Por último, cabe destacar que han respondido al cuestionario médicos procedentes de casi todas las facultades de medicina españolas, con la excepción de Las Palmas de Gran Canaria y Zaragoza, lo cual pone de manifiesto:

- que contamos con una representación de casi todas las facultades.
- que nuestro estudio abarca una amplia zona geográfica.
- que las facultades que cuentan con un mayor número de médicos con dirección de correo electrónico son las más representadas en nuestro estudio.

En definitiva, los resultados del primer bloque de preguntas nos muestran un perfil claro del médico docente: hombre mayoritariamente, de edad media, con una amplia experiencia profesional, que ha realizado la carrera de medicina, que desarrolla su profesión en otros sectores, fundamentalmente en el sector público, docente numerario y con un amplio abanico de especialidades, fundamentalmente medicina, anatomía, cirugía, farmacología y obstetricia y ginecología.

✘ Mayoritariamente hombre

✘ De edad comprendida entre los 30 y los 60 años

✘ Ha realizado la carrera de medicina Con una amplia gama de especialidades

✘ Amplia experiencia profesional

✘ Compagina la docencia con el ejercicio en el sector público  
fundamentalmente

- ✘ Representación de casi todas las facultades de medicina españolas
- ✘ Profesor numerario, fundamentalmente, pero también asociado

Con este bloque, consideramos que hemos cumplido con el Objetivo 1 establecido al inicio del estudio (*cf. supra* § 6.1), a saber, el establecimiento del perfil tanto personal como profesional de los médicos docentes encuestados.

Si comparamos el perfil de los médicos encuestados con el de los intérpretes del estudio anterior, podemos ver a la luz de los resultados que los médicos comparten con los intérpretes determinadas características, como son los intervalos de edad predominantes, la amplia experiencia profesional y el hecho de compaginar varias actividades profesionales. La diferencia principal estriba en el hecho de que los médicos componen una muestra de estudio eminentemente masculina mientras que los encuestados del estudio anterior eran fundamentalmente mujeres.

Este resultado es una respuesta lógica del predominio de las mujeres en la profesión de intérprete y del mayor número de hombres que conforman la comunidad médica docente de España, dato que hemos podido comprobar a la hora de obtener las direcciones de correo electrónico de los médicos docentes y darnos cuenta de que la mayoría son hombres, si bien también hay un número significativo de mujeres que ejercen la docencia médica.

INTÉRPRETES	MÉDICOS
Mayoritariamente mujer	Mayoritariamente hombre
Edad entre 30 y 60 años	Edad entre 30 y 60 años
Amplia experiencia profesional	Amplia experiencia profesional
Practican más la IS	
Estudios de Traducción e Interpretación	Estudios de medicina
Tienen una lengua A, una B y una C	
Generalista	Con una amplia gama de especialidades
Realizan otras actividades profesionales	Compagina la docencia con el ejercicio en el sector público fundamentalmente

**Tabla 19.** Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto a los datos personales y profesionales

## Segundo bloque. Conocimiento de la lengua inglesa

Este bloque se basaba exclusivamente en el nivel que los encuestados afirman tener en las destrezas de comprensión y expresión escrita y comprensión y expresión oral, así como en la utilización del inglés como lengua de comunicación en publicaciones y en congresos de medicina. Los resultados de este bloque indican que los médicos dominan mejor las destrezas escritas (comprensión y expresión) que las orales. Este resultado resulta interesante y positivo para los intérpretes, ya que estos últimos trabajan precisamente con las destrezas en las que los médicos presentan una mayor deficiencia. Por otra parte, los encuestados se ven obligados a utilizar muy frecuentemente el inglés tanto en publicaciones como en congresos de medicina. Si establecemos una correlación entre estos resultados, podríamos decir que, dado que los encuestados tienen niveles altos de expresión escrita y niveles medios de expresión y comprensión oral, tienen menos problemas a la hora de publicar en inglés que de impartir una ponencia o de comprender un discurso en un congreso médico. Este resultado pone de manifiesto que los intérpretes siguen siendo necesarios en los congresos de medicina, con lo que se corroborarían en un principio las posibilidades que brindan los congresos de medicina a los intérpretes puestas de relieve por algunos autores (Meak 1990; Abril y Ortiz 1998; Jiménez 1998; Martín 2002).

Con este bloque, hemos intentado cumplir con los objetivos 2 y 3 (*cf. supra* § 6.1), a saber, (2) determinar el conocimiento que tienen los encuestados de la lengua inglesa y (3) determinar la frecuencia con que utilizan los encuestados el inglés como lengua de comunicación en publicaciones y en congresos de medicina.

## Tercer bloque. Asistencia a reuniones médicas

Los resultados indican que, si bien los porcentajes están divididos entre las distintas opciones de respuesta, los médicos encuestados asisten con más frecuencia a congresos de medicina nacionales monolingües e internacionales multilingües que a congresos internacionales monolingües o nacionales multilingües. Por otra parte, los tipos de



---

congreso que se celebra más asiduamente en España sería los nacionales monolingües, y en menor medida los nacionales multilingües. De la misma manera, no serían tan frecuentes los congresos internacionales que se organizan en España, ya sean monolingües o multilingües. De acuerdo con estos resultados, podríamos afirmar que los intérpretes seguirían siendo necesarios fundamentalmente en los congresos nacionales multilingües, que son los que, según los encuestados, se celebran con más frecuencia en España.

Los encuestados de este estudio coinciden con los intérpretes del estudio anterior en cuanto a las lenguas más frecuentes en los congresos de medicina internacionales, ya que el inglés es sin lugar a dudas la más importante para los dos grupos de encuestados. De esta manera se vuelven a confirmar los planteamientos de los estudiosos de la interpretación, según los cuales el inglés desempeña un papel predominante en la comunidad médica internacional (Fischbach 1986, 1993; López y Terrada 1990; Rouleau 1993b; Aleixander *et al.* 1995a; Navarro y Barnes 1996; Navarro 1997; Gutiérrez Rodilla 1997; Pilegaard 1997; Van Hoof 1999) (*cf. supra* § 1.3.1.4).

Por otra parte, cabe destacar que los médicos encuestados afirman que los congresos de medicina multilingües no siempre cuentan con un servicio de interpretación simultánea, resultado que no se corresponde con el de la pregunta 16 del estudio anterior, ya que los intérpretes creen que este tipo de congresos sí suele tener casi siempre interpretación simultánea.

Resulta interesante el resultado que hemos obtenido a la pregunta relativa a a la utilización de los servicios de interpretación, ya que un porcentaje significativo de los encuestados afirma no utilizar nunca o casi nunca este tipo de servicio. Sin embargo, consideramos que este resultado contradice el de la pregunta 8 según el cual los encuestados reconocen tener un nivel intermedio de comprensión oral, por lo que cabría preguntarse si este nivel les resulta suficiente para comprender un discurso en lengua inglesa.

---

Al igual que en el estudio realizado con intérpretes, en la pregunta 17 de este estudio sobre los eventos multilingües que recurren con frecuencia a la interpretación nos basamos fundamentalmente en la clasificación propuesta por Martín y Jiménez (1998) y Martín (2002), si bien hemos introducido algunos eventos más. Los resultados muestran que los eventos más citados por los médicos son los macrocongresos, las conferencias de personalidades invitadas, los seminarios y cursos y las presentaciones de productos. Cabe destacar que existe un consenso entre médicos e intérpretes en este resultado, ya que, si bien las conferencias de personalidades invitadas son más frecuentes para los médicos, los dos grupos de encuestados consideran que estos cuatro eventos son sin duda los que suelen contar con más frecuencia con un servicio de interpretación. De esta forma, podríamos afirmar que la clasificación de Martín y Jiménez (1998) reflejaría la realidad profesional descrita por ambos grupos de encuestados. De esta manera, los resultados indican una vez más que el intérprete que se dedique a los congresos de medicina deberá hacer frente a distintos tipos de reuniones y tener en cuenta las características inherentes a cada una de ellas, con lo cual resulta sumamente útil la descripción de los eventos médicos incluida en la categorización de estos autores (*cf. supra* § 2.3.1).

En cuanto a la temática o especialidad, volvemos a presenciar una disparidad de opiniones, al igual que sucedía en el estudio de los intérpretes. A pesar de la amplia gama de temas frecuentes en congresos de medicina puesta de manifiesto por los médicos encuestados, las especialidades más mencionadas son la medicina interna, la oncología, la anatomía, la dermatología, la atención primaria y la cirugía. Si observamos las especialidades más nombradas por los intérpretes del estudio anterior (cirugía, traumatología, cardiología, oncología, sida, diabetes y odontología), vemos que no existe un consenso entre ambos grupos, con la salvedad de la oncología. De esta manera, y viendo la multiplicidad de las opiniones, podríamos deducir que los encuestados de los dos grupos no tienen muy claro cuáles son los temas más frecuentes y proporcionan sus respuestas en virtud de su propia especialidad, en el caso de los médicos, o de su experiencia personal, en el caso de los intérpretes.

En cuanto a las zonas geográficas en las que se celebran con más frecuencia congresos de medicina multilingües, los médicos encuestados afirman que, según su experiencia, las ciudades europeas son las que acogen más eventos de este tipo, seguidas por las ciudades españolas. Este resultado va en la línea del resultado del estudio anterior según el cual los intérpretes declaraban trabajar más asiduamente en ciudades españolas y europeas.

También observamos un consenso en la frecuencia de utilización de apoyos audiovisuales, ya que tanto los médicos como los intérpretes ponen de manifiesto su amplia utilización en los congresos de medicina. De la misma manera, el tipo de apoyo más frecuente según ambos grupos es el Power Point; no obstante, los médicos conceden una mayor importancia al uso de vídeos, mientras que los intérpretes opinan que su utilización es menor.

En cuanto al tipo de participante más asiduo a las reuniones de medicina, tanto médicos como intérpretes están de acuerdo en que los médicos del sector público son los que asisten con más frecuencia, seguidos de los investigadores y profesores, según los médicos, y de los médicos del sector privado e investigadores, según los intérpretes. No obstante, no hay que olvidar que en la medicina se solapan las distintas actividades, de manera que el médico docente ejerce al mismo tiempo en el sector público o privado y puede dedicarse a la investigación, con lo que no es posible fijar una frontera nítida en la tipología de participantes. Este resultado es interesante, ya que efectivamente la muestra que hemos seleccionado para el estudio dirigido a los médicos usuarios de la interpretación está formada por médicos docentes que ejercen en su mayoría en el sector público y que son en muchos casos investigadores. De esta manera, cabría subrayar la pertinencia de la elección de esta muestra, ya que tanto los propios médicos como los intérpretes afirman que son los que asisten con más frecuencia a congresos de medicina.

Por último, en cuanto al carácter imprescindible de los servicios de interpretación, hay un grupo de médicos que opinan que siempre es imprescindible y otro grupo que afirma que es imprescindible dependiendo de la especialización del tema del congreso, ya

que sólo la consideran completamente necesaria en aquellos congresos de temática altamente especializada. Por otra parte, un porcentaje minoritario cree que es prescindible en todos los casos. Este resultado pone de manifiesto que, a pesar de que hoy día los médicos tienen más conocimientos de inglés, la interpretación sigue siendo para muchos un servicio que los organizadores deben prestar a los asistentes.

Veamos de manera resumida cuáles son los resultados de este tercer bloque de preguntas:

- ✘ Asistencia mayor a congresos nacionales monolingües e internacionales multilingües
  - ✘ Amplia gama de temas frecuentes
- ✘ Celebración frecuente de congresos nacionales monolingües y multilingües
  - ✘ Utilización de apoyos audiovisuales, sobre todo del Power Point
- ✘ El macrocongreso es el tipo de evento médico que cuenta más frecuentemente con interpretación
- ✘ El médico docente y del sector público es el tipo de participante más asiduo a congresos de medicina
  - ✘ Predominio del inglés en los congresos médicos
  - ✘ Carencia de interpretación en algunos congresos multilingües
  - ✘ Utilización poco frecuente de los servicios de interpretación
  - ✘ Desplazamientos frecuentes
- ✘ Consideración de la interpretación como un servicio necesario, sobre todo en congresos altamente especializados

Con este bloque, hemos pretendido alcanzar los objetivos 4, 5 y 6 que nos fijamos en el apartado 7.4.1: (4) establecer la frecuencia de asistencia a congresos de medicina; (5) definir el contexto en que se desarrollan los congresos de medicina (temática, tipología de los participantes, apoyos audiovisuales, lenguas más frecuentes, tipo de evento médico más frecuente, zonas geográficas de celebración); (6) determinar la frecuencia de utilización de los servicios de interpretación.

Si comparamos los resultados de este bloque con aquellos obtenidos en el estudio realizado con intérpretes, podemos ver que ambos grupos de encuestados tienen la misma percepción en cuanto a la amplia gama de temas frecuentes en reuniones médicas, la utilización de medios audiovisuales, la importancia del macrocongreso dentro del espectro de eventos que ofrecen servicios de interpretación, la tipología de participantes, el predominio de la lengua inglesa como lengua de comunicación y los desplazamientos frecuentes que realizan a la hora de asistir a una determinada reunión de medicina (*cfr. infra* Tabla 20).

MÉDICOS	INTÉRPRETES
Amplia gama de temas frecuentes	Amplia gama de temas frecuentes
Utilización de apoyos audiovisuales, sobre todo del Power Point	Utilización de apoyos audiovisuales, sobre todo del Power Point
El macrocongreso es el tipo de evento médico que cuenta más frecuentemente con interpretación	El macrocongreso es el tipo de evento médico que cuenta más frecuentemente con interpretación
El médico docente y del sector público es el tipo de participante más asiduo a congresos de medicina	El médico docente y del sector público es el tipo de participante más asiduo a congresos de medicina
Predominio del inglés en los congresos médicos	Predominio del inglés en los congresos médicos
Desplazamientos frecuentes	Desplazamientos frecuentes

**Tabla 20.** Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto al contexto de las reuniones médicas

#### Cuarto bloque. Uso y calidad de la interpretación

Los resultados de la pregunta sobre la frecuencia con que utilizan los encuestados la interpretación pone de manifiesto que la mitad de los mismos afirma poder prescindir de la interpretación gracias a sus conocimientos de inglés. Otro porcentaje significativo declara que, si bien tiene un cierto conocimiento de la lengua inglesa, utiliza la interpretación como apoyo. Cabe destacar que pocos de los encuestados dicen necesitar la interpretación para entender el discurso. Este resultado se contradice una vez más con el de la pregunta 8, ya que recordemos que el nivel de comprensión oral de los encuestados es intermedio. No obstante, consideramos que hay que reflexionar en torno a este resultado, ya que

podríamos estar ante un uso y una concepción distinta de la interpretación a la de hace unas décadas según la cual el intérprete no sería tanto un puente de comunicación entre el orador y el receptor, sino un elemento de apoyo a la comunicación. No obstante, para corroborar esta suposición, habría que realizar trabajos de investigación futuros con muestras mayores y con distintos tipos de médicos.

Por otra parte, cuando utilizan la interpretación, los encuestados reconocen que ésta les ayuda siempre o casi siempre a comprender el discurso original, con lo cual se trata realmente de un servicio que facilita la comunicación entre el orador y el receptor. Sin embargo, a pesar de esto, un porcentaje significativo de los encuestados afirma que la interpretación les causa cierta molestia y preferirían poder entender el discurso original, incluso hay un 30% que declara que la interpretación les causa mucha molestia. Por lo tanto, si bien la interpretación es considerada como un servicio que deben prestar los organizadores de los congresos y que ayuda a la comprensión del discurso original, los encuestados preferirían no tener que utilizarla, ya que consideran que es más molesto que escuchar directamente al orador.

En cuanto a las expectativas de los encuestados, las respuestas están divididas entre aquellos que creen que este servicio va a ser satisfactorio y de calidad y aquellos que esperan que sea un servicio suficiente para comprender el discurso. Siguiendo el planteamiento de Garzone (2002), podríamos afirmar que las expectativas de los usuarios podrían estar basadas en las normas derivadas de un sistema de creencias en parte modificadas por la experiencia sobre lo que una buena interpretación debería ser. Según Garzone, estas expectativas se organizarían en modelos normativos que se relacionan con la cultura de distintos subgrupos, los cuales se pueden reconstruir analizando las expectativas y los criterios de calidad aplicados por los usuarios de la interpretación como producto.

En esta línea, un porcentaje significativo reconoce que su experiencia pasada con la interpretación ha sido regular. Este resultado condiciona el resultado anterior, ya que aquellos que han tenido una buena experiencia suelen creer que la interpretación va a ser un

---

servicio satisfactorio y de calidad cuando asisten a un congreso de medicina.

No obstante, cabría preguntarse si el nivel de expectativa hacia la interpretación por parte del médico está directa o indirectamente relacionado con sus expectativas hacia el propio congreso. De esta manera, podría darse el caso de que el médico acuda al congreso sin ninguna motivación o interés, lo cual podría influir negativamente en sus expectativas hacia la interpretación (Gile 1991).

En cuanto a la especialización del intérprete, los encuestados consideran que el intérprete debería ser médico en determinadas ocasiones, especialmente cuando se trata de interpretar en congresos de temática altamente especializada, por lo que cabría deducir que los encuestados exigen un alto nivel de especialización a los intérpretes. Cabe destacar que son muy pocos los encuestados que creen que el intérprete no tiene que ser médico para interpretar. Este resultado coincide con el de la pregunta 21 del estudio anterior según el cual los propios intérpretes subrayan el alto nivel de especialización que se debe tener para trabajar en congresos médicos. No obstante, a pesar de preferir en algunos casos a un intérprete especialista en la temática del congreso, la mayoría de los médicos encuestados no suele ser reticente ante un intérprete que no sea médico. Este resultado no coincide con la creencia generalizada de los intérpretes del estudio anterior, los cuales opinaban que los médicos sí suelen mostrar a veces un cierto recelo ante un intérprete no experto en medicina.

Por otra parte, los encuestados opinan que el intérprete debe entender siempre o casi siempre el discurso del orador para realizar una buena interpretación. Este resultado coincide con la importancia de comprender el discurso original concedida por los intérpretes del estudio anterior, pero no así con el resultado de las preguntas 26 y 27 según los cuales los intérpretes suelen realizar una preparación terminológica, sobre todo cuando existen limitaciones de tiempo. Cabría preguntarse, pues, si esta preparación les permite llegar a comprender perfectamente el discurso del orador, un requisito *sine qua non* tanto para los médicos como para los propios intérpretes que optan por la preparación terminológica.

En cuanto a la utilización de la terminología y fraseología adecuadas, los médicos encuestados consideran que los intérpretes suelen emplear solo a veces la terminología y fraseología a la que están acostumbrados. En los casos en los que el intérprete emplee una terminología diferente a la que están habituados, los encuestados reconocen tener que deducir lo que el intérprete quiere decir, lo cual puede resultar en algunos casos un proceso que requiere un esfuerzo añadido por parte del médico. Este resultado pone de manifiesto que el intérprete debe realizar una preparación terminológica profunda, ya que los médicos reconocen haber tenido que producir un discurso paralelo mental en numerosas ocasiones. Por lo tanto, se corrobora la importancia de realizar una buena preparación puesta de manifiesto por muchos autores (Altman 1984; Gile 1985, 1986). Este resultado coincide con los del estudio de Meak (1990) en el que algunos expertos opinaban que la interpretación no les permite seguir bien el congreso ya que el intérprete no conoce el tema a fondo y debe reelaborar lo que éste ha traducido. Por su parte, los resultados de los estudios de Kurz (1993) y Mack y Cataruzza (1995) pusieron igualmente de manifiesto que los usuarios reconocen que completan la información del texto a través de sus propios conocimientos, aunque suelen tolerar una menor consistencia siempre que no perjudique la comunicación.

En cuanto al criterio de la consistencia de sentido con el discurso original, los encuestados afirman que casi siempre son capaces de detectar estas inconsistencias debido a que, a pesar de que cuando escuchan la interpretación no oyen al orador, son expertos de una determinada especialidad. Por lo tanto, son capaces de detectar las inconsistencias con el mensaje original cuando el intérprete dice algo que no concuerda con sus conocimientos sobre el tema. De esta manera, muchos de los médicos encuestados declaran que no les hace falta oír al orador a la vez que al intérprete para saber cuándo este último comete algún error respecto al original. En la línea de los errores de contenido, los encuestados afirman que cuando detectan algún error de contenido en la interpretación no suelen culpar casi nunca al orador, ya que no pueden imaginar que éste se equivoque y el intérprete traduzca el error, sino que piensan que es directamente el intérprete el que introduce un determinado error en el discurso.



Este resultado no iría en consonancia con algunos planteamientos en los que se ha puesto de manifiesto la falta de elementos objetivos y de medios directos para comprobar la coherencia intertextual entre el texto origen (TO) y el texto meta (TM) (Kalina 2000, Riccardi 2002, Garzone 2003; Kurz 2003; Gile 2003). Estos autores afirman que los participantes deben basarse en indicadores indirectos y en la compatibilidad del significado del texto traducido con su conocimiento del tema que se discute para poder evaluar la interpretación.

Por otra parte, según los resultados del estudio de Bühler (1986), los criterios de consistencia con el discurso original y transmisión completa, fundamentales para la comunicación interlingüística y para la calidad de la interpretación, sólo se pueden juzgar comparando el discurso meta con el discurso origen. Los participantes no suelen conocer el original y su calidad y no están en condiciones de juzgar la calidad de la interpretación mediante criterios tan superficiales como el acento nativo, la voz agradable y la fluidez.

En cuanto a la ayuda prestada por ponentes y participantes, los encuestados declaran que no suelen ayudar nunca o casi nunca a los intérpretes, resultado que no coincide con el de las preguntas 37 y 38 del estudio anterior según el cual los intérpretes afirman que los médicos que asisten a los congresos les suelen ayudar.

En las dos últimas preguntas de este bloque, nos hemos centrado en aquellos parámetros que los encuestados valoran más de la interpretación y en los criterios que más les molestan. En primer lugar, si atendemos a los criterios que han recibido más veces la puntuación 1 (más importante), podemos ver que los criterios más valorados son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido y la utilización de la terminología adecuada, seguidos por la transmisión completa del contenido, la fluidez y el uso gramatical correcto.

Si comparamos estos resultados con los de la pregunta 41 del estudio anterior, obtenemos la siguiente tabla:

	<b>Intérpretes</b>	<b>Médicos</b>
<b>1</b>	Consistencia de sentido con el mensaje original	Consistencia de sentido con el mensaje original
<b>2</b>	Cohesión del mensaje recibido	Cohesión del mensaje recibido
<b>3</b>	Transmisión completa del contenido	Utilización de la terminología adecuada
<b>4</b>	Utilización de la terminología adecuada	Transmisión completa del contenido

**Tabla 21.** Parámetros más valorados por los intérpretes y médicos encuestados

En esta tabla hemos incluido aquellos parámetros más valorados por los intérpretes del estudio anterior y por los médicos del presente estudio. Cabe destacar que, a fin de establecer una comparación precisa, en los criterios de los intérpretes nos hemos basado en el análisis vertical, es decir, aquel que tiene en cuenta la puntuación que ha recibido cada uno de ellos. De esta manera, para crear la tabla hemos considerado los parámetros que han recibido en más ocasiones la puntuación 1. Podemos ver que existe un consenso entre ambos grupos en cuanto a los parámetros más valorados de la interpretación, con la salvedad de la terminología adecuada, que los médicos consideran más importante que la transmisión completa del contenido. Por otra parte, los parámetros menos relevantes para los dos grupos son los mismos: entonación, acento nativo y voz agradable.

Los resultados de ambos estudios coinciden con los de estudios anteriores. Así, los cuatro parámetros más importantes en nuestro estudio son los mismos que en los estudios de Kurz (1989, 1993). Por otra parte, la transmisión completa del contenido y la utilización de una terminología adecuada son los criterios más importantes en los estudios de Marrone (1993), Kopzcinsky (1994) y Moser (1996).

Pasaremos a continuación a determinar cuáles son los criterios que más influyen en una valoración negativa de la interpretación. En consonancia con el resultado de la pregunta anterior, la falta de consistencia de sentido con el mensaje original es lo que más molesta a los encuestados, seguida por la falta de coherencia y de cohesión del mensaje recibido, la utilización de una terminología incorrecta y la transmisión incompleta del contenido. Por otra parte, los encuestados no se molestan tanto si los intérpretes tienen un

acento no nativo, un estilo inadecuado o una voz desagradable, criterios estos últimos que no han recibido casi nunca la puntuación 1. Por lo tanto, podríamos decir que los encuestados exigen de una interpretación que sea coherente con el discurso original, que esté bien cohesionada, que incluya una terminología propia del tema o especialidad de la reunión y que sea completa. Estos resultados no coinciden con los del estudio de Kopzcinsky (1994), autor que se detuvo a analizar los factores que los usuarios evalúan más negativamente. Según este estudio, el factor que más irrita a los usuarios (tanto oradores como receptores) sería la utilización de la terminología inadecuada, seguida de la transmisión incompleta del contenido y la falta de fluidez y errores gramaticales.

Veamos de manera resumida cuáles son los resultados de este tercer bloque de preguntas:

- ✘ Posibilidad de prescindir de la interpretación gracias a sus conocimientos de la lengua inglesa
- ✘ Cuando recurren a la ella, la interpretación les ayuda a comprender el discurso original
  - ✘ La interpretación les causa cierta molestia
  - ✘ Expectativas moderadas en cuanto a la interpretación
  - ✘ Experiencia pasada no demasiado buena en cuanto a la interpretación
- ✘ El intérprete debería ser médico, sobre todo en reuniones altamente especializadas
  - ✘ Falta de reticencia ante un intérprete que no sea médico
  - ✘ El intérprete debe entender el discurso original para realizar una buena interpretación
    - ✘ Los intérpretes no siempre utilizan la terminología adecuada
- ✘ Los encuestados son capaces de detectar las inconsistencias de sentido con el mensaje original gracias a su bagaje cognitivo
  - ✘ Los encuestados no ayudan casi nunca a los intérpretes
- ✘ Los criterios más valorados son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido, el empleo de la terminología adecuada y la transmisión completa del contenido

En la Tabla 22 ilustramos las diferencias y similitudes entre los intérpretes y médicos en cuanto a este último bloque:

INTÉRPRETES	MÉDICOS
El intérprete no tiene que ser médico para realizar una buena interpretación.	El intérprete debería ser médico, sobre todo en reuniones altamente especializadas
Los médicos no son reticentes ante un intérprete que no sea médico	Los médicos no son reticentes ante un intérprete que no sea médico
El intérprete debe entender el discurso original para realizar una buena interpretación	El intérprete debe entender el discurso original para realizar una buena interpretación
Los médicos no ayudan casi nunca a los intérpretes	Los encuestados no ayudan casi nunca a los intérpretes
Los criterios más valorados son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido, el empleo de la terminología adecuada y la transmisión completa del contenido	Los criterios más valorados son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión del mensaje recibido, el empleo de la terminología adecuada y la transmisión completa del contenido

**Tabla 22.** Comparación entre los resultados del estudio realizado con intérpretes y el estudio con médicos en cuanto al uso y calidad de la interpretación

A modo de conclusión, podríamos decir que el estudio resulta alentador debido a los siguientes factores:

- El médico utiliza el inglés frecuentemente como lengua de comunicación en reuniones de medicina internacionales multilingües.
- Dado su nivel intermedio de comprensión y expresión oral, los médicos siguen necesitando de la interpretación para comprender el discurso original, a pesar del conocimiento creciente que éstos tienen de la lengua inglesa. Sin embargo, podríamos afirmar a la luz de los resultados que tal vez haya cambiado la naturaleza de esta necesidad, ya que los médicos cada vez utilizan más la interpretación como apoyo para la comprensión del discurso del orador en lugar de como medio único de comunicación.
- Los médicos, independientemente de su grado de conocimiento de la lengua inglesa, consideran que la interpretación es un servicio que los organizadores de los

congresos deben proporcionar.

- Los médicos encuestados ponen de manifiesto la buena experiencia que han tenido con la interpretación en el pasado.
- Si bien muchos consideran que el intérprete debería ser médico, la mayoría afirma que no es reticente ante un intérprete no especialista en medicina.

No obstante, los médicos también ponen de manifiesto ciertas deficiencias o puntos débiles en la interpretación. En primer lugar, consideran que el intérprete no utiliza en algunas ocasiones de la terminología específica de la especialidad de la reunión, lo que le lleva a tener que producir un discurso paralelo mental para adecuar el discurso del intérprete al lenguaje al que él está acostumbrado. Este proceso de creación de un discurso paralelo es bastante agotador, con lo que muchos finalmente optan por dejar de escuchar la interpretación y, en caso de que no entiendan al orador, pierden todo interés en el discurso. Debido a este factor, los médicos subrayan la molestia que les supone en algunos casos el recurso a la interpretación, ya que preferirían poder entender directamente al orador.

En cuanto a sus expectativas, observamos que los médicos presentan expectativas moderadas hacia la interpretación cuando asiste a una reunión de medicina. No obstante, habría que averiguar si este nivel bajo de expectativas está relacionado con el interés del médico hacia el propio congreso, ya que consideramos que las expectativas hacia la interpretación están estrechamente vinculadas a la motivación del médico. Para corroborar esta hipótesis, habría que realizar trabajos futuros de investigación en esta línea.

Por último, los médicos encuestados ponen de relieve la importancia de los siguientes parámetros de calidad: consistencia de sentido con el mensaje original (la cual detectan dado su bagaje cognitivo sobre el tema del congreso), la cohesión del mensaje recibido, la utilización de la terminología adecuada y la transmisión completa de la información. Por el contrario, consideran poco importantes los rasgos prosódicos y el acento nativo.

En definitiva, consideramos que el estudio realizado pone de manifiesto las necesidades y exigencias del usuario final y las carencias que éste detecta en la interpretación en el campo de la medicina. Consideramos que conocer estas necesidades y carencias podría serle de ayuda al intérprete en formación y al intérprete profesional para saber qué puntos débiles y fuertes tiene su trabajo y dónde debería realizar un mayor esfuerzo para alcanzar las expectativas del usuario final y obtener de éste un alto grado de satisfacción.



**CAPÍTULO 7**  
**CONCLUSIONES GENERALES**



En este último capítulo de la presente tesis doctoral trataremos de presentar las conclusiones que hemos obtenido a partir de los resultados de los capítulos anteriores, así como las limitaciones de nuestro trabajo y las futuras líneas de investigación.

Tras detectar un cierto vacío investigador en el campo de la interpretación médica, decidimos plantear nuestra tesis doctoral como un trabajo de investigación teórico-práctico en el que se analizaran, por una parte, los parámetros y aspectos teóricos que conforman la interpretación en el ámbito de la medicina y, por otra parte, cómo se reflejan y aplican en la realidad profesional estos aspectos teóricos a fin de ofrecer una visión genérica del ámbito profesional de la interpretación en el campo de la medicina. De esta manera, dividimos la tesis en dos partes distintas pero interrelacionadas:

- una primera parte, en la que analizamos los parámetros que forman parte de la interpretación en el ámbito de la medicina.
- una segunda parte, en la que aplicamos los parámetros analizados en la primera parte para obtener un conocimiento genérico de la situación profesional de la interpretación en el campo de la medicina en España.

La primera parte de nuestro trabajo se concibe como un análisis de los planteamientos teóricos y de los estudios empíricos y experimentales sobre interpretación en el ámbito de la medicina con el fin de aunar los aspectos y parámetros que conforman este campo de estudio. El propósito de esta primera parte consiste en la presentación y descripción del marco teórico en el que se circunscribe la interpretación especializada, en general, y en el ámbito de la medicina, en particular. Para ello, la metodología utilizada tanto en el seno de cada capítulo como a lo largo de toda la primera parte ha sido el análisis piramidal, es decir, aquel que analiza los aspectos más generales aplicados a un determinado concepto de la interpretación especializada y concluye con los aspectos más específicos relativos a la interpretación médica.

Siguiendo el análisis piramidal, en la base de la pirámide (capítulo 1), hemos situado los aspectos fundamentales de cualquier tipo de comunicación especializada: el conocimiento especializado en sí y el vehículo de transmisión del mismo, el lenguaje



especializado, centrándonos en los rasgos del lenguaje médico como subtipo del lenguaje especializado para establecer los elementos que posteriormente conformarán el discurso médico. Un escalón más arriba de la pirámide se hallarían los aspectos contextuales (capítulo 2). En este punto, nos centramos en la descripción de los eventos especializados multilingües, el concepto de hipertexto, y la importancia del lenguaje no verbal. A continuación, examinamos algunos aspectos muy debatidos de la profesión (nivel de especialización, preparación y documentación) (capítulo 3) y concluimos con la evaluación de la calidad de la interpretación (capítulo 4), la cual se situaría en la cima de la pirámide como el tema más específico que depende de todos los factores anteriormente analizados en este marco teórico.

A lo largo de este recorrido, observamos que los temas sobre los que existe un mayor cúmulo de información son el lenguaje médico (*cf. supra* § 1.3) y la preparación y documentación del intérprete especializado (*cf. supra* § 3.2). En el caso concreto del lenguaje médico, existen múltiples estudios que analizan por separado uno o varios aspectos del mismo, y casi todos se centran exclusivamente en el nivel léxico-semántico, obviando en cierto modo las características pertenecientes a los niveles morfosintáctico, fonético-fonológico y estilístico. Por otra parte, se percibe, con la salvedad del magnífico trabajo de Gutiérrez Rodilla (1998), la falta de una obra sistemática, multidimensional y comprensiva que aúne todas las características del lenguaje médico. Asimismo cabe destacar que la mayoría son estudios que presentan clasificaciones y criterios propios del autor y, por lo tanto, no hay una terminología uniforme ni unos parámetros de descripción sistematizados de los rasgos del lenguaje médico.

En lo referente a los aspectos contextuales de los eventos especializados y de los eventos médicos multilingües (*cf. supra* capítulo 2), hemos observado que la literatura existente es poco abundante, con la excepción de la clasificación presentada por Gile (1989) y Pöchhacker (1995) de las reuniones especializadas en general (*cf. supra* § 2.1.) y de la categorización aplicada a los acontecimientos médicos de Martín y Jiménez (1998) y de Martín (2002) (*cf. supra* § 2.3.1). Por consiguiente, creemos en la conveniencia de seguir investigando en la línea de las características de las reuniones que se celebran en el ámbito

de medicina, teniendo en cuenta parámetros muy diversos: formato, tipo de participantes, elementos no verbales, elementos visuales, y el flujo de la información especializada.

Otro de los temas sobre los que existe abundante bibliografía es la preparación y documentación del intérprete; no obstante, se advierte la carencia de un método sistemático común de las fases de preparación y la falta de criterios reconocidos a la hora de seleccionar las fuentes documentales, de lo que se infiere que cada intérprete elige el procedimiento de preparación y las fuentes de documentación de acuerdo a sus necesidades, conocimientos sobre el tema y circunstancias laborales.

En cuanto a los estudios experimentales u observacionales sobre la evaluación de la calidad, cabe destacar que los datos extraídos de cada estudio se basan en un corpus no muy amplio de reuniones y en una muestra limitada. No obstante, analizados en su conjunto, se extraen conclusiones interesantes sobre las expectativas y parámetros de calidad de intérpretes y usuarios. En el trabajo que nos ocupa, resaltamos aquellos estudios que resultan innovadores por los parámetros que analizan o por la metodología utilizada. Así, encontramos el estudio de Bühler (1986), que fue la primera en analizar una serie de parámetros de calidad desde la perspectiva de los intérpretes; el estudio de Kurz (1993), que presenta un análisis contrastivo de la evaluación de la calidad por parte de tres grupos distintos de usuarios, y que compara asimismo las evaluaciones de estos tres grupos con los criterios de calidad de los intérpretes del estudio de Bühler; el análisis de Ng (1992), que menciona la distinción por géneros en cuanto a la prioridad de determinados criterios de calidad; el de Kopczynski (1994), que examina la evaluación de la calidad desde la perspectiva de tres grupos distintos de usuarios; y el de Collados (1998), que analiza en más detalle el parámetro de la entonación y que pone de manifiesto experimentalmente la distinción entre la calidad real y la calidad percibida de la interpretación (*cf. supra* § 4.3.3, 4.3.4). Sin embargo, a pesar de la proliferación de los estudios sobre calidad de la interpretación, se observa que los estudios que se basan en la calidad de la interpretación en el campo de la medicina son poco abundantes, con la excepción de los estudios de Gile (1990), Kurz (1989, 1993), Meak (1990) y Galli (1990).

En definitiva, en la primera parte del trabajo creemos haber cumplido con el objetivo que establecimos al principio, a saber, el análisis de los aspectos que forman parte de la interpretación especializada, en general, y médica, en particular, para proporcionar una primera visión general del marco teórico en el que se circunscribe la interpretación en el ámbito de la medicina y para sentar las bases del trabajo exploratorio posterior. No obstante, somos conscientes de las limitaciones que tiene esta primera parte:

- la selección de los parámetros a incluir en esta parte podría ser fruto de experiencias personales y de criterios subjetivos.
- si bien hemos analizado los parámetros que consideramos más relevantes en el campo de la interpretación médica, hay algunos en los que habría que profundizar, como la tipología de participantes, las características de cada tipo de reunión médica multilingüe y, especialmente, el flujo de la información en la comunicación especializada.

En la segunda parte de la presente tesis, decidimos examinar los parámetros analizados en la primera parte en un estudio exploratorio realizado con los dos tipos de actores más implicados en la interpretación médica: por una parte, los propios intérpretes que prestan el servicio y, por otra, los médicos que asisten con frecuencia a reuniones multilingües y que recurren a los servicios de interpretación. Se trata, pues, de un estudio que intenta reflejar la percepción tanto del intérprete como del usuario, ya que consideramos que la mera opinión de los intérpretes no es suficiente para proporcionar una descripción completa de la situación real de la interpretación en el campo de la medicina. Se imponía, pues, la necesidad de contar con las opiniones del segundo grupo clave implicado en la actividad de la interpretación médica: los usuarios.

El objetivo de esta segunda parte consiste, principalmente, en ofrecer una visión general de la situación de la interpretación médica en España a través de la percepción de intérpretes y médicos basándonos en los parámetros analizados en la primera parte.

Procedimos, pues, a realizar dos estudios distintos pero relacionados, cada uno de ellos con una población de estudio complementaria limitada y concreta:

- *Estudio 1*: intérpretes ubicados en España que trabajan con frecuencia en reuniones de medicina.
- *Estudio 2*: médicos que imparten docencia en las facultades de medicina españolas y que asisten con frecuencia a reuniones médicas multilingües.

Con el propósito de que el estudio fuera lo más ortodoxo posible desde el punto de vista de la estadística, para llevar a cabo ambos estudios realizamos una tarea previa de:

- Definición de objetivos generales y específicos.
- Selección del instrumento de medida.
- Definición de conceptos y contenidos.
- Establecimiento del método de muestreo más pertinente.
- Realización de un estudio piloto.
- Selección de un método de procesamiento de los datos.

Tras realizar estas tareas previas, redactamos cada uno de los cuestionarios, los cuales sometimos a la aceptación por parte de estadísticos, médicos e intérpretes para comprobar la pertinencia de las variables estudiadas, de la formulación de las preguntas y respuestas y de su comprensión por parte de los distintos grupos de encuestados.

Si bien el índice de respuesta que obtuvimos no es representativo, consideramos que los datos que hemos obtenido tras la realización de ambos estudios son significativos teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Que han respondido intérpretes pertenecientes a asociaciones a asociaciones profesionales de prestigio, así como intérpretes docentes de amplia experiencia profesional.
- Que han respondido médicos procedentes de una amplia gama de facultades españolas.
- Que los médicos que han respondido asisten con frecuencia a reuniones multilingües.

- Que los encuestados, tanto intérpretes como médicos, presentan una homogeneidad en cuanto a su percepción de la realidad profesional de la interpretación médica.

Con los estudios realizados en la segunda parte, nuestro objetivo ha sido presentar una visión general de lo que sucede en la realidad profesional de la interpretación en el ámbito de la medicina. No obstante, somos conscientes de las limitaciones que tienen ambos estudios:

- Se trata de estudios empíricos realizados a través de cuestionarios, por lo que sería interesante realizar un estudio de campo para comprobar si las respuestas tanto de los médicos como de los intérpretes se ajustan a lo que sucede *in situ* en un congreso de medicina.
- En ambos estudios, no hemos contado con un tamaño muestral representativo, por lo que no nos ha sido posible extraer inferencias estadísticas. De esta manera, habría que realizar nuevos trabajos de investigación con muestras más amplias.
- En el caso del estudio realizado con los médicos, hemos contado con una muestra parcial de la población total de médicos docentes, ya que sólo hemos tenido en cuenta a aquellos con los que se podía contactar vía Internet. De esta manera, sería interesante completar el universo con muestras de médicos docentes que no tienen dirección de correo electrónico y médicos del sector privado.

Dadas las limitaciones de ambos estudios, consideramos que habría que seguir investigando en la línea de la interpretación de congresos de medicina a través de trabajos de campo amplios para obtener una visión que se ajuste más a la situación real de la práctica profesional. Sin embargo, estimamos que este trabajo constituye un punto de partida bastante sólido, ya que hasta el momento no se han realizado trabajos exploratorios amplios en el campo de la interpretación médica.

Nos gustaría subrayar que el propósito último de esta tesis doctoral es sentar las bases de trabajos de investigación futuros en el campo de la interpretación médica, ya que

se trata de un ámbito que ofrece un panorama muy amplio de investigación, ya que se han realizado muy pocos estudios hasta el momento. Consideramos que, dada la presencia creciente de las reuniones médicas, no sólo en España, sino en el panorama internacional, y la escasez de estudios sobre interpretación médica, estimamos que sería interesante seguir ahondando en el futuro en una corroboración empírica más rigurosa de los distintos parámetros que forman parte de la interpretación médica, como podrían ser:

- el nivel de comprensión, en la línea de la reflexión que hemos planteado en la segunda parte de la tesis: ¿debe el intérprete de reuniones médicas comprender perfectamente el discurso del orador para ofrecer una interpretación adecuada? O, por el contrario, ¿basta con que el intérprete conozca la terminología propia de la reunión y del discurso aunque no lo entienda perfectamente?
- el tipo de preparación (terminológica o conceptual) más conveniente para el intérprete de discursos médicos de cara a proporcionar una interpretación de calidad, en la línea de la reflexión planteada en el capítulo 3 de la primera parte y del nivel de comprensión: ¿es necesario entender todos los conceptos (preparación conceptual) para ofrecer una interpretación de calidad? ¿Bastaría, por el contrario, con el conocimiento profundo de la terminología?
- la definición, concepto y evaluación de la calidad aplicada a la interpretación médica y las diferencias que existen entre la interpretación en el ámbito médico y otros ámbitos en los que se practica la interpretación.
- el flujo de la información en la comunicación especializada médica y cómo condiciona e influye en la calidad de la interpretación y en el nivel de comprensión de los participantes. En esta línea, nuestro objetivo a medio plazo es realizar un estudio empírico para analizar si el nivel de comprensión del usuario varía cuando escucha la interpretación de cuando escucha directamente el discurso del orador; en otras palabras, un análisis contrastivo entre la variación del nivel de comprensión del usuario con y sin interpretación.

En definitiva, dadas las necesidades actuales de la convergencia europea, con el mapa de las nuevas titulaciones y los nuevos estudios oficiales de grado y posgrado,

consideramos que tal vez sería útil diseñar programas de postgrado en interpretación especializada médica en las Facultades de Traducción e Interpretación españolas con el objetivo de formar futuros intérpretes especializados que satisfagan las necesidades del mercado de la interpretación. En esta línea, la presente tesis doctoral podría constituir un punto de partida para la elaboración de tales programas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





## Referencias bibliográficas

---

- AA.VV** (eds.) (1988). *Problemas de la traducción*. Madrid: Fundación Alfonso X El Sabio.
- ABRIL, M.I. & ORTIZ, C.** (1998). “Formación de intérpretes de conferencias en el ámbito biosanitario inglés-español. La experiencia de la facultad de traducción e interpretación de Granada”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 287-297.
- ACOSTA, L. A.** (1988). “Transferencias lingüísticas: préstamos y calcos”. En *AA.VV.*: 51-57.
- ALCINA, A. & GAMERO, S.** (eds.) (2002). *La traducción científico-técnica y la terminología en la sociedad de la información*. Castellón: Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- ALEIXANDRE, R., PORCEL, A., AGULLÓ, A. & MARSET, S.** (1995a). “Vicios del lenguaje médico (I). Extranjerismos y acrónimos”. *Atención Primaria* 15 (2): 113-117.
- (1995b). “Vicios del lenguaje médico (II). Pleonasmos, solecismos, sinécdoques, deshumanización y otros problemas”. *Atención Primaria* 15 (3): 184-188.
- ALEXIEVA, B.** (1994). “Types of texts and intertextuality in simultaneous interpreting”. En M. SNELL-HORNBY, F. PÖCHHACKER & K. KAINDL (eds.): 179-187.
- (1997). “A typology of interpreter-mediated events”. *The Translator: studies in intercultural communication* 3 (2): 153-174.
- ALONSO BACIGALUPE, L.** (1999). “Visual contact in simultaneous interpretation: results of an experimental study”. En A. ÁLVAREZ LUGRÍS & A. FERNÁNDEZ OCAMPO (eds.): 123-137.
- ALTMAN, H.J.** (1984). “Documentation and the free-lance interpreter “. *The Incorporated Linguist* 23 (2): 82-85.
- (1990). “What helps effective communication? Some interpreter’s views”. *The Interpreter’s Newsletter* 3: 23-32.
- ÁLVAREZ LUGRÍS, A. & FERNÁNDEZ OCAMPO, A.** (eds.) (1999). *Anovar/ Anosar estudios de traducción e interpretación*. Vigo: Universidade de Vigo.
- ANDRES, D.** (2000). *Konsekutivdolmetschen und Notizen. Empirische Untersuchung mentaler Prozesse bei Anfängern in der Dolmetscherausbildung und professionellen Fdolmetschern*. University of Vienna.

- ARNTZ, R. & PICHT, H.** (1995). *Introducción a la terminología*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- ARRIMADAS SAAVEDRA, J.** (1988). “Préstamos, barbarismos y neologismos en la traducción científica y técnica”. En *AA.VV.*: 59-73.
- BALZANI, M.** (1990). “Le contact visuel en interprétation simultanée: résultats d’une expérience (Français-Italien)”. En L. GRAN & C. TAYLOR (eds.): 93-100.
- BARIK, H.C.** (1972). “Interpreters talk a lot, among other things”. *Babel* 18 (1): 3-10.
- BOVÉ, A., CERVERA, R. & GALOFRÉ, J.** (1989). “Prevalencia del latín en el lenguaje científico”. *Medicina Clínica* 93: 705-708.
- BOWEN, D. & BOWEN, M.** (eds.) (1990). *Interpreting – Yesterday, today and tomorrow*. Binghampton/Nueva York: SUNY.
- BRISLIN, R.** (ed) (1976). *Translation. Applications and Research*. New York : Gardner Press.
- BÜHLER, H.** (1985). “Conference interpreting – a multi-channel communication phenomenon”. *Meta* 30 (1): 49-54.
- BÜHLER, H.** (1986). “Linguistic (semantic) and extralinguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters. *Multilingua* 5 (4): 231-235.
- CABRÉ, T.** (1993). *La terminología. Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona : Antártida.
- (1999). *La terminología. Representación y comunicación*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada. Universitat Pompeu Fabra.
- (2002). ”Análisis textual y terminología, factores de activación de la competencia cognitiva en la traducción”. En A. ALCINA & S. GAMERO (eds.)
- CABRÉ, T., DOMÉNECH, M., MOREL, J. & RODRÍGUEZ, C.** (2001). “Las características del conocimiento especializado y la relación con el conocimiento general”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 173-186.
- CABRÉ, T. & FELIU, J.** (eds.) (2001). *La terminología científico-técnica : reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica* (DGES PB96-0293). Barcelona: IULA, Universitat Pompeu Fabra.
- CABRÉ, T. & ESTOPÀ, R.** (2002). “El conocimiento especializado y sus unidades de representación: diversidad cognitiva”. *Sendebars* 13: 141-153.
- CARTAGENA, N.** (1996). “Acerca de la estructura léxica de textos españoles especializados”. *Sendebars* 7: 97-109.

- CARTELLIERI, C.** (1983). “The inescapable dilemma. Quality and/or quantity in interpreting”. *Babel*, 29/4: 210.
- CASTEDO, J., SÁNCHEZ-GÓMEZ, L.M., RODRÍGUEZ-SAINZ, C. & RAMOS, L.** (1998). “Estándares científico-técnicos en las publicaciones relacionadas con las ciencias de la salud”. *Medicina Clínica* 40 (10): 687-692.
- CASTRO, M.R., PADILLA, F., GONZALVO, P. & BAJO, M.T.** (2004). “Evaluación del proceso de adquisición del conocimiento especializado: el caso de los intermediarios de la comunicación”. En *Actes de GLAT. La producción de textos especializados: estructura y enseñanza*, Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya: 353-370.
- CHARTIER, R. & CORSI P.** (1996) (dirs). *Sciences et langues en Europe. Actas del coloquio celebrado en París del 14 al 16 de noviembre de 1994*. París: Centre Alexandre Koyré.
- CHESTERMAN, A.** (1997). *Memes of Translation. The Spread of Ideas in Translation Theory*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- CLAVERÍA, G. & TORRUELLA, J.** (1993). “Formación de términos en los léxicos especializados de la lengua española”. En J.C. SAGER (ed.): 315-349 (Capítulo adicional en la edición española del libro).
- CODINA, L., DOMÈNECH, M., MARTÍ, J. & ROJO, A.** (2001). “Elementos a considerar en la representación del conocimiento de cara a la recuperación de información (el punto de vista cognitivo)”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.). 193-202.
- (2001). “Dificultades de representación del conocimiento especializado y propuesta teórica de traducción”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.) : 187-192.
- COLLADOS, A.** (1998). *La evaluación de la calidad en interpretación simultánea: la importancia de la comunicación no verbal*. Peligros, Granada: Comares.
- COLLADOS, A. & FERNÁNDEZ, M.M.** (coord.) (2001). *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Comares.
- (eds.) (2003). *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares.
- COLLADOS, A., DE M. JEREZ, J., FERNÁNDEZ, M., SÁNCHEZ-ADAM, C. & STÉVAUX, E.** (1998). “La interpretación de conferencias en el ámbito

- biosanitario: Análisis de la situación desde la universidad de Granada”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 299-323.
- CONGOST MAESTRE, N.** (1994). *Problemas de la Traducción Técnica: Los Textos Médicos en Inglés*. Alicante: Universidad.
- CORPAS, G.** (2004). “Localización de recursos y compilación de corpus via Internet: aplicaciones para la didáctica de la traducción médica especializada”. En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.): 223-257.
- DE MIGUEL, A.** (1985). *La perversión del lenguaje*. Madrid: Espasa Calpe S.A.
- DÉJEAN LE FÉAL, K.** (1990). “Some thoughts on the evaluation of simultaneous interpretation”. En D. BOWEN & M. BOWEN (eds.): 154-160.
- DOLLERUP, C. & LINDEGAARD, A.** (eds.) (1994). *Teaching translation and interpreting II. Training, Talent and Experience*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- DOLLERUP, C. & A. LODDEGAARD** (eds.) (1992). *Teaching translation and Interpreting: Training, Talent and Experience*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- DOLLERUP, C. & APPEL, V.** (eds.). *Teaching translation and interpreting 3. New horizons. Papers from the third language international conference*. Elsinore, Denmark/Amsterdam: John Benjamins.
- DORLAND’S Illustrated Medical Dictionary**, 28<sup>th</sup> ed (1994). Philadelphia: WB Saunders Co.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W.** (1969). “The repertoire of nonverbal behaviour: categories, origin, usage and coding”. *Semiótica*, 1. La Haya: Association Internationale de Sémiotique: 49-98.
- ESTEBAN CEREZO, J., NAVARRO COY, M. & KATHERINE BRADY, I.** (2001). “El inglés como requisito esencial en el ámbito de las ciencias de la salud”. *Medicina Clínica* 4 (1): 16-21.
- ESTOPA, R. & VALERO, A.** (2002). “Adquisición de conocimiento especializado y unidades de significación especializada en medicina”. *Panace@* 3 (9-10). Disponible en: <<http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea9-10>>.
- FABER, P. & TERCEDOR, M.I.** (2001). “Codifying conceptual information in descriptive terminology management”. *Meta* 46(1): 192-204.

- FEDOR DE DIEGO, A.** (2002). “Metacognición: ¿un nuevo campo de aplicación de la terminología?. En *Actas de la Cumbre “Terminología, interacción y diversidad”*. París: DTIL.
- FELDWEG, E.** (1990). “Should Conference Interpreters Specialize?” *ATA IV*. Nueva York: Alexandria VA: 161-167.
- FÉLIX FERNÁNDEZ, L. & ORTEGA ARJONILLA, E.** (eds.) (1998). *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares.
- FERAZ, L.** (1998). “Preparación del intérprete de conferencias para el campo de la medicina. Problemas concretos del sector sanitario”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 333-338.
- FINK, A.** (1995). *The Survey Kit*. Thousand Oaks: Sage.
- FISHBACH, H.** (1986). “Some anatomical and physiological aspects of medical translation”. *Meta* 31 (1): 16-21.
- (1993). “Translation, the great pollinator of science: a brief flashback on medical translation”. *Babel* 38 (4): 193-202.
- (1998). *Translation and medicine*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- FISHER, R.A. & YATES, F.** (1963). *Tablas estadísticas para investigadores*. Aguilar.
- GALLARDO, N., MAYORAL, R. & KELLY, D.** (1992). “Reflexiones sobre la traducción científico-técnica”. *Sendebarr* 3: 185-191.
- GALLI, C.** (1990). “Simultaneous Interpretation in Medical Conferences: a Case-Study”. En L. GRAN & C. TAYLOR (eds.): 61-81.
- GAMBIER, Y., GILE, D. & TAYLOR, C.** (eds.) (1997). *Conference interpreting: current trends in research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- GANCEDO, C.** (1994). “¿Tú bloteas o transfieres?”. *Boletín de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular* 114.
- GARCÍA YEBRA, V.** (1988). “Préstamo y calco en español y alemán. Su interés lingüístico y su tratamiento en la traducción”. En *AA.VV.*: 75-90.
- GARCÍA, A.** (1995). “Spanglish científico”. *Noticias Médicas* 3.567. Febrero.
- GARZONE, G.** (2002). “Quality and norms in interpretation”. En G. GARZONE & M. VIEZZI (eds.): 107-119.
- (2003). “Reliability of quality criteria evaluation in survey research”. En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 23-30.

- GARZONE, G. & VIEZZI, M.** (eds.) (2002). *Interpreting in the 21st century : Challenges and opportunities*. Amsterdam/Filadelfia : John Benjamins.
- GELPÍ, C. & CASTILLO, N.** (2001). “Las definiciones de conceptos especializados en diccionarios monolingües”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.) (2001) : 209-216.
- GERVER, D.** (1972). *Simultaneous interpretation and human information processing*. London, *Social Science Report*, HR 566/1.
- (1976). “Empirical Studies of Simultaneous Interpretation: a Review and a Model”. En R. BRISLIN (ed.): 165-207.
- GERVER, D. & SINAIKO, W.** (eds.) (1978). *Language, interpretation and communication*. Nueva York: Plenum Press.
- GILE, D.** (1983). “Aspects méthodologiques de l’Évaluation de la Qualité du Travail en Interprétation Simultanée”. *Meta* 28 (3): 236-243.
- (1984a). “Les Noms propres en Interprétation Simultanée”. *Multilingua* (3-2): 79-85.
- (1984b). “Des Difficultés de la Transmission informationnelle en Interprétation simultanée”. *Babel* 30 (1): 18-25.
- (1985). “Les Termes Techniques en Interprétation simultanée”. *Meta* 30 (3): 199-210.
- (1986a). “Le travail terminologique en interprétation de conférence”. *Multilingua* 5 (1): 31-36.
- (1986b). “La traduction médicale doit-elle être réservée aux seuls traducteurs-médecins? Quelques réflexions”. *Meta* 31 (1): 26-30.
- (1989). “Les flux d’information dans les réunions interlinguistiques et l’interprétation de conférence : premières observations”. *Meta* 34 (4): 649-660.
- (1990). “L’évaluation de la qualité de l’interprétation par les délégués: une étude de cas”. *The Interpreters’ Newsletter* 3: 66-71.
- (1991). “A communication-oriented analysis of quality in non-literary translation and interpretation”. En M.L. LARSON (ed.): 188-200.
- (1994). “Methodological aspects of interpretation and translation research”. *Target* 3 (2): 153-174.
- (1995a). *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

- (1995b). “Evolution de la recherche empirique sur l’interprétation de conférence”. *TTR*, 8 (1): 201-228.
- (1998). “Observational studies and experimental studies in the investigation of conference interpreting”. *Target* 10 (1): 69-93.
- (1999). “Doorstep interdisciplinarity in conference interpreting research”. En A. ÁLVAREZ LUGRÍS & A. FERNÁNDEZ OCAMPO (eds.): 41-52.
- (2003). “Quality assessment in conference interpreting: methodological issues”. En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 109-123.
- GILES, H. & ROBINSON, P.** (eds.) (1990). *Handbook of Language and Social Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- GOLD, D.** (1973). “On quality in interpretation”. *Babel* 19 (4): 154-155.
- (1976). “On quality in interpretation”. *Babel* 22 (3): 154-155.
- GONZÁLEZ PASCUAL, A.L.** (2001). “Defectos gramaticales y de estructuración literaria más frecuentes. Uso de términos incorrectos”. *Medicina Clínica* 35: 131-134.
- GONZALO GARCÍA, C.** (2004). “Fuentes de información en línea para la traducción especializada”. En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.): 275-307.
- GONZALO GARCÍA, C., GARCÍA YEBRA, V.** (eds.) (2004). *Manual de Documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid: Arco/Libros.
- GRAN, L. & DODDS, J.** (eds.) (1989). *The Theoretical and Practical Aspects of Teaching Conference Interpretation*. Udine (Italia): Campanotto Editore.
- GRAN, L. & DODDS, J.** (eds.) (1990). *Aspects of applied and experimental research on conference interpretation*. Udine (Italia): Campanotto Editore.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M.** (1996). “El lenguaje médico, un enfermo no imaginario”. *El Médico*, 15 de marzo: 54-60.
- (1997). “La influencia del inglés sobre nuestro lenguaje médico”. *Medicina Clínica* 108: 307-313.
- (1998). *La ciencia empieza en la palabra*. Barcelona: Península.
- HAMMOND, D.** (ed.) (1989). *Coming of age. Proceedings of the 30<sup>th</sup> Conference of the ATA*. Medford, N.J.: Learned Information Inc.
- HARTMANN, R.** (ed.) (1984). *LEX’eter’ 83: Proceedings of the International Conference on Lexicography*. Tübingen, Niemeyer.

- HATIM, B. & MASON, I.** (1990). *Discourse and the translator*. London-New York, Longman.
- HENDERSON, J.** (1982). "Some psychological aspects of simultaneous interpreting". *The Incorporated Linguist* 21 (4): 149-152.
- HERBERT, J.** (1952). *Manuel de l'interprète*. Genève: Georg.
- (1978). "How conference interpretation grew". *Language, Interpretation and Communication*. En D. GERVER & W. SINAIKO (eds.): 5-10.
- HERMANS, A.** (1995). "Sociologie des discours scientifiques. Quelques réflexions". *Meta* 40 (2): 224-228.
- HERMANS, T.** (1999). *Translation in Systems. Descriptive and Systemic Approaches Explained*. Manchester: St Jerome.
- HERNÁNDEZ, F.** (2000). "A vueltas con el lenguaje médico". *Medicina Clínica* 114 (20): 794.
- HERNÁNDEZ, H., BUSTABAD S. & TRUJILLO, E.** (1999). "Consideraciones sobre el lenguaje médico utilizado en las comunicaciones a congresos". *Medicina Clínica* 113: 663-665.
- HOBART-BURELA, M.** (1998). "El mundo profesional de la interpretación médica". En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 327-332.
- HOFFMAN, L.** (1979). "Towards a theory of LSP. Elements of a methodology of LSP analysis". *Fachsprache* 79 (1-2): 12-17.
- HOINKES, U.** (ed.). *Panorama der Lexikalischen Semantik*, Tübingen, Gunter Narr.
- HORGUELIN, P.** (ed.). *La traduction, une profession. Proceedings of the 8<sup>th</sup> World Congress of FIT*. Montréal.
- HUNG, E.** (2002). *Teaching translation and interpreting 4*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- JAMMAL, A.** (1990). "L'étude des langues des spécialités médicales: un scialytique sur un champ opératoire". *Meta* 35 (1): 50- 54.
- JIMÉNEZ, O.** (1998). "El intérprete de simultánea ante la terminología médica (inglés-español): Preparación y dificultades". En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 339-352.
- (2002). *La traducción técnica inglés-español. Didáctica y mundo profesional*. Granada: Comares.



- JONASSEN, D.H., BEISSNER, K., & YACCI, M.** (1993). *Structural knowledge: techniques for representing, conveying and acquiring structural knowledge*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- JOVANOVIC, M.** (ed.) (1990). *La traduction, profession créative. Actes du XIIe Congrès Mondial de la FIT*. Belgrado: Prevodilac.
- KAHANE, E.** (2001). “Algunas consideraciones sobre calidad en interpretación”. Disponible en: <www.aiic.net>.
- KALINA, S.** (2002). “Quality in interpreting and its prerequisites”. En G. GARZONE & M. VIEZZI (eds.): 121-130.
- KEISER, W.** (1984). *Der Beruf des Konferenzdolmetschers. Übersetzer und Dolmetscher. Universitäts Taschenbücher*. München: Francke-Verlag.
- KOCOUREK, R.** (1982). *La langue française de la technique et de la science*. Wiesbaden: Brandstetter.
- KOPCZYNSKI, A.** (1994). “Quality in conference interpreting: some pragmatic problems”. En M. SNELL-HORNBY, F. PÖCHHACKER & K. KAINDL (eds.): 189-198.
- KOTLER, P. & ARMSTRONG, G.** (1994). *Principles of marketing*, 6ª edición. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, Inc.
- KOURGANOFF, V.** (1980). “Quelques traquenards du thème scientifique anglais”. *Traduire* 103 (1).
- KULESZA, K.** (1989). “Some thoughts on various approaches to a definition of LSP”. *Unesco-Alsed-LSP Newsletter* 11 (2): 34-37.
- KUMAR, R.** (1999). *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. Londres: Sage.
- KURZ, I.** (1989). “Conference Interpreting: User Expectations”. *ATA – Proceedings of the 30<sup>th</sup> Annual Conference*. Medford/New Jersey: Learned Information Inc.: 143-148.
- (1990). “Conference interpreting: job satisfaction, occupational prestige and desirability”. En M. JOVANOVIC (ed.): 363-376.
- (1993). “Conference interpretation: expectations of different user groups”. *The Interpreters’ Newsletter* 5: 13-21.
- (2001). “Conference interpreting: quality in the ears of the user”. *Meta* 46 (2): 394-409.
- (2003). “Quality from the user perspective”. En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 3-22.

- LAMBERGER-FELBER, H.** (2003). "Performance variability among conference interpreters: examples from a case study". En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 147-168.
- LAMBERT, S., MOSER-MERCER, B.** (eds). (1994). *Bridging the gap: empirical research in simultaneous interpretation*. Amsterdam: John Benjamins.
- LARSON, M.L.** (ed.). (1991). *Translation : theory and practice, tension and independence*. ATA Scholarly monograph series 5. Binghamtom New York : SUNY.
- LÁZARO CARRETER, F.** (1987). *El dardo en la palabra*. Barcelona: Círculo de Lectores/Galaxia Gutemberg.
- LEBHAR POLITI, M.** (1989). "A propos du signal non verbal en interpretation simultanée". *The Interpreter's Newsletter* 2: 6-10.
- LEDERER, M.** (1981). *La traduction simultanée*. Paris: Minard.
- (1994). "Apprendre à préparer un sujet technique". En D. SELESKOVITCH & M. LEDERER: 229-241.
- LERAT, P.** (1997). *Las lenguas especializadas* [traducción de A. Ribas de *Les langues spécialisées* (1995)]. Barcelona: Ariel.
- LLORENS TEROL, J.** (1985). "Sobre la viciosa costumbre de abusar de los barbarismos". *Medicina Clínica* 84: 315-316.
- LOCHNER, R.K.** (1976). "Conference interpretation and the modern world". *Babel* 23 (3): 101-105.
- LONGLEY, P. E.** (1968). *Conference Interpreting*. London: Sir Isaac Pitman.
- LOOSE, P.** (1989). "Science and the Interpreter". En L. GRAN & J. DODDS (eds.): 241-243.
- LÓPEZ, J.M. & TERRADA, M.L.** (1990). *Introducción a la terminología médica*. Barcelona: Salvat Editores.
- LÓPEZ YEPES, J.** (coord.) (2002). *Manual de Ciencias de la Documentación*. Madrid: Pirámide.
- LORENZO, E.** (1988). "La voz pasiva en la traducción". En AA.VV: 107-117.
- LYNCH, C.** (1998). "On-line medical terminology resources". En H. FISCHBACH (ed.): 147-161.
- MAILLOT, J.** (1981). *La traduction scientifique et technique*. Paris: Eyrolles.

- MANCA, P.** (2001). *La specializzazione dell'interprete di conferenza in campo medico. Esigenze di mercato e iniziative di formazione*. Proyecto de fin de carrera. Universidad de Trieste.
- MACK, G. & CATTARUZZA, L.** (1995). "User surveys in SI: a means of learning about quality and/or raising some reasonable doubts". En J. TOMMOLA (ed.): 37-49.
- MACKINTOSH, J.** (1995). "A review of conference interpretation: practice and training". *Target* 7 (1): 110-133.
- MARRONE, S.** (1993). "Quality: a shared objective". *The Interpreters' Newsletter* 5: 35-41.
- MARTIN, A.** (2002). "La interpretación en el ámbito científico-técnico". En A. ALCINA & S. GAMERO (eds.): 107-122.
- MARTIN, A. & ABRIL, M.I.** (2002). "Didáctica de la interpretación: algunas consideraciones sobre la evaluación". *Puentes* 1: 81-94.
- MARTIN, A. & JIMÉNEZ, O.** (1998). "The influence of external factors in the interpretation of biomedical discourse". En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 353-363.
- MARTIN, A. & PADILLA, P.** (1989). "Preparing Students for Scientific and Technical Conferences". En L. GRAN & J. DODDS (eds.): 245-247.
- MARTIN-MINGORANCE, L.** (1984). "Lexical Fields and Stepwise Lexical Decomposition in a Contrastive English-Spanish Verb Valency Dictionary". En R. HARTMANN (ed.): 226-236.
- (1990). "Functionnal Grammar and Lexematics". En J. TOMASZCZYK & B. LEWANDOWSKA- TOMASZCZYK (eds): 227-253.
- (1995). "Lexical Logic and Structural Semantics : Methodological Underpinnings in the Structuring of a Lexical Database for Natural Language Processing". En U. HOINKES (ed): 461-474.
- MARTÍNEZ ODRIOZOLA, P.** (1999). "Abuso de las siglas en el lenguaje médico: ¿PCR o RCP?". *Medicina Clínica* 58 (640): 375 – 376.
- MAYORAL, R.** (1992). "Los falsos amigos en la traducción de textos". *V Congreso de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos "La Farmacia del ayer, la Farmacia de hoy y la Farmacia del futuro"*. Alicante: 149-155.
- MCMORROW, L.** (1988). "Breaking the Greco-Roman mold in medical writing: the many languages of 20th century medicine". En H. FISCHBACH (ed.): 13-28.

- MEAK, L.** (1990). “Interprétation simultanée et Congrès médical: Attentes et Commentaires”. *The Interpreters’ Newsletter* 3 : 8-13.
- MEL’CUK, I.** (1996). “Lexical functions: a tool for the description of lexical relations in the lexicon”. En L. WANNER (ed.): 37-71.
- MERLO VEGA, J.A.** (2004). “Uso de la documentación en el proceso de traducción especializada”. En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.): 309-336.
- MEYER, P.** (1975). “The English language: a problem for the non-anglo-saxon scientist”. *British Medical Journal* 2: 553-554.
- MONTERO RUIZ, E.** (1998). “La comunicación oral en medicina”. *Medicina Clínica* 111 : 503-507.
- MOSER, P.** (1995). *Simultanes Konferenzdolmetschen. Anforderungen und Erwartungen der Benutzer. Endbericht im Auftrag von AIIC*. Vienna: SRZ Stadt und Regionalforschung GmbH.
- (1996). “Expectations of users of conference interpretation”. *Interpreting* 1 (2): 145-178.
- MOSER-MERCER, B.** (1992). “Terminology Documentation in Conference Interpretation”. *Terminologie et traduction* 2 (3): 285-303.
- NAVARRO, F.A.** (1997). *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- (1998). “Problemas de género gramatical en medicina”. *Medicina Clínica* 110: 68-75.
- (2002). “La traducción médica ante el siglo XXI: tres retos para el lenguaje científico en español”. Disponible en: <<http://www.el-castellano.com/fnavarro.html>>.
- (2004). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- NAVARRO, F. A. & BARNES, J.** (1996). “Traducción de títulos al inglés en Medicina Clínica: calidad e influencia del castellano”. *Medicina Clínica* 106 (8): 298-303.
- NAVARRO, F.A. & HERNÁNDEZ, F.** (1992). “Palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 99: 575-580.
- (1994). “Nuevo listado de palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 102: 142-149.

- (1995). “Tercer listado de palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 105: 504-514.
- NEKRASSOFF, V.** (1977). “Translation, the Lifeblood of Medical Progress”. En P. HORGUELIN (ed.): 105-113.
- NG BEE CHIN** (1992). “End-users’ subjective reaction to the performance of student interpreters”. *The Interpreter’s Newsletter, Special Issue 1*: 42-51.
- NILSKI, T.** (1969). *Conference Interpretation in Canada*. Ottawa: Queen’s Printer for Canada.
- NÚÑEZ LADEVÉZE** (1993). *Teoría y práctica de la construcción del texto*. Barcelona: Paraninfo.
- O’NEILL, M.** (1988). “Who makes a better medical translator: the medically knowledgeable linguist or the linguistically knowledgeable medical professional? A physician’s perspective”. En H. FISCHBACH (ed.): 69-80.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A.** (1990). “Algunos barbarismos del lenguaje médico”. *Medicina Clínica* 94: 381-383.
- (1992). “Lenguaje médico 1992”. *Medicina Clínica* 99 (15): 781-783.
- (1996). “Sobre la utilización abusiva del verbo hacer”. *Medicina Clínica* 87: 782.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. & GARCÍA GIRÓN, C.** (1988). “Diversos aspectos del lenguaje médico (los modismos al uso)”. *Medicina Clínica* 90: 419-421.
- (1989). “Las metáforas médicas”. *Medicina Clínica* 93: 374-375.
- PADILLA, P.** (1998). “Consideraciones previas para la formación de intérpretes de conferencias en el ámbito biosanitario inglés/español”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 277-285.
- PANETH, E.** (1962). “The interpreter’s task and training”. *The Incorporated Linguist* 1 (4): 102-109.
- PATTERSON, M.** (1990). “Functions of nonverbal behavior in social interaction”. En H. GILES & P. ROBINSON (eds): 101-120.
- PICHT, H. & DRASKAU, J.** (1985). *Terminology: an introduction*. Surrey: Universidad.
- PICKEN, C.** (ed.) (1993). *Translation –the vital link. XIII. FIT World Congress, Proceedings*. Brighton: Institute of Translation and Interpreting.
- PILEGAARD, M.** (1997). “Translation of medical research articles”. En A. TROSBORG (ed.): 159-184.

- PÖCHHACKER, F.** (1992). "The role of theory in simultaneous interpreting". En C. DOLLERUP & A. LODDEGAARD (eds.): 211-220.
- (1994). "Quality assurance in simultaneous interpreting". En C. DOLLERUP & A. LINDEGAARD (eds.): 234-242.
- (1995). *Apuntes del curso Interpretation theory and research*. Universidad de Verano, Almuñécar.
- (2002). "Researching interpreting quality". En G. GARZONE & M. VIEZZI (eds.): 95-106.
- POYATOS, F.** (1997a). "The reality of multichannel verbal-nonverbal communication in simultaneous and consecutive interpretation". En F. POYATOS (ed.): 249-282.
- POYATOS, F.** (ed.) (1997b). *Non-verbal communication and translation. New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- PRADAS, M.** (2003). "Análisis de la fluidez como parámetro de calidad en interpretación". En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 97-106.
- PULIDO SAN ROMÁN, A.** (1987). *Estadística y técnicas de investigación social*. Madrid: Pirámide.
- QUICHERON, J.B.** (1984). "Mieux interpréter aux congrès techniques, un défi inaccessible?". *Lebende Sprachen* 1: 5-7.
- (1990). "Mieux se préparer pour mieux interpréter lors de congrès et réunions scientifiques". En M. JOVANOVIC (ed.): 377-385.
- RECODER, M.J. & CID, P.** (2004). "La documentación en la traducción especializada". En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.).
- REEVES-ELLINGTON, B.** (1998). "The pragmatics of medical translation: a strategy for cooperative advantage". En H. FISCHBACH (ed.): 105-115.
- RICCARDI, A.** (2002). "Evaluation in interpretation". En E. HUNG (ed.): 115-126.
- (2003). "The relevance of interpreting strategies for defining quality in interpreting". En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 257-265.
- ROMER, T.** (1985). "Le métier d'interprète d'hier à demain". *Meta* 30 (1): 101-105.
- ROULEAU, M.** (1993a). "Des traquenards de la version médicale. I. Action, effect, potency et effectiveness". *Meta* 38: 268-274.

- (1993b). “La voix passive dans les textes médicaux et para-médicaux”. *Meta* 38: 440-448.
- SAGER, J. C.** (1993). *Curso práctico sobre el procesamiento de la terminología*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Rupérez.
- SAGER, J.C., DUNGWORTH, D. & MCDONALD, P.** (1980). *English Special Languages*. Wiesbaden: Brandstetter.
- SALEVSKY, H.** (1982). “Theoretical problems of the classification of types of translation”. *Fremdsprachen* 2: 80-86.
- SANS QUINTERO, M.I.** (1990). “La información del inglés como vehículo de comunicación e información científica y su enseñanza en las ciencias de la salud”. *Revista Clínica Española* 187 (1): 49-52.
- SANTOYO, J.C.** (1987). “Los calcos como forma de traducción”. En *AA.VV* (1988): 91-97.
- SCHJOLDAGER, A.** (1996). “Assessment of simultaneous interpreting”. En C. DOLLERUP & V. APPEL (eds.): 187-195.
- SCHLESINGER, M.** (1989). *Simultaneous interpretation as a factor in effecting shifts in the position of texts on the oral-literate continuum*. Unpublished MA Thesis. Tel Aviv University.
- SCHLESINGER, M., DÉJEAN LE FÉAL, K., KURZ, I., MACK, G., CATTARUZZA, L., NILSSON, A.L., NISKA, H., PÖCHHACKER, F. & VIEZZI, M.** (1997). “Quality in simultaneous interpreting”. En Y. GAMBIER, D. GILE & C. TAYLOR (eds.): 123-132.
- SCHWEDA NICHOLSON, N.** (1989a). “A United Nations interpreter survey: the specialist/generalist controversy I”. *Multilingua* 5 (2): 67-80.
- (1989b). “An interpreter survey: the specialist/generalist controversy II”. *The Interpreter’s Newsletter* 2: 38-45.
- (1994). “Documentation and text preparation for simultaneous interpretation”. En *ATA – Proceedings of the 30<sup>th</sup> Annual Conference*. Medford, New Jersey: Learned Information Inc.
- SEGURA, J.** (1988). “Some thoughts on the Spanish language in medicine”. En H. FISCHBACH (ed.): 37-48.
- SELESKOVITCH, D.** (1968). *L’interprète dans les conférences internationales*. Paris, Minard.

- (1986). “Who should assess an interpreter’s performance?”. *Multilingua* 5 (4): 236.
- SELESKOVITCH, D. & LEDERER, M.** (1986). *Interpréter pour traduire*. Paris: Publications de la Sorbonne.
- SLIOSBERG, A.** (1971). “Quelques considerations sur la traduction médicale et pharmaceutique”. *Babel* 17 (1): 21.
- SNELL-HORNBY, M.** (1992). “The professional translator of tomorrow: language specialist or all-round expert?” En C. DOLLERUP & A. LODDEGAARD (eds.): 9-22.
- SNELL-HORNBY, M., PÖCHHACKER, F. & KAINDL, K.** (eds.) (1994). *Translation studies: an interdisciplinary*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- SOURNIA, J.C.** (1986). “Les dictionnaires médicaux vus par un médecin”. *Meta* 31 (1): 7-10.
- STENZL, C.** (1983). *Simultaneous interpretation. Groundwork towards a comprehensive model*. Dissertation. University of London.
- SUZUKI, A.** (1988). “Aptitudes of translators and interpreters”. *Meta* 33 (1): 108-114.
- TAYLOR, C.** (1990). “Coherence and world knowledge”. En L. GRAN & C. TAYLOR (eds): 21-27.
- TEBBLE, H.** (1999). “The tenor of consultant physicians: implications for medical interpreting”. *The translator: studies in intercultural communication* 5 (2): 179-200.
- TEBÉ, C.** (2001). “Elementos para la representación de los conceptos especializados en bases y bancos de datos”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.) : 203-208.
- THIÉRY, C.** (1990). ”The sense of situation in conference interpreting”. En D. BOWEN & M. BOWEN (eds.): 40-43.
- TOMASZCZYK, J. & LEWANDOWSKA- TOMASZCZYK, B** (eds). *Meaning and Lexicography*, Amsterdam/ Filadelfia: John Benjamins.
- TOMMOLA, J.** (ed.) (1983). *Topics in interpreting research*. Turku: University of Turku, Centre for Translation and interpreting.
- TORRES, I.** (2002). “Las fuentes de información: metodología del repertorio bibliográfico”. En J. LÓPEZ YEPES (coord.): 317-336.
- TOURY G.** (1995). *Descriptive Translation Studies and Beyond*. Amsterdam/Filadelphia: John Benjamins.



- TROSBORG, A.** (1997). *Text typology and translation*. Amsterdam/Filadelphia. John Benjamins.
- VAN HOOFF, H.** (1986). “Les Eponymes médicaux: Essai de Classification”. *Meta* 31 (1) : 59-84.
- (1998a). “Portrait de la traduction médicale. Ses difficultés, ses exigences, son enseignement”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA: 3-26.
- (1999). *Manual práctico de traducción médica. Diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares.
- VANHECKE, K.** (1998). “La formación y situación profesional del intérprete en el ámbito biosanitario”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 375-388.
- VAN SLYPE, G, GUINET, J.F., SEITZ, F. & BENEJAM, E.** (1983). *Better translation for better communication*. Oxford: Pergamon Press.
- VARANTOLA, K.** (1986). “Special language and general language: linguistic and didactic aspects”. *UNESCO-ALSED-LSP Newsletter* 9 (2): 33-52.
- VEGA, M.A. & MARTÍN GAITERO, R.** (1997). *La palabra vertida. Investigaciones en torno a la traducción*. Madrid, Editorial Complutense.
- VIAGGIO, S.** (1992). “Translators and Interpreters: Professionals or Shoemakers?” En C. DOLLERUP & A. LODDEGARD (eds.): 307-312.
- (1997). “Kinesics and the simultaneous interpreter. The advantages of listening with one’s eyes and speaking with one’s body”. En F. POYATOS (ed.): 283-293.
- VIEZZI, M.** (1993). “Considerations on interpretation quality assessment”. En C. PICKEN (ed.): 389-397.
- VILLALTA, J. & LLORENS, J.A.** (1985). “A propósito de las incorrecciones gramaticales en las publicaciones médicas españolas”. *Medicina Clínica* 85: 253-254.
- VILLAZÓN PIDAL, B.** (1997) (sin publicar). *Contenidos visuales en interpretación simultánea*. Proyecto Fin de Carrera. Departamento de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada.
- VUORIKOSKI, A.R.** (1993). “Simultaneous Interpretation – user experience and expectations. En C. PICKEN (ed.): 317-327.
- WANNER, L.** (ed.). *Recent trends in meaning-text theory*. Amsterdam/Filadelfia, John Benjamins.

- WATSON, H.** (1982). "Conference Interpreting". *The Incorporated Linguist* 21 (4): 139-141.
- WEALE, E.** (1997). "From Babel to Brussels. Conference interpreting or the art of the impossible". En F. POYATOS (ed.): 295-312.
- WILLIAMS, I.A.** (1997). "Presentational types structures in medical reports". En M.A. VEGA & R. MARTÍN GAITERO (eds.): 491-500.
- WRIGHT, S.E., & BUDIN, G.** (eds.). *Handbook of terminology management*. Amsterdam/Filadelfia, John Benjamins.
- ZAFIO, M.N.** (1996). "L'adjectif technique: au-delà de la polysémie, l'histoire de l'évolution d'une attitude". *Traduction, Terminologie, Rédaction* 9 (2): 193-212.
- ZURDO RUIZ-AYUCAR, M.I.T.** (1988). "Algunas consideraciones sobre el préstamo". En AA.VV.: 99-106.



## BIBLIOGRAFÍA TEMÁTICA



### BIBLIOGRAFÍA TEMÁTICA<sup>6</sup>

#### □ EL CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO

- CABRÉ, T., DOMÉNECH, M., MOREL, J. & RODRÍGUEZ, C.** (2001). “Las características del conocimiento especializado y la relación con el conocimiento general”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 173-186.
- CABRÉ, T. & FELIU, J.** (ed.) (2001). *La terminología científico-técnica : reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica* (DGES PB96-0293). Barcelona: IULA, Universitat Pompeu Fabra.
- CABRÉ, T. & ESTOPÀ, R.** (2002). “El conocimiento especializado y sus unidades de representación : diversidad cognitiva”. *Sendebarr* 13: 141-153.
- CASTRO, M.R., PADILLA, F., GONZALVO, P. & BAJO, M.T.** (2004). “Evaluación del proceso de adquisición del conocimiento especializado: el caso de los intermediarios de la comunicación”. En *Actes de GLAT. La producció de textos especialitzats: estructura y ensenyanza*. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya: 353-370.
- CODINA, L., DOMÉNECH, M., MARTÍ, J. & ROJO, A.** (2001). “Elementos a considerar en la representación del conocimiento de cara a la recuperación de información (el punto de vista cognitivo)”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 193-202.
- (2001). “Dificultades de representación del conocimiento especializado y propuesta teórica de traducción”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 187-192.
- FABER, P. & TERCEDOR, M.I.** (2001). “Codifying conceptual information in descriptive terminology management”. *Meta* 46 (1): 192-204.
- GELPÍ, C. & CASTILLO, N.** (2001). “Las definiciones de conceptos especializados en diccionarios monolingües”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 209-216.
- HARTMANN, R.** (ed.) (1984). *LEX'eter' 83: Proceedings of the International Conference on Lexicography*. Tübingen, Niemeyer.

---

<sup>6</sup> En la bibliografía temática se incluye todo el material consultado independientemente de si ha sido citado o no en la tesis.

- HOINKES, U.** (ed.). *Panorama der Lexikalischen Semantik*. Tübingen, Gunter Narr.
- MARTIN-MINGORANCE, L.** (1984). “Lexical Fields and Stepwise Lexical Decomposition in a Contrastive English-Spanish Verb Valency Dictionary”. En R. HARTMANN (ed.): 226-236.
- (1990). “Functionnal Grammar and Lexematics”. En J. TOMASZCZYK & B. LEWANDOWSKA- TOMASZCZYK (eds): 227-253.
- (1995). “Lexical Logic and Structural Semantics : Methodological Underpinnings in the Structuring of a Lexical Database for Natural Language Processing”. En U. HOINKES (ed.): 461-474.
- MEL’CUK, I.** (1996). “Lexical functions: a tool for the description of lexical relations in the lexicon”. En L. WANNER (ed.): 37-71.
- TEBÉ, C.** (2001). “Elementos para la representación de los conceptos especializados en bases y bancos de datos”. En T. CABRÉ & J. FELIU (eds.): 203-208.
- TOMASZCZYK, J. & LEWANDOWSKA- TOMASZCZYK, B** (eds). *Meaning and Lexicography*. Amsterdam/ Filadelfia: John Benjamins.
- WANNER, L.** (ed.). *Recent trends in meaning-text theory*. Amsterdam/Filadelfia : John Benjamins.

#### □ LOS LENGUAJES ESPECIALIZADOS

- AA.VV.** (1964). *Presente y futuro de la lengua española II*. Madrid: Ofines.
- ARNTZ, R.** (1992). “La enseñanza de la terminología y su integración en la formación de traductores”. En N. GALLARDO & D. SÁNCHEZ (eds.): 108-122.
- ARNTZ, R. & PICHT, H.** (1995). *Introducción a la terminología*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- BLOOMFIELD, L.** (1939). “Linguistic aspects of science”. *International Encyclopaedia of Unified Science* 1 (4): 1-59.
- BUNGARTEN, T.** (ed.) (1986). *Wissenschaftssprache und Gesellschaft*. Akademion, Hamburg.
- CABRÉ, T.** (1993). *La terminología. Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona: Antártida.
- (1999). *La terminología. Representación y comunicación*. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra: Institut Universitari de Lingüística Aplicada.

- CALONGE, J.** (1995). “El lenguaje científico y técnico”. En M. SECO & G. SALVADOR (eds.): 175-186.
- CARTAGENA, N.** (1996). “Acerca de la estructura léxica de textos españoles especializados”. *Sendebar* 7: 97-109.
- CLAVERÍA, G. & TORRUELLA, J.** (1993). “Formación de términos en los léxicos especializados de la lengua española”. En J.C. SAGER (ed.): 315-349 (Capítulo adicional en la edición española del libro).
- CHABÁS, J., CASES, M. & GASER, R.** (eds.). *Proceedings of the 1st International Conference on Specialized Translation*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- FELBER, H. & PICHT, H.** (1984). *Métodos de terminografía y principios de investigación terminológica*. Madrid: Instituto Miguel de Cervantes/CSIC.
- GALÁN RODRÍGUEZ, C. & MONTERO MELCHOR, J.** (2002). *El discurso tecnocientífico: la caja de herramientas del lenguaje*. Madrid: Arco Libros.
- GALLARDO, N. & SÁNCHEZ, D.** (eds.). (1992). *La enseñanza de la terminología. Actas del I Coloquio Iberoamericano sobre la Enseñanza de la Terminología*. Granada: Universidad.
- GILI GAYA, S.** (1964). “El lenguaje de la ciencia y la técnica”. En *AA.VV.*: 269-276.
- GÖPFERICH, S.** (1995). “A pragmatic classification of LSP texts in science and technology”. *Target* 7 (2): 305-326.
- HOFFMAN, L.** (1979). “Towards a theory of LSP. Elements of a methodology of LSP analysis”. *Fachsprache* 79 (1-2): 12-17.
- KOCOUREK, R.** (1982). *La langue française de la technique et de la science*. Wiesbaden: Brandstetter.
- KULESZA, K.** (1989). “Some thoughts on various approaches to a definition of LSP”. *Unesco-Alsed-LSP Newsletter* 11 (2): 34-37.
- LERAT, P.** (1997). *Las lenguas especializadas* [traducción de A. Ribas de *Les langues spécialisées* (1995)]. Barcelona: Ariel.
- MAILLOT, J.** (1981). *La traduction scientifique et technique*. Paris: Eyrolles.
- OSTER, U.** (2001). “La biunivocidad de los términos y la traducción técnica”. En J. CHABÁS, M. CASES & R. GASER (eds.): 90-93.
- PICHT, H. & DRASKAU, J.** (1985). *Terminology: an introduction*. Surrey: Universidad.
- POPPER, K.** (1967). *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones*. Buenos Aires: Paidós.

- RODRÍGUEZ DÍEZ, B.** (1979). “Lo específico de los lenguajes científico-técnicos”. *Archivum* 27-28: 485-521.
- SAGER, J.C.** (1986). “Jargon and hermeticism in special languages”. En T. BUNGARTEN (ed.): 163-179.
- (1993). *Curso práctico sobre el procesamiento de la terminología*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Rupérez.
- SAGER, J.C., DUNGWORTH, D. & MCDONALD, P.** (1980). *English Special Languages*. Wiesbaden: Brandstetter.
- SECO, M. & SALVADOR, G.** (coords.) (1995). *La lengua española hoy*. Madrid: Fundación Juan March.
- VARANTOLA, K.** (1986). “Special language and general language: linguistic and didactic aspects”. *UNESCO-ALSED-LSP Newsletter* 9 (2): 33-52.
- ZAFIO, M.N.** (1996). “L’adjectif technique: au-delà de la polysémie, l’histoire de l’évolution d’une attitude”. *Traduction, Terminologie, Rédaction* 9 (2): 193-212.

#### □ EL LENGUAJE MÉDICO

- AA.VV** (eds.) (1988). *Problemas de la traducción*. Madrid: Fundación Alfonso X El Sabio.
- ACOSTA, L. A.** (1988). “Transferencias lingüísticas: préstamos y calcos”. En *AA.VV.*: 51-57.
- ALEIXANDRE, R., PORCEL, A., AGULLÓ, A. & MARSET, S.** (1995a). “Vicios del lenguaje médico (I). Extranjerismos y acrónimos”. *Atención Primaria* 15 (2): 113-117.
- (1995b). “Vicios del lenguaje médico (II). Pleonasmos, solecismos, sinécdoques, deshumanización y otros problemas”. *Atención Primaria* 15 (3): 184-188.
- AMMON, U.** (ed.) (2001). *The dominance of English as a language of Science. Effects on other languages and language communities*. Berlin/Nueva York: Mouton de Gruyter.
- ARRIMADAS SAAVEDRA, J.** (1988). “Préstamos, barbarismos y neologismos en la traducción científica y técnica”. En *AA.VV.*: 59-73.
- BAKER, M.** (1988). “Subtechnical vocabulary and the ESP teacher: an analysis of some rhetorical items in medical journal articles”. *Reading in a foreign language* 4 (2): 91-105.
- BOVÉ, A., CERVERA, R. & GALOFRÉ, J.** (1989). “Prevalencia del latín en el lenguaje científico”. *Medicina Clínica* 93: 705-708.

- CASTEDO, J., SÁNCHEZ-GÓMEZ, L.M., RODRÍGUEZ-SAINZ, C. & RAMOS, L.** (1998). “Estándares científico-técnicos en las publicaciones relacionadas con las ciencias de la salud”. *Medicina Clínica* 40 (10): 687-692.
- CHABNER, D.** (1996). *The Language of Medicine*, Fifth Edition. Philadelphia: WB Saunders Co.
- CONGOST MAESTRE, N.** (1993). *Visión pragmática de la traducción al español del lenguaje médico*. Alicante, Secretariado de Publicaciones de la Universidad.
- (1994). *Problemas de la Traducción Técnica: Los Textos Médicos en Inglés*. Alicante: Universidad.
- DORLAND’S Illustrated Medical Dictionary**, 28<sup>th</sup> ed (1994). Philadelphia: WB Saunders Co.
- ESTEBAN CEREZO, J., NAVARRO COY, M. & KATHERINE BRADY, I.** (2001). “El inglés como requisito esencial en el ámbito de las ciencias de la salud”. *Medicina Clínica* 4 (1): 16-21.
- FISHBACH, H.** (1986). “Some anatomical and physiological aspects of medical translation”. *Meta* 31 (1): 16-21.
- (1993). “Translation, the great pollinator of science: a brief flashback on medical translation”. *Babel* 38 (4): 193-202.
- (1998). *Translation and medicine*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- GANCEDO, C.** (1994). “¿Tú bloteas o transfieres?”. *Boletín de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular* 114.
- GARCÍA, A.** (1995). “Spanglish científico”. *Noticias Médicas* 3.567. Febrero, 1995.
- GONZÁLEZ PASCUAL, A.L.** (2001). “Defectos gramaticales y de estructuración literaria más frecuentes. Uso de términos incorrectos”. *Medicina Clínica* 35: 131-134.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M.** (1996). “El lenguaje médico, un enfermo no imaginario”. *El Médico*, 15 de marzo.
- (1997). “La influencia del inglés sobre nuestro lenguaje médico”. *Medicina Clínica* 108: 307-313.
- (1998). *La ciencia empieza en la palabra*. Barcelona: Península.
- (2003). *Aproximaciones al lenguaje de la ciencia*. Burgos: Fundación Instituto de la Lengua Castellana y Leonés.



- (2005). *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- HERMANS, A.** (1995). “Sociologie des discours scientifiques. Quelques réflexions”. *Meta* 40 (2): 224-228.
- HERNÁNDEZ, F.** (2000). “A vueltas con el lenguaje médico”. *Medicina Clínica* 114 (20): 794.
- HERNÁNDEZ, H., BUSTABAD S. & TRUJILLO, E.** (1999). “Consideraciones sobre el lenguaje médico utilizado en las comunicaciones a congresos”. *Medicina Clínica* 113: 663-665.
- JAMMAL, A.** (1990). “L’étude des langues des spécialités médicales: un scialytique sur un champ opératoire”. *Meta* 35 (1): 50- 54.
- KOURGANOFF, V.** (1980). “Quelques traquenards du thème scientifique anglais”. *Traduire* 103, junio, I.
- LLORENS TEROL, J.** (1985). “Sobre la viciosa costumbre de abusar de los barbarismos”. *Medicina Clínica* 84: 315-316.
- LÓPEZ, J.M. & TERRADA, M.L.** (1990). *Introducción a la terminología médica*. Barcelona: Salvat Editores.
- MARTÍNEZ ODRIOZOLA, P.** (1999). “Abuso de las siglas en el lenguaje médico: ¿PCR o RCP?”. *Medicina Clínica* 58 (640): 375 – 376.
- MAYORAL, R.** (1992). “Los falsos amigos en la traducción de textos”. *V Congreso de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos “La Farmacia del ayer, la Farmacia de hoy y la Farmacia del futuro”*. Alicante, 1992.
- MCMORROW, L.** (1988). “Breaking the Greco-Roman mold in medical writing: the many languages of 20th century medicine”. En H. FISCHBACH (1998). *Translation and medicine*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- MEYER, P.** (1975). “The English language: a problem for the non-anglo-saxon scientist”. *British Medical Journal* 2: 553-554.
- MONTERO RUIZ, E.** (1998). “La comunicación oral en medicina”. *Medicina Clínica* 111 : 503-507.
- NAVARRO, F.A.** (1997). *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- (1998). “Problemas de género gramatical en medicina”. *Medicina Clínica* 110: 68-75.

- (2002). “La traducción médica ante el siglo XXI: tres retos para el lenguaje científico en español”. En <<http://www.el-castellano.com/fnavarro.html>>.
- (2004). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- NAVARRO, F. A. & BARNES, J.** (1996). “Traducción de títulos al inglés en Medicina Clínica: calidad e influencia del castellano”. *Medicina Clínica*, 106(8): 298-303.
- NAVARRO, F.A. & HERNÁNDEZ, F.** (1992). “Palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 99: 575-580.
- (1994). “Nuevo listado de palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 102: 142-149.
- (1995). “Tercer listado de palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica* 105: 504-514.
- NWOGU, K.** (1991). “Structure of science popularization: a genre-analysis approach to the schema of popularised medical texts”. *English for Specific Purposes* 10: 111-123.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A.** (1990). “Algunos barbarismos del lenguaje médico”. *Medicina Clínica* 94: 381-383.
- (1992). “Lenguaje médico 1992”. *Medicina Clínica* 99 (15).
- (1996). “Sobre la utilización abusiva del verbo hacer”. *Medicina Clínica* 87: 782.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. & GARCÍA GIRÓN, C.** (1988). “Diversos aspectos del lenguaje médico (los modismos al uso)”. *Medicina Clínica* 90: 419-421.
- (1989). “Las metáforas médicas”. *Medicina Clínica* 93: 374-375.
- PILEGAARD, M.** (1997). “Translation of medical research articles”. En A. TROSBORG (ed.): 159-184.
- PUERTA LÓPEZ-CÓZAR, J.L. & MAURI MAS, A.** (1995). *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*.
- REEVES-ELLINGTON, B.** (1998). “The pragmatics of medical translation: a strategy for cooperative advantage”. En H. FISCHBACH (ed.): 105-115.
- ROULEAU, M.** (1993a). “Des traquenards de la versión médicale. I. Action, effect, potency et effectiveness”. *Meta* 38: 268-274.
- (1993b). “La voix passive dans les textes médicaux et para-médicaux”. *Meta* 38: 440-448.

- (1994). *La traduction médicale. Une approche méthodique*. Montreal: Linguattech.
- SANS QUINTERO, M.I.** (1990). “La información del inglés como vehículo de comunicación e información científica y su enseñanza en las ciencias de la salud”. *Revista Clínica Española* 187 (1).
- SEGURA, J.** (1988). “Some thoughts on the Spanish language in medicine”. En H. FISCHBACH: 37-48.
- SLIOSBERG, A.** (1971). “Quelques considerations sur la traduction médicale et pharmaceutique”. *Babel* 17 (1): 21.
- TEBBLE, H.** (1999). “The tenor of consultant physicians: implications for medical interpreting”. *The translator: studies in intercultural communication* 5 (2): 179-200.
- VAN HOOFF, H.** (1986). “Les Eponymes médicaux: Essai de Classification”. *Meta*, 31 (1).
- (1998). “Portrait de la traduction médicale. Ses difficultés, ses exigences, son enseignement”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 3-26.
- (1999). *Manual práctico de traducción médica. Diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares.
- VILLALTA, J. & LLORENS, J.A.** (1985). “A propósito de las incorrecciones gramaticales en las publicaciones médicas españolas”. *Medicina Clínica* 85: 253-254.
- WILLIAMS, I.A.** (1997). “Presentational types structures in medical reports”. En M.A. VEGA & R. MARTÍN GAITERO (eds.): 491-500.

#### □ LOS EVENTOS MULTILINGÜES

- GILE, D.** (1989). “Les flux d’information dans les réunions interlinguistiques et l’interprétation de conférence : premières observations “. *Meta* 34 (4) : 649-660.
- PÖCHHACKER, F.** (1995). *Apuntes del curso Interpretation theory and research*. Universidad de Verano, Almuñécar.

#### □ EL CONGRESO COMO HIPERTEXTO

- ALEXIEVA, B.** (1994) “Types of texts and intertextuality in simultaneous interpreting”. En M. SNELL-HORNBY, F. PÖCHHACKER & K. KAINDL (eds.): 179-187.

- (1997). “A typology of interpreter-mediated events”. *The Translator: studies in intercultural communication* 3 (2): 153-174.
- ALONSO BACIGALUPE, L.** (1999). “Visual contact in simultaneous interpretation: results of an experimental study”. En A. ÁLVAREZ LUGRÍS & A. FERNÁNDEZ OCAMPO (eds.): 123-137.
- BALZANI, M.** (1990). “Le contact visuel en interprétation simultanée: résultats d’une expérience (Français-Italien). En L. GRAN & C. TAYLOR (eds.): 93-100.
- BÜHLER, H.** (1985). “Conference interpreting – a multi-channel communication phenomenon”. *Meta* 30 (1): 49-54.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W.** (1969). “The repertoire of nonverbal behaviour: categories, origin, usage and coding”. *Semiótica*, 1. La Haya: Association Internationale de Sémiotique: 49-98.
- LEBHAR POLITI, M.** (1989). “A propos du signal non verbal en interprétation simultanée”. *The Interpreter’s Newsletter* 2: 6-10.
- PATTERSON, M.** (1990). “Functions of nonverbal behavior in social interaction”. En H. GILES & P. ROBINSON (eds): 101-120.
- PÖCHHACKER, F.** (1992). “The role of theory in simultaneous interpreting”. En C. DOLLERUP & A. LODDEGAARD (eds.): 211-220.
- POYATOS, F.** (1997a). “The reality of multichannel verbal-nonverbal communication in simultaneous and consecutive interpretation”. En F. POYATOS (ed.): 249-282.
- SALEVSKY, H.** (1982). “Theoretical problems of the classification of types of translation”. *Fremdsprachen* 2: 80-86.
- THIÉRY, C.** (1990). “The sense of situation in conference interpreting”. En D. BOWEN & M. BOWEN (eds.): 40-43.
- 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.): 283-293.
- VILLAZÓN PIDAL, B.** (1997). *Contenidos visuales en interpretación simultánea*. Proyecto Fin de Carrera. Departamento de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada.
- WEALE, E.** (1997). “From Babel to Brussels. Conference interpreting of the art of the impossible”. En F. POYATOS (ed.): 295-312.

□ **LOS CONGRESOS DE MEDICINA**

**MARTIN, A. & JIMÉNEZ, O.** (1998). “The influence of external factors in the interpretation of biomedical discourse”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 353-363.

**MARTIN, A.** (2002). “La interpretación en el ámbito científico-técnico”. En A. ALCINA & S.GAMERO (eds.): 107-122.

□ **INTERPRETACIÓN Y MEDICINA**

**ABRIL, M<sup>a</sup> I. & ORTIZ, C.** (1998). “Formación de intérpretes de conferencias en el ámbito biosanitario inglés-español. La experiencia de la facultad de traducción e interpretación de Granada”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 287-297.

**COLLADOS, A., DE M. JEREZ, J., FERNÁNDEZ, M., SÁNCHEZ-ADAM, C. & STÉVAUX, E.** (1998). “La interpretación de conferencias en el ámbito biosanitario: Análisis de la situación desde la universidad de Granada”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 299-323.

**FÉLIX FERNÁNDEZ, L. & ORTEGA ARJONILLA, E.** (eds.) (1998). *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares.

**FERAZ, L.** (1998). “Preparación del intérprete de conferencias para el campo de la medicina. Problemas concretos del sector sanitario”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 333-338.

**HOBART-BURELA, M.** (1998). “El mundo profesional de la interpretación médica”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 327-332.

**JIMÉNEZ, O.** (1998). “El intérprete de simultánea ante la terminología médica (inglés-español): Preparación y dificultades”. En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 339-352.

**LOOSE, P.** (1989). “Science and the Interpreter”. En L. GRAN & J. DODDS.

**MARTIN, A.** (2002). “La interpretación en el ámbito científico-técnico”. En A. ALCINA & S. GAMERO (eds.): 107-122.

**NEKRASSOFF, V.** (1977). "Translation, the Lifeblood of Medical Progress". En P. HORGUELIN (ed.): 105-113.

**PADILLA, P.** (1998). "Consideraciones previas para la formación de intérpretes de conferencias en el ámbito biosanitario inglés/español". En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 277-285.

**VANHECKE, K.** (1998). "La formación y situación profesional del intérprete en el ámbito biosanitario". En L. FÉLIX FERNÁNDEZ & E. ORTEGA ARJONILLA (eds.): 375-388.

#### □ LA DICOTOMÍA GENERALISTA / ESPECIALISTA

**FELDWEG, E.** (1990). "Should Conference Interpreters Specialize?". *ATA IV*: 161-167.

**GILE, D.** (1986b). "La traduction médicale doit-elle être réservée aux seuls traducteurs-médecins? Quelques réflexions". *Meta* 31 (1) : 26-30.

**KURZ, I.** (1988). "Conference interpreters – Can they afford not to be generalists?" En D. HAMMOND (ed.): 423-428.

**NEKRASSOFF, V.** (1977). "Translation, the lifeblood of medical progress". En P. HORGUELIN (ed.): 105-113.

**O'NEILL, M.** (1988). "Who makes a better medical translator: the medically knowledgeable linguist or the linguistically knowledgeable medical professional? A physician's perspective". En H. FISCHBACH (ed.): 69-80.

**SCHWEDA NICHOLSON, N.** (1989a). "A United Nations interpreter survey: the specialist/generalist controversy I". *Multilingua* 5 (2): 67-80.

— (1989b). "An interpreter survey: the specialist/generalist controversy II". *The Interpreter's Newsletter* 2: 38-45.

**SNELL-HORNBY, M.** (1992). "The professional translator of tomorrow: language specialist or all-round expert?" En C. DOLLERUP & A. LODDEGAARD (eds.): 9-22.

**VIAGGIO, S.** (1992). "Translators and Interpreters: Professionals or Shoemakers?". En C. DOLLERUP & A. LODDEGAARD (eds.): 307-312.

## □ LA PREPARACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL INTÉRPRETE

- ALTMAN, H.J.** (1984). "Documentation and the free-lance interpreter". *The Incorporated Linguist* 23 (2): 82-85.
- CORPAS, G.** (2004). "Localización de recursos y compilación de corpus via Internet: aplicaciones para la didáctica de la traducción médica especializada". En GONZALO GARCÍA, C., GARCÍA YEBRA, V. (eds.): 223-257.
- GILE, D.** (1985). "Les Termes Techniques en Interprétation simultanée". *Meta* 30 (3) : 199-210.
- (1986a). "Le travail terminologique en interprétation de conférence". *Multilingua* 5-1: 31-36.
- GONZALO GARCÍA, C.** (2004). "Fuentes de información en línea para la traducción especializada". En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.): 275-307.
- GONZALO GARCÍA, C. & GARCÍA YEBRA, V.** (eds.) (2004). *Manual de Documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid: Arco/Libros.
- LEDERER, M.** (1994). "Apprendre à préparer un sujet technique". En D. SELESKOVITCH: 229-241.
- LÓPEZ YEPES, J.** (coord.) (2002). *Manual de Ciencias de la Documentación*. Madrid: Pirámide.
- LYNCH, C.** (1998). "On-line medical terminology resources". En H. FISCHBACH: 147-161.
- MARTIN, A. & PADILLA, P.** (1989). "Preparing Students for Scientific and Technical Conferences". En L. GRAN & J. DODDS (eds.): 245-247.
- MERLO VEGA, J.A.** (2004). "Uso de la documentación en el proceso de traducción especializada". En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.): 309-336.
- MOSER-MERCER, B.** (1992). "Terminology Documentation in Conference Interpretation". *Terminologie et traduction* 2 (3): 285-303.
- PARERAS, L.** (1997). *Internet y Medicina*. Barcelona: Masson.
- QUICHERON, J.B.** (1984). "Mieux interpréter aux congrès techniques, un défi inaccessible?". *Lebende Sprachen* 1: 5-7.

- (1990). “Mieux se préparer pour mieux interpréter lors de congrès et réunions scientifiques”. En M. JOVANOVIĆ (ed.): 377-385.
- RECORDER, M.J. & CID, P.** (2004). “La documentación en la traducción especializada”. En C. GONZALO GARCÍA & V. GARCÍA YEBRA (eds.) (2004).
- SCHWEDA-NICHOLSON, N.** (1994). “Documentation and text preparation for simultaneous interpretation”. En *ATA – Proceedings of the 30<sup>th</sup> Annual Conference*. Medford, New Jersey: Learned Information Inc.
- SOURNIA, J.C.** (1986). “Les dictionnaires médicaux vus par un médecin”. *Meta* 31 (1): 7-10.
- TORRES, I.** (2002). “Las fuentes de información: metodología del repertorio bibliográfico”. En J. LÓPEZ YEPES (coord.): 317-336.

#### □ LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN

- ANDRES, D.** (2000). *Konsequenzdolmetschen und Notizen. Empirische Untersuchung mentaler Prozesse bei Anfängern in der Dolmetscherausbildung und professionellen Fdolmetschern*. University of Vienna.
- BÜHLER, H.** (1986). “Linguistic (semantic) and extralinguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters. *Multilingua* 5 (4): 231-235.
- COLLADOS, A.** (1998). *La evaluación de la calidad en interpretación simultánea: la importancia de la comunicación no verbal*. Peligros, Granada: Comares.
- COLLADOS, A. & FERNÁNDEZ, M.M.** (eds.) (2003). *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares.
- DÉJEAN LE FÉAL, K.** (1990). “Some thoughts on the evaluation of simultaneous interpretation”. En D. BOWEN & M. BOWEN: 154-160.
- GARZONE, G.** (2002). “Quality and norms in interpretation”. En GARZONE, G., VIEZZI, M. (eds.): 107-119.
- (2003). “Reliability of quality criteria evaluation in survey research”. En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 23-30.
- GILE, D.** (1983). “Aspects méthodologiques de l'évaluation de la qualité du travail en interprétation simultanée”, *Meta* 28 (3) : 236-243.



- 
- (1990). "L'évaluation de la qualité de l'interprétation par les délégués: une étude de cas". *The Interpreters' Newsletter* 3 : 66-71.
- (1991). "A communication-oriented analysis of quality in non-literary translation and interpretation". En M.L. LARSON (ed.): 188-200.
- GOLD, D.** (1973). "On quality in interpretation". *Babel* 19 (4): 154-155.
- (1976). "On quality in interpretation". *Babel* 22 (3).
- KAHANE, E.** (2001). "Algunas consideraciones sobre calidad en interpretación". En <www.aiic.net>.
- KALINA, S.** (2000). "Quality in interpreting and its prerequisites". En G. GARZONE & M. VIEZZI (eds.): 121-130.
- KOPCZYNSKI, A.** (1994). "Quality in conference interpreting: some pragmatic problems". En M. SNELL-HORNBY, F. PÖCHHACKER & K. KAINDL (eds.): 189-198.
- KURZ, I.** (1990). "Conference interpreting: job satisfaction, occupational prestige and desirability". En M. JOVANOVIĆ (ed.): 363-376.
- (1993). "Conference interpretation: expectations of different user groups". *The Interpreters' Newsletter* 5: 13-21.
- (2001). "Conference interpreting: quality in the ears of the user". *Meta* 46 (2): 394-409.
- MACK, G. & CATTARUZZA, L.** (1995). "User surveys in SI: a means of learning about quality and/or raising some reasonable doubts". En J. TOMMOLA (ed.): 37-49.
- MACKINTOSH, J.** (1994). "User expectation survey. Interim Report". *AIIC Bulletin* XXII (2): 13-17.
- (1995). "A review of conference interpretation: practice and training". *Target* 7 (1): 110-133.
- MARRONE, S.** (1993). "Quality: a shared objective". *The Interpreters' Newsletter* 5: 35-41.
- MARTIN, A. & ABRIL, M.I.** (2002). "Didáctica de la interpretación: algunas consideraciones sobre la evaluación". *Puentes* 1: 81-94.
- MOSER, P.** (1995). *Simultanes Konferenzdolmetschen. Anforderungen und Erwartungen der Benutzer. Endbericht im Auftrag von AIIC*. Vienna, SRZ Stadt und Regionalforschung GmbH.

- (1996). “Expectations of users of conference interpretation”. *Interpreting* 1 (2): 145-178.
- NG BEE CHIN** (1992). “End-users’ subjective reaction to the performance of student interpreters”. *The Interpreter’s Newsletter*, Special Issue 1: 42-51.
- (1994). “Quality assurance in simultaneous interpreting”. En C. DOLLERUP & A. LINDEGAARD (eds.): 234-242.
- PÖCHHACKER, F.** (2002). “Researching interpreting quality”. En G. GARZONE & M. VIEZZI (eds.): 95-106.
- RICCARDI, A.** (2002). “Evaluation in interpretation”. En E. HUNG (ed.): 115-126.
- (2003). “The relevance of interpreting strategies for defining quality in interpreting”. En A. COLLADOS & M.M. FERNÁNDEZ (eds.): 257-265.
- SCHJOLDAGER, A.** (1996). “Assessment of simultaneous interpreting”. En C. DOLLERUP & V. APPEL (eds.): 187-195.
- SCHLESINGER, M., DÉJEAN LE FÉAL, K., KURZ, I., MACK, G., CATTARUZZA, L., NILSSON, A.L., NISKA, H., PÖCHHACKER, F. & VIEZZ, M.** (1997). “Quality in simultaneous interpreting”. En Y. GAMBIER, D. GILE, D & C. TAYLOR (eds.): 123-132.
- SELESKOVITCH, D.** (1986). “Who should assess an interpreter’s performance?”. *Multilingua* 5 (4): 236.
- VIEZZI, M.** (1993). “Considerations on interpretation quality assessment”. En C. PICKEN (ed.): 389-397.
- VUORIKOSKI, A.R.** (1993). “Simultaneous Interpretation – user experience and expectations. En C. PICKEN (ed.): 317-327.

□ **LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**

- GALLI, C.** (1990). “Simultaneous Interpretation in Medical Conferences: a Case-Study”. En L. GRAN & C. TAYLOR (eds.): 61-81.
- KURZ, I.** (1989). “Conference Interpreting: User Expectations”. En *ATA – Proceedings of the 30<sup>th</sup> Annual Conference*. Medford, New Jersey: Learned Information Inc.: 143-148.

**MEAK, L.** (1990). “Interprétation simultanée et Congrès médical: Attentes et Commentaires”. *The Interpreters’ Newsletter* 3 : 8-13.

□ **REALIZACIÓN DE ENCUESTAS**

**FINK, A.** (1995). *The Survey Kit*. Thousand Oaks: Sage.

**KUMAR, R.** (1999). *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. Londres: Sage.

**PULIDO SAN ROMÁN, A.** (1987). *Estadística y técnicas de investigación social*. Madrid: Pirámide.

□ **TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN**

**AA.VV** (eds.) (1988). *Problemas de la traducción*. Madrid: Fundación Alfonso X El Sabio.

**ALCINA, A. & GAMERO, S.** (eds.). *La traducción científico-técnica y la terminología en la sociedad de la información*. Castellón: Publicaciones de la Universidad Jaume I.

**ÁLVAREZ LUGRÍS, A. & FERNÁNDEZ OCAMPO, A.** (eds.). *Anovar/Anosar estudios de traducción e interpretación*. Vigo: Universidade de Vigo.

**BOWEN, D. & M. BOWEN** (eds.) (1990). *Interpreting – Yesterday, today and tomorrow*. Binghampton, Nueva York: SUNY.

**COLLADOS, A. & M.M. FERNÁNDEZ** (coord.) (2001). *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Comares.

— (eds.) (2003). *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares.

**CONGOST MAESTRE, N.** (1994). *Problemas de la traducción técnica: los textos médicos en inglés*. Alicante: Universidad.

**DOLLERUP, C. & A. LINDEGAARD** (eds.) (1994). *Teaching translation and interpreting II. Insights, aims, visions*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

**DOLLERUP, C. & A. LODDEGAARD** (eds.) (1992). *Teaching translation and Interpreting: Training, talent and experience*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

**DOLLERUP, C. & APPEL, V.** (eds.). *Teaching translation and interpreting 3. New horizons. Papers from the third language international conference*. Elsinore, Denmark. Amsterdam: John Benjamins.

- FÉLIX FERNÁNDEZ, L. & ORTEGA ARJONILLA, E.** (eds.) (1998). *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares.
- FISHBACH, H.** (1998). *Translation and medicine*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- GAMBIER, Y., GILE, D. & TAYLOR, C.** (eds.) (1997). *Conference interpreting: current trends in research*. Amsterdam y Philadelphia: John Benjamins.
- GARZONE, G., VIEZZI, M.** (eds.) (2002). *Interpreting in the 21st century: Challenges and opportunities*. Amsterdam/Filadelfia : John Benjamins.
- GERVER, D.** (1972). *Simultaneous interpretation and human information processing*. London, Social Science Report, HR 566/1.
- GERVER, D. & W. SINAIKO** (eds.) (1978). *Language, interpretation and communication*. Nueva York: Plenum Press.
- GRAN, L. & DODDS, J.** (eds) (1989). *The Theoretical and Practical Aspects of Teaching Conference Interpretation*. Udine (Italia): Campanotto Editore.
- GRAN, L. & DODDS, J.** (eds) (1990). *Aspects of applied and experimental research on conference interpretation*. Udine (Italia): Campanotto Editore.
- HAMMOND, D.** (ed.) (1989). *Coming of age. Proceedings of the 30<sup>th</sup> Conference of the ATA*. Medford, N.J.: Learned Information Inc.
- HATIM, B. & MASON, I.** (1990). *Discourse and the translator*. London/New York, Longman.
- HERBERT, J.** (1952). *Manuel de l'interprète*. Genève: Georg.
- HORGUELIN, P.** (1977) (ed.). *La traduction, une profession. Proceedings of the 8<sup>th</sup> World Congress of FIT*. Montréal.
- JIMÉNEZ, O.** (2002). *La traducción técnica inglés-español. Didáctica y mundo profesional*. Granada: Comares.
- JOVANOVIC, M.** (ed.) (1990). *La traduction, profession créative: actes du XIIe Congrès mondial de la FIT*. Belgrado.
- KURZ, I. & BOWEN, M.** (eds.) (1999). *History of interpreting. Interpreting*, Special issue 4(1): 67-80.
- LAMBERT, S. & MOSER-MERCER, B.** (eds). (1994). *Bridging the gap: empirical research in simultaneous interpretation*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- LEDERER, M.** (1981). *La traduction simultanée*. Paris: Minard.
- LONGLEY, P. E.** (1968). *Conference Interpreting*. London: Sir Isaac Pitman.

- MACKINTOSH, J.** (1999). "Interpreters are made not born". En I. KURZ & M. BOWEN (eds.). *History of interpreting, Interpreting*, Special issue 4(1): 67-80.
- MANCA, P.** (2001). *La specializzazione dell'interprete di conferenza in campo medico. Esigenze di mercato e iniziative di formazione*. Proyecto de fin de carrera. Universidad de Trieste.
- NAVARRO, F.A.** (1997). *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- NILSKI, T.** (1969). *Conference Interpretation in Canada*. Ottawa: Queen's Printer for Canada.
- PICKEN, C.** (ed.) (1993). *Translation –the vital link. XIII. FIT World Congress, Proceedings*. Brighton: Institute of Translation and Interpreting.
- POYATOS, F.** (ed.) (1997b). *Non-verbal communication and translation. New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- SCHLESINGER, M.** (1989). *Simultaneous interpretation as a factor in effecting shifts in the position of texts on the oral-literate continuum*. Unpublished MA Thesis. Tel Aviv University.
- SELESKOVITCH, D.** (1968). *L'interprète dans les conférences internationales*. Paris: Minard.
- SNELL-HORNBY, M., PÖCHHACKER, F. & KAINDL, K.** (eds.) (1994). *Translation studies: an interdisciplinary*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- TOMMOLA, J.** (ed.) (1983). *Topics in interpreting research*. Turku: University of Turku, Centre for Translation and interpreting.
- TROSBORG, A.** *Text typology and translation*. Amsterdam-Philadelphia. John Benjamins.
- VAN HOOFF, H.** (1999). *Manual práctico de traducción médica. Diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares.
- VEGA, M.A. & MARTÍN GAITERO, R.** (1997). *La palabra vertida. Investigaciones en torno a la traducción*. Madrid: Editorial Complutense.

*œ*

## APÉNDICES

*œ*

## APÉNDICE 1

**LA INTERPRETACIÓN EN REUNIONES DE MEDICINA:  
CUESTIONARIO DIRIGIDO A INTÉRPRETES PROFESIONALES**

*(Se ruega leer detenidamente en cada pregunta todas las opciones de respuesta antes de contestar)*

**PRIMER BLOQUE: DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

1. Sexo:	Mujer	Hombre				
2. Edad:	20-30	31-45	46-60	más de 61		
3. ¿Qué estudios ha cursado?	Traducción e interpretación		Otros: ...			
4. ¿Cuántos años lleva ejerciendo como intérprete?	menos de 5	5-10	11-20	más de 20		
5. ¿Cuál es la modalidad de interpretación practicada principalmente? <i>(marcar las dos más practicadas con un 1 para la mayoritaria y un 2 para la siguiente)</i>	Simultánea	Consecutiva	Bilateral	Social	Otras: ...	
6. ¿Está afiliado/a a alguna asociación profesional?	No	AICE	AIIC	ASI	ATA	Otras: ...
7. ¿Cuáles son sus lenguas de trabajo?	<b><u>A (lengua materna)</u></b>					
	Español	Inglés	Francés	Alemán	Italiano	Otras: ...
	<b><u>B (1ª lengua extranjera)</u></b>					
	Español	Inglés	Francés	Alemán	Italiano	Otras: ...
	<b><u>C (2ª lengua extranjera)</u></b>					
	Español	Inglés	Francés	Alemán	Italiano	Otras: ...
8. ¿Se ha especializado en algún campo determinado?	Sí	No				
Si la respuesta es afirmativa ¿En cuál o cuáles? ...						
9. ¿Qué otras actividades profesionales ejerce?						

**SEGUNDO BLOQUE: DATOS RELATIVOS AL CONTEXTO DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**

<p>10. ¿Cuáles cree que son los eventos multilingües médicos en los que se recurre con más frecuencia a la interpretación? <i>(en caso de haber varias opciones, ordenarlas por orden de frecuencia; 1 = opción más frecuente; 2 = segunda opción más frecuente; etc.)</i></p> <p>Macrocongresos</p> <p>Seminarios o cursos</p> <p>Presentaciones de productos</p> <p>Reuniones de trabajo</p> <p>Negociaciones o sesiones de trabajo</p> <p>Conferencias de prensa</p> <p>Conferencias de personalidades invitadas</p> <p>Cenas oficiales</p> <p>Otros: ...</p>
<p>11. ¿Cuáles cree que son las modalidades de interpretación más frecuentes en los eventos médicos multilingües? <i>(en caso de haber varias opciones, ordenarlas por orden de frecuencia; 1 = opción más frecuente; 2 = segunda opción más frecuente; etc.)</i></p> <p>Simultánea                  Bilateral</p> <p>Consecutiva                  Otras: ...</p>
<p>12. ¿Cuál es la combinación lingüística más frecuente en las reuniones de medicina?</p>
<p>13. Entre los eventos médicos que ha interpretado, ¿hay algún tema/s que se repita/n con frecuencia?</p> <p>Sí      No</p> <p>En caso afirmativo, indique cuál/es: ...</p>
<p>14. ¿Con qué frecuencia interpreta en reuniones de medicina?</p> <p>Muy frecuentemente      Frecuentemente      De vez en cuando      Pocas veces</p>
<p>15. ¿En qué zona/s geográfica/s interpreta con más frecuencia reuniones de medicina? <i>(en caso de haber varias opciones, ordenarlas por orden de frecuencia; 1 = opción más frecuente; 2 = segunda</i></p>



<p><i>opción más frecuente; etc.)</i></p> <p>Madrid</p> <p>Otras provincias españolas (<i>definir cuáles</i>): ...</p> <p>Ciudades europeas (<i>definir cuáles</i>): ...</p> <p>Ciudades no europeas (<i>definir cuáles</i>): ...</p>	
<p>16. ¿Cree que son frecuentes en España las reuniones médicas multilingües que <b>NO</b> recurren a la interpretación?</p> <p>Sí    No    NS/NC</p>	
<p>17. ¿Se suelen emplear apoyos audiovisuales en las reuniones de medicina?</p> <p>Sí    No</p> <p>En caso de utilizarse, ¿qué tipo de apoyos? (<i>se admiten varias opciones</i>)</p> <p>Diapositivas    Transparencias    Vídeos    Power-Point</p> <p>Otros (<i>definir cuáles</i>):</p>	
<p>18. En su opinión,</p> <p><b><u>una buena visibilidad de los ponentes</u></b> es:</p> <p>Imprescindible    Muy importante    Importante    Poco importante</p> <p>Nada importante</p> <p><b><u>una buena visibilidad de los participantes y de la sala</u></b> es:</p> <p>Imprescindible    Muy importante    Importante    Poco importante</p> <p>Nada importante</p>	
<p>19. ¿Qué tipo de participantes suelen asistir con más frecuencia a las reuniones de medicina? (<i>marcar un máximo de 3, ordenándolos por frecuencia de asistencia; 1 = opción más frecuente; 3 = opción menos frecuente</i>)</p> <p>Profesores de medicina    Estudiantes de medicina</p> <p>Médicos del sector público    Médicos del sector privado</p> <p>Investigadores    Otros (<i>definir cuáles</i>):</p>	

**TERCER BLOQUE: DATOS RELATIVOS A LA PREPARACIÓN DE REUNIONES DE MEDICINA**

<p>20. ¿Está siempre dispuesto/a a aceptar un encargo de interpretación en una reunión de medicina?</p> <p>Sí      No      Depende</p> <p>Si ha respondido <i>no / depende</i>, matice la respuesta:</p>
<p>21. Para realizar una interpretación de calidad, ¿qué nivel de especialización cree que debe tener el intérprete para trabajar en el campo de la medicina?</p> <p>Muy alto      Alto      Medio      Bajo      Ninguno</p>
<p>22. ¿Cree que un médico está mejor preparado que un intérprete para interpretar en el ámbito de la medicina?</p> <p>Siempre      Casi siempre      A menudo      A veces      Casi nunca      Nunca</p> <p>Un médico se encuentra en la misma situación que un intérprete</p>
<p>23. ¿Ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina?</p> <p>Sí      No</p> <p>¿Los considera indispensables?</p> <p>Sí      No</p> <p>Depende de la frecuencia con que se interprete en congresos de medicina</p> <p>Depende de la especialización que se quiera adquirir</p>
<p>24. ¿Cree que una buena documentación y preparación puede suplir la desigualdad de conocimientos entre el intérprete y el médico?</p> <p>Siempre      Casi siempre      A menudo      A veces      Casi nunca      Nunca</p>
<p>25. ¿Cuándo y dónde suele llevar a cabo la preparación? (<i>se admiten varias opciones</i>)</p> <p>En casa      En el congreso, justo antes de que empiece</p> <p>En cabina      Sesiones de <i>briefing</i>      Otros (<i>definir cuáles</i>):</p>
<p>26. ¿Qué tipo de preparación suele realizar más a menudo?</p> <p>Terminológica      Conceptual</p>

27. ¿Qué tipo de preparación considera más oportuna cuando existen graves limitaciones de tiempo? Terminológica      Conceptual
28. ¿Cree que se puede realizar una buena interpretación con una preparación terminológica y sin una preparación conceptual? Sí      No      A veces      Depende del tema
29. ¿Cree que se puede realizar una buena interpretación con una preparación conceptual y sin una preparación terminológica? Sí      No      A veces      Depende del tema
30. ¿Qué tipo de material consulta en cabina? <i>(se admiten varias opciones)</i> Diccionarios      Manuales      Glosarios      Fichas con términos clave Otros <i>(definir cuáles):</i>
31. ¿Qué tipo de fuente de información considera más útil y eficaz en cabina? <i>(se admiten varias opciones)</i> Diccionarios      Manuales      Glosarios      Fichas con términos clave Otros <i>(definir cuáles):</i>
32. Internet, como fuente de información, es: Imprescindible      Muy importante      Importante      Poco importante Nada importante
33. En su opinión, a la hora de interpretar en reuniones médicas, un buen conocimiento de: <b><u>la terminología médica</u></b> es: Imprescindible      Muy importante      Importante      Poco importante Nada importante <b><u>la fraseología médica</u></b> es: Imprescindible      Muy importante      Importante      Poco importante Nada importante <b><u>el estilo médico</u></b> es: Imprescindible      Muy importante      Importante      Poco importante

<p>Nada importante</p> <p><b><u>los procedimientos de formación y creación de términos médicos</u></b> es:</p> <p>Imprescindible    Muy importante    Importante    Poco importante</p> <p>Nada importante</p> <p><b><u>la lengua inglesa</u></b> es:</p> <p>Imprescindible    Muy importante    Importante    Poco importante</p> <p>Nada importante</p>
<p>34. ¿Echa en falta algún elemento de información que podría mejorar la preparación?</p> <p>Sí    No</p> <p>En caso afirmativo, definir cuáles:</p>
<p>35. ¿Suelen ayudar los <b>ponentes</b> a los intérpretes en las reuniones de medicina?</p> <p>Siempre    Casi siempre    A menudo    A veces    Casi nunca    Nunca</p>
<p>36. ¿Suelen ayudar los <b>participantes</b> a los intérpretes en las reuniones de medicina?</p> <p>Siempre    Casi siempre    A menudo    A veces    Casi nunca    Nunca</p>

**CUARTO BLOQUE: DATOS RELATIVOS A LA COMUNICACIÓN EN LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**

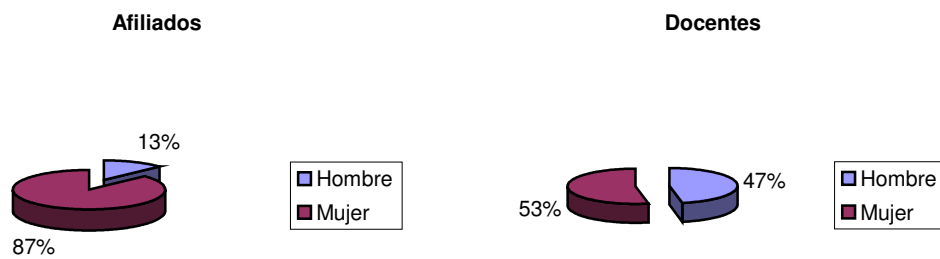
37. ¿Cree que los <b>oradores</b> son reticentes hacia un intérprete no especialista en medicina?
Siempre    Casi siempre    A menudo    A veces    Casi nunca    Nunca
38. ¿Cree que los <b>participantes</b> son reticentes hacia un intérprete no especialista en medicina?
Siempre    Casi siempre    A menudo    A veces    Casi nunca    Nunca
39. ¿Cree que hace falta comprender perfectamente el discurso del orador para realizar una buena interpretación?
Siempre    Casi siempre    A menudo    A veces    Casi nunca    Nunca
40. Aparte de la información verbal que recibe, ¿qué otros apoyos informativos le ayudan a la comprensión del discurso? <i>(se admiten varias opciones)</i>
Apoyos visuales
Lenguaje no verbal de los ponentes
Lenguaje no verbal de los participantes
Otros <i>(definir cuáles)</i> :
41. ¿Cuáles de los siguientes parámetros valoran más los participantes? <i>(marcar los 5 más valorados, numerándolos según su importancia para los participantes; 1 = parámetro más valorado; 5 = parámetro menos valorado)</i>
Consistencia de sentido con el mensaje original
Cohesión del mensaje recibido
Transmisión completa del contenido
Uso gramatical correcto
Estilo adecuado
Utilización de la terminología adecuada
Acento nativo
Fluidez
Voz agradable
Entonación

APÉNDICE 2

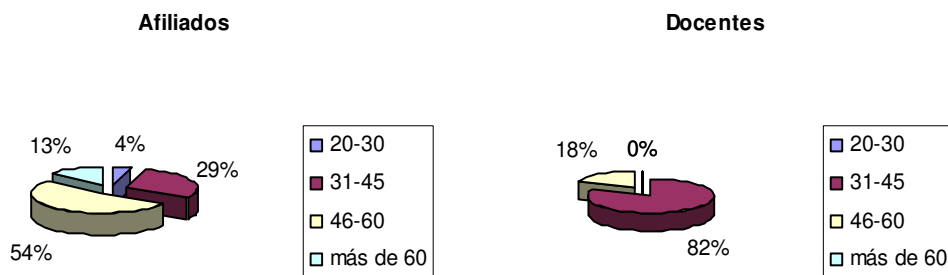
GRÁFICOS CORRESPONDIENTES AL ANÁLISIS CONTRASTIVO ENTRE  
INTÉRPRETES AFILIADOS E INTÉRPRETES DOCENTES

*PRIMER BLOQUE. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES*

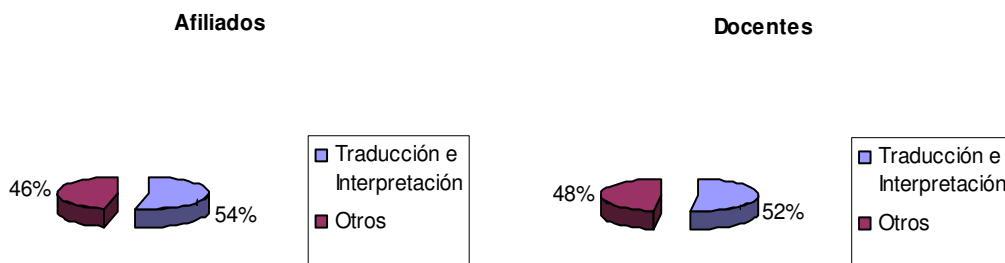
1. Sexo



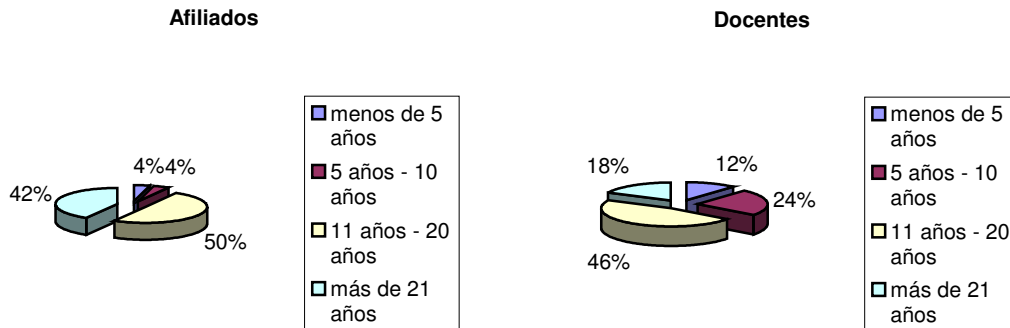
2. Edad



3. Estudios cursados



4. ¿Cuántos años lleva ejerciendo como intérprete?

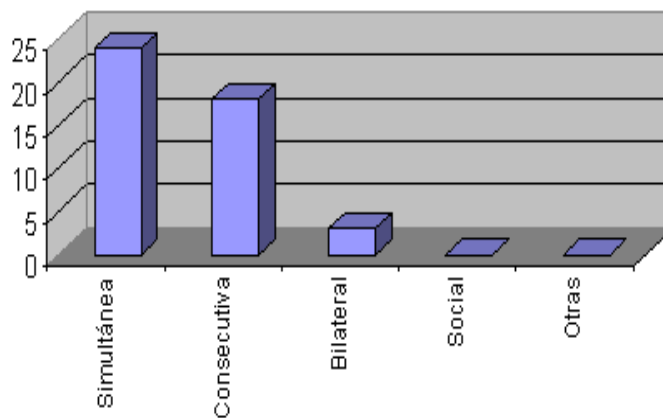


5. ¿Cuál es la modalidad de interpretación practicada principalmente?

Afiliados

Tabla de Frecuencias

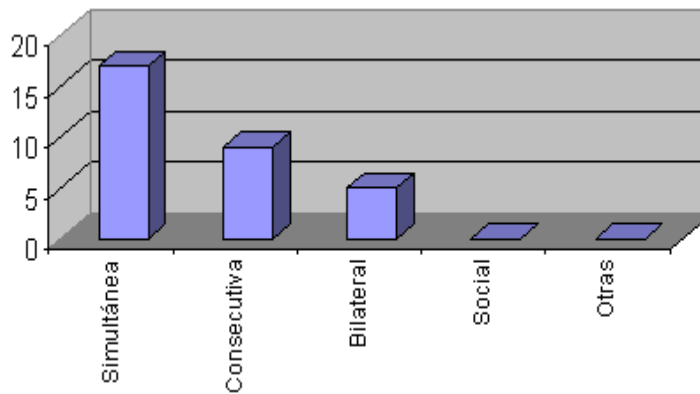
	1	2	3	
Simultánea	24	0	0	24
Consecutiva	3	15	0	18
Bilateral	0	2	1	3
Social	0	0	0	0
Otras	0	0	0	0
				<b>45</b>



**Docentes**

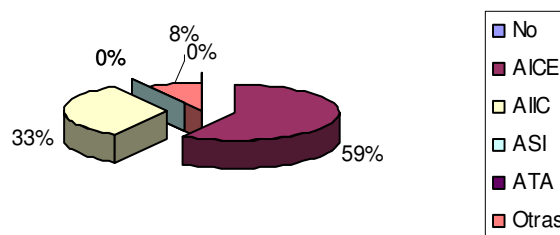
**Tabla de Frecuencias**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
<b>Simultánea</b>	17	0	0	17
<b>Consecutiva</b>	2	7	0	9
<b>Bilateral</b>	0	5	0	5
<b>Social</b>	0	0	0	0
<b>Otras</b>	0	0	0	0
				<b>31</b>



**6. ¿Está afiliado a alguna asociación profesional?**

**Afiliados**

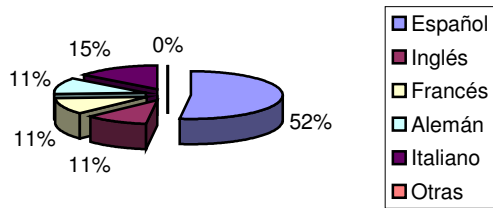




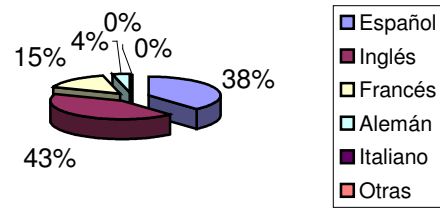
7. ¿Cuáles son sus lenguas de trabajo?

**Afiliados**

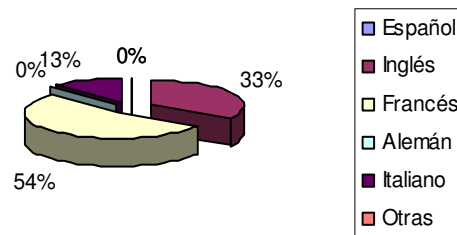
**Lengua materna**



**1ª lengua extranjera**

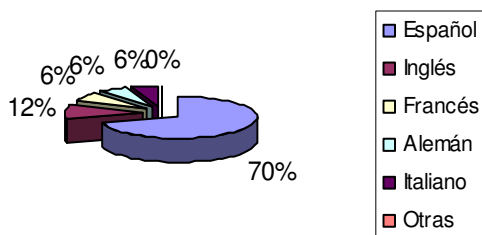


**2ª lengua extranjera**

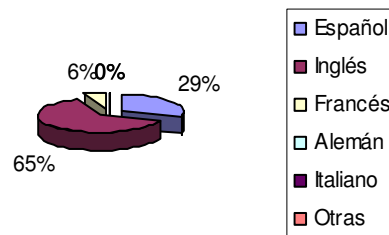


**Docentes**

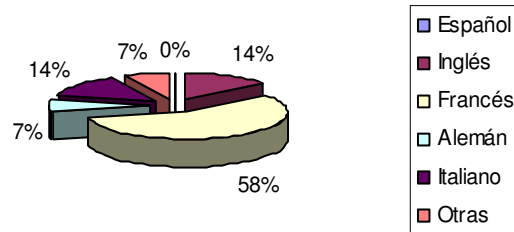
**Lengua materna**



**1ª lengua extranjera**

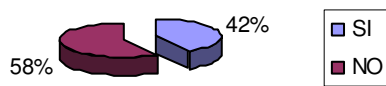


**2ª lengua extranjera**

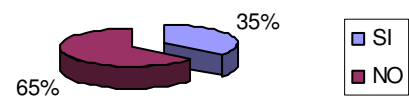


**8. ¿Se ha especializado en algún campo determinado?**

**Afiliados**

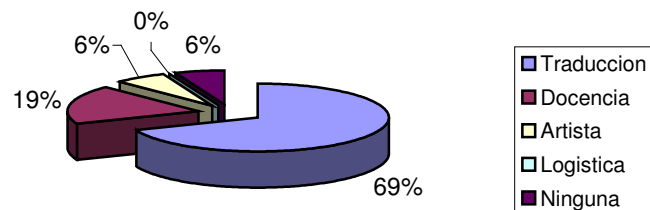


**Docentes**

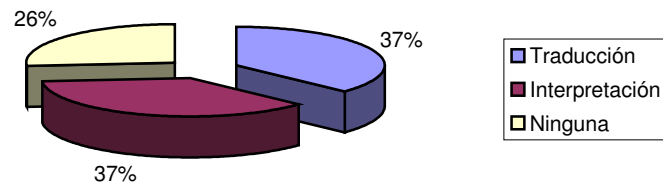


**9. ¿Qué otra actividad profesional ejerce?**

**Afiliados**



**Docentes**



**SEGUNDO BLOQUE. DATOS RELATIVOS AL CONTEXTO DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**

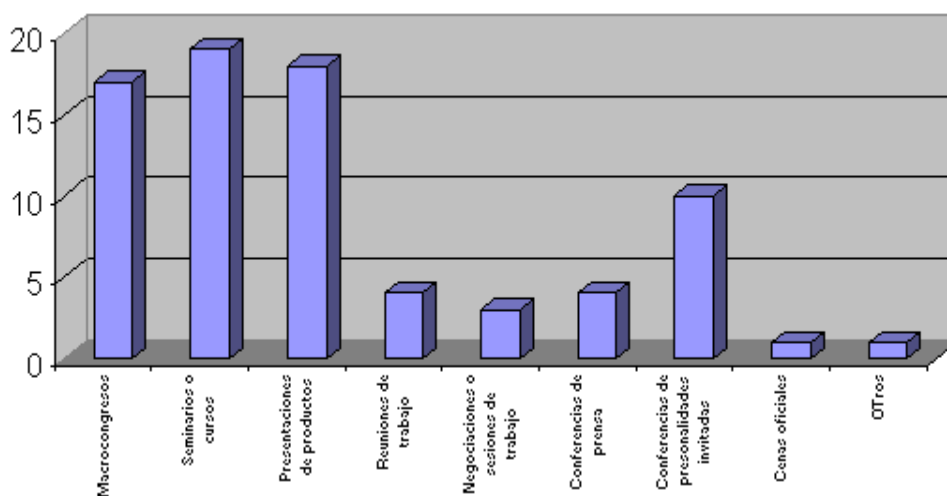
10. ¿Cuáles cree que son los eventos multilingües médicos en los que se recurre con más frecuencia a la interpretación?

**Afiliados**

Tabla de Frecuencias

	1	2	3	4	5	6	
Macrocongresos	9	4	3	1	0	0	17
Seminarios o cursos	9	6	4	0	0	0	19
Presentaciones de productos	6	6	5	1	0	0	18
Reuniones de trabajo	1	0	0	3	0	0	4
Negociaciones o sesiones de trabajo	0	0	0	0	0	3	3
Conferencias de prensa	1	0	1	0	2	0	4
Conferencias de personalidades invitadas	2	2	4	0	1	1	10
Cenas oficiales	1	0	0	0	0	0	1
Otros	0	0	0	1	0	0	1

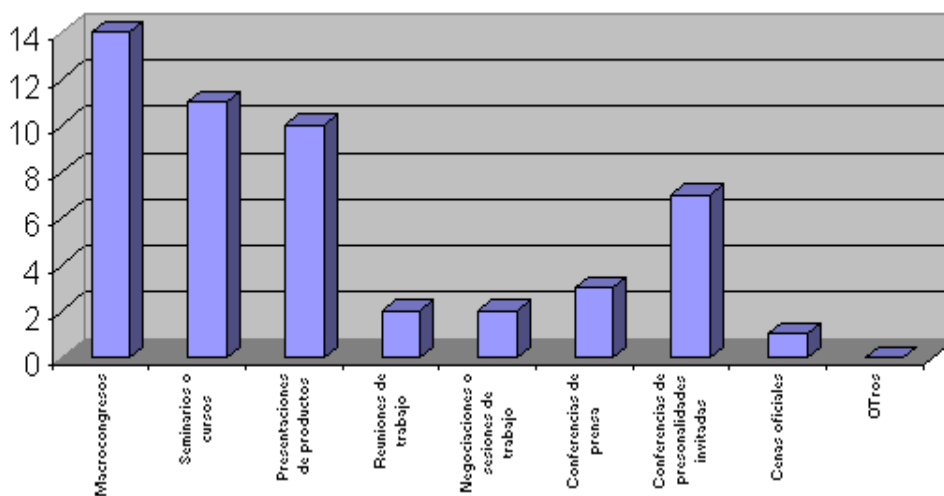
77



Docentes

Tabla de Frecuencias

	1	2	3	4	5	6	
Macrocongresos	12	2	0	0	0	0	14
Seminarios o cursos	2	3	6	0	0	0	11
Presentaciones de productos	3	2	2	2	1	0	10
Reuniones de trabajo	2	0	0	0	0	0	2
Negociaciones o sesiones de trabajo	0	1	0	1	0	0	2
Conferencias de prensa	0	0	1	2	0	0	3
Conferencias de personalidades invitadas	1	3	2	0	1	0	7
Cenas oficiales	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	0
							50



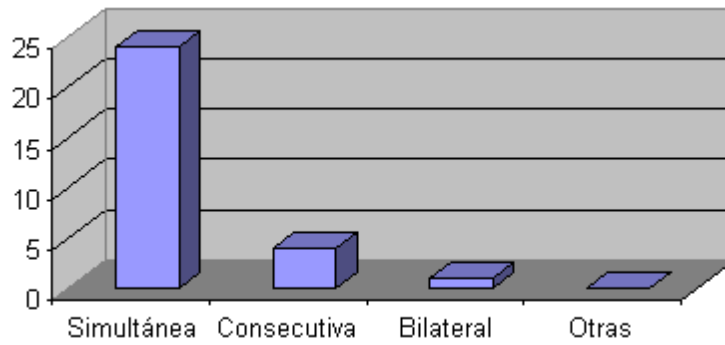
11. ¿Cuáles cree que son las modalidades de interpretación más frecuentes en los eventos médicos multilingües?

Afiliados

Tabla de Frecuencias

	1	2	3	
Simultánea	24	0	0	24
Consecutiva	0	4	0	4
Bilateral	0	1	0	1
Otras	0	0	0	0

29

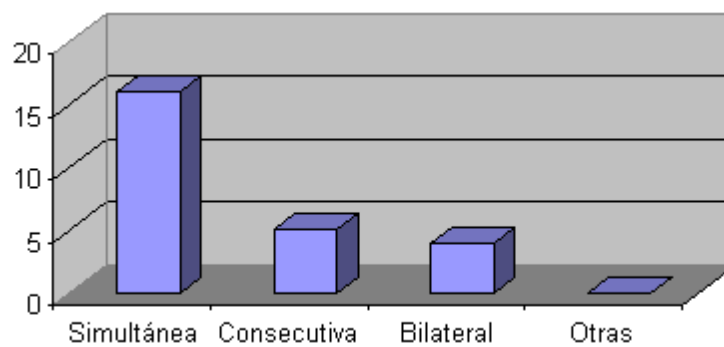


Docentes

Tabla de Frecuencias

	1	2	3	
Simultánea	16	0	0	16
Consecutiva	0	3	2	5
Bilateral	0	3	1	4
Otras	0	0	0	0

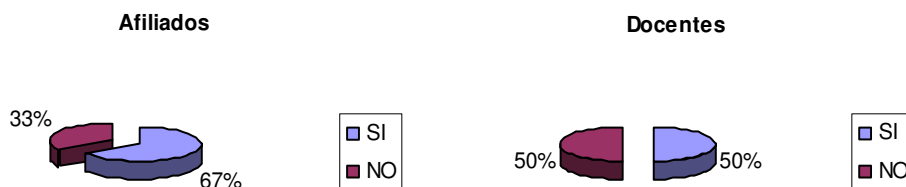
25



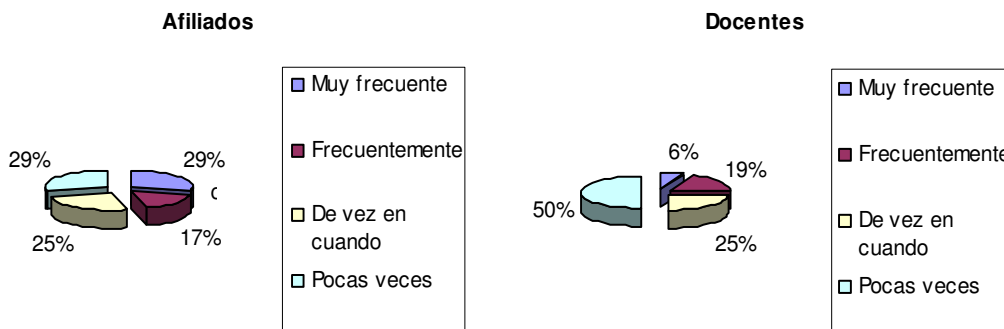
**12. ¿Cuál es la combinación lingüística más frecuente en las reuniones de medicina?**

El 100% de los encuestados de los dos grupos opina que la combinación lingüística más frecuente es el inglés-español, español-inglés.

**13. Entre los eventos médicos que ha interpretado, ¿hay algún/os tema/s que se repita/n con frecuencia?**



**14. ¿Con qué frecuencia interpreta en reuniones de medicina?**



**15. ¿En qué zona/s geográfica/s interpreta con más frecuencia en reuniones de medicina?**

**Afiliados**

**Ciudades españolas:** Madrid, Barcelona, Sevilla, Málaga, Granada, Córdoba, Valencia, Salamanca, Oviedo, Zaragoza y Alicante.

**Ciudades europeas:** Lisboa, Ginebra, Viena, Mónaco, Londres, París, Toulouse, Montpellier y Cannes.

**Ciudades no europeas:** Nueva York, Kuala Lumpur y Chicago

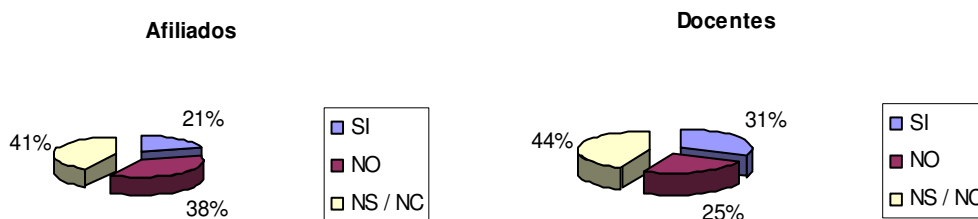
### Docentes

**Ciudades españolas:** Barcelona, Madrid, Málaga, Granada, Sevilla, Salamanca y Alicante.

**Ciudades no europeas:** Ginebra y Viena.

**Ciudades no europeas:** Nueva York.

16. ¿Cree que son frecuentes en España las reuniones médicas multilingües que NO recurren a la interpretación?



17. ¿Se suelen emplear apoyos audiovisuales en las reuniones de medicina? En caso de utilizarse, ¿qué tipo de apoyos?

### Afiliados

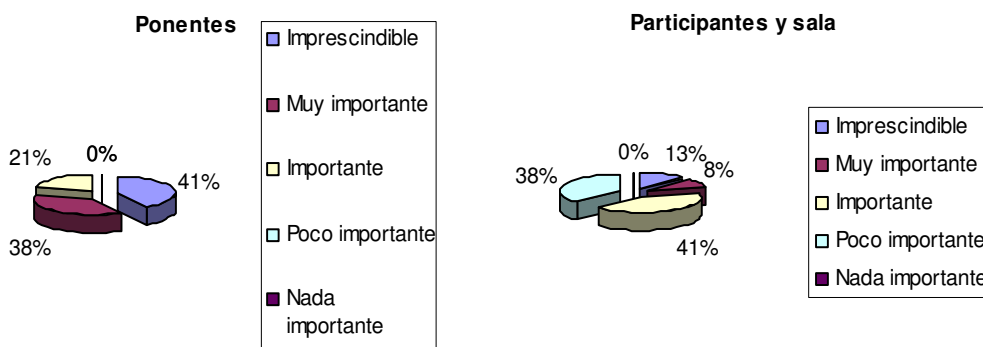


Según los docentes, el 100% utiliza apoyos audiovisuales.

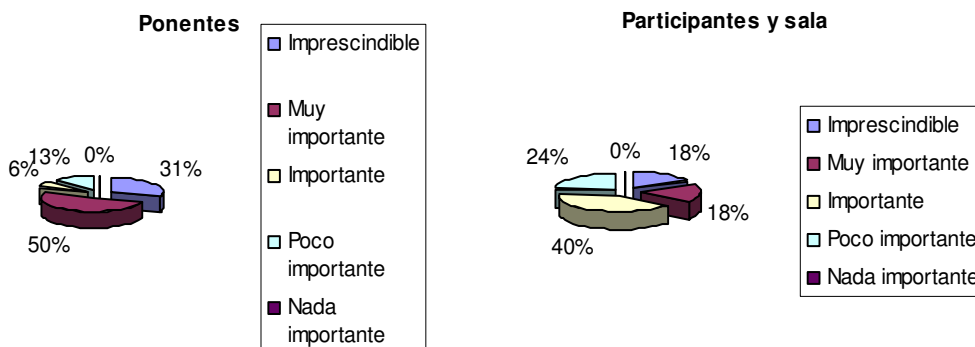


18. En su opinión, una buena visibilidad de los ponentes y de los participantes y la sala es:

Afiliados



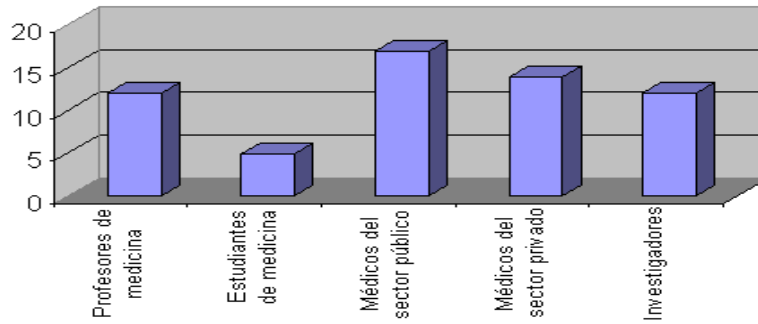
Docentes



19. ¿Qué tipo de participantes suelen asistir con más frecuencia a los congresos de medicina?

Afiliados

Tabla de Frecuencias	1	2	3	
Profesores de medicina	4	3	5	12
Estudiantes de medicina	1	1	3	5
Médicos del sector público	14	3	0	17
Médicos del sector privado	7	6	1	14
Investigadores	2	3	7	12
	0	0	0	60

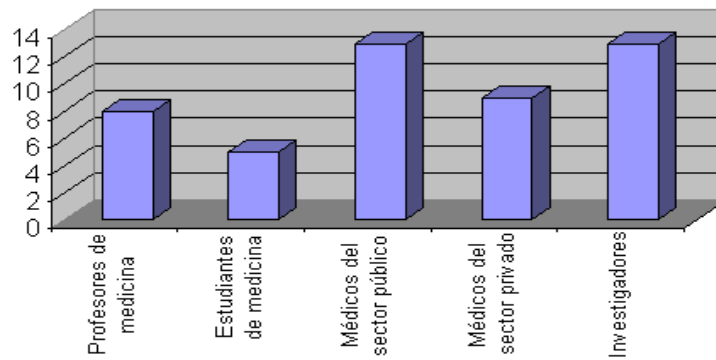


**Docentes**

**Tabla de Frecuencias**

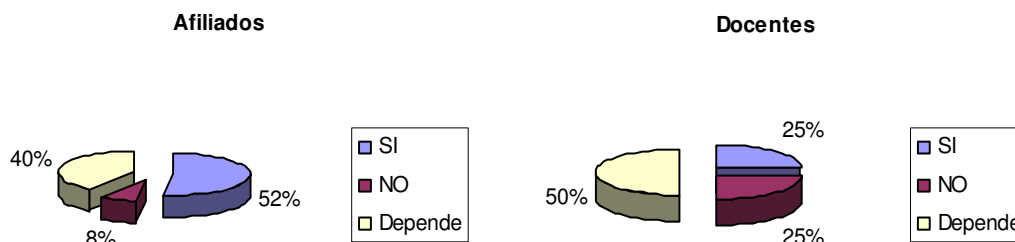
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Profesores de medicina</b>	2	5	1
<b>Estudiantes de medicina</b>	0	3	2
<b>Médicos del sector público</b>	10	1	2
<b>Médicos del sector privado</b>	6	3	0
<b>Investigadores</b>	3	3	7

8  
5  
13  
9  
13  
48

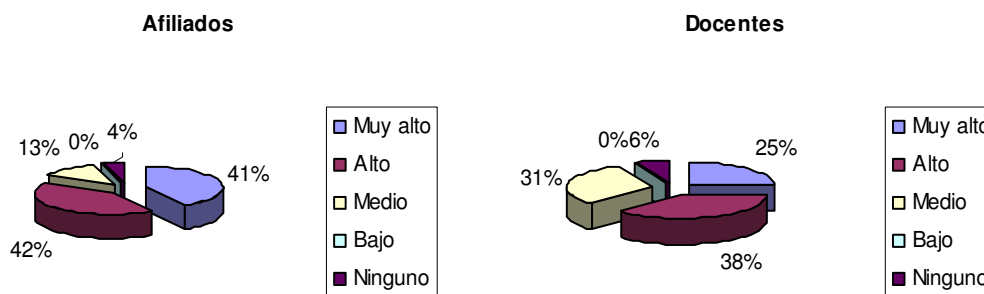


**TERCER BLOQUE. DATOS RELATIVOS A LA PREPARACIÓN DE REUNIONES DE MEDICINA**

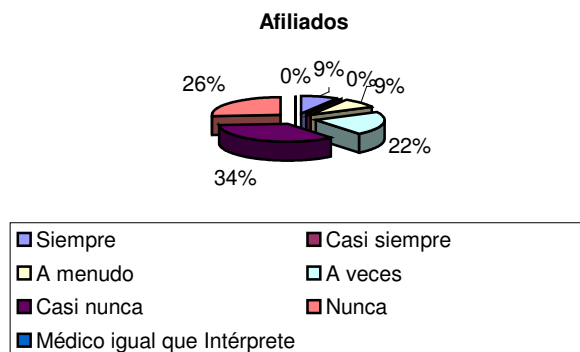
20. ¿Está siempre dispuesto a aceptar un encargo de interpretación en una reunión de medicina?

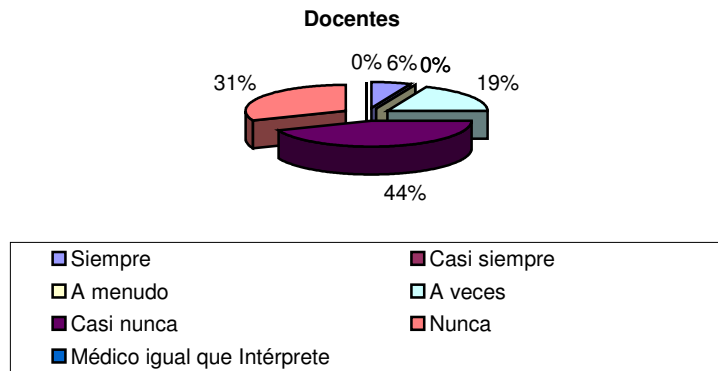


21. Para realizar una interpretación de calidad, ¿qué nivel de especialización cree que debe tener el intérprete para trabajar en el campo de la medicina?

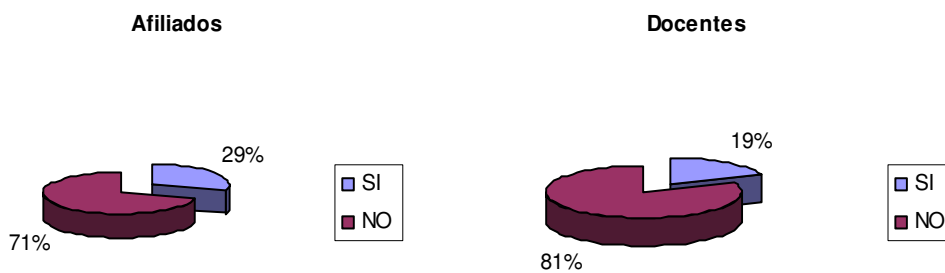


22. ¿Cree que un médico está mejor preparado que un intérprete para interpretar en el ámbito de la medicina?

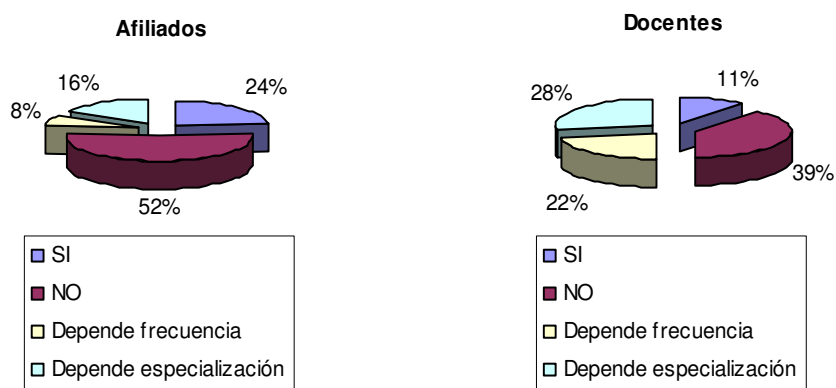




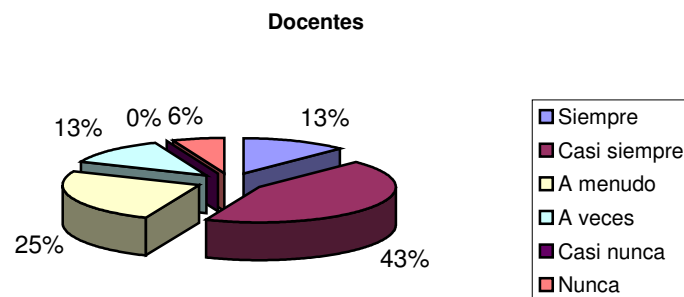
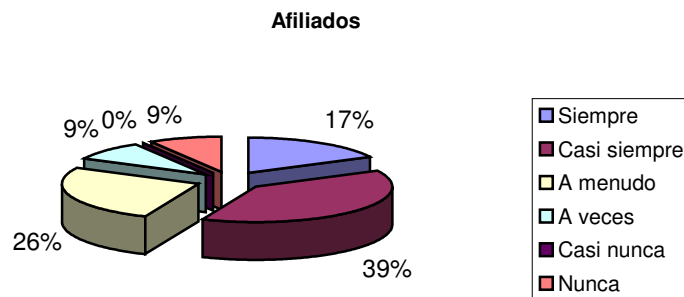
**23. ¿Ha realizado cursos o seminarios de formación en medicina?**



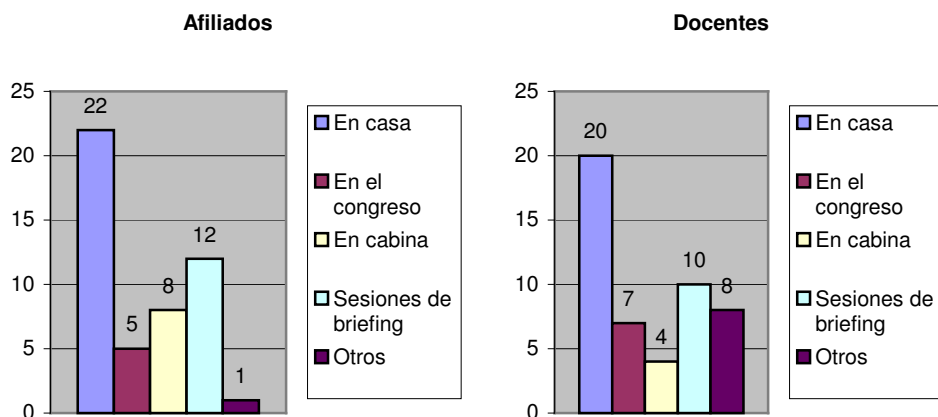
**¿Los considera indispensables?**



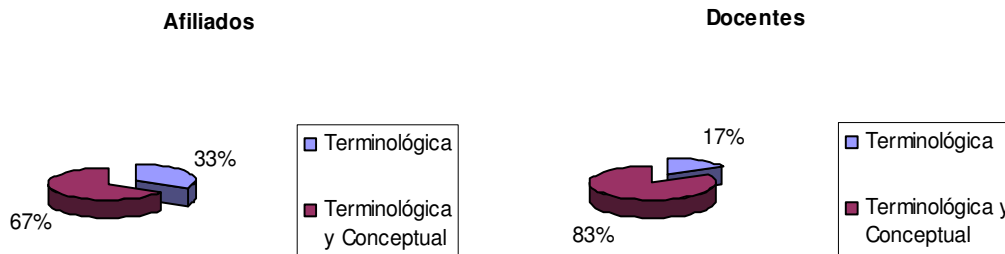
24. ¿Cree que una buena documentación y preparación pueden suplir la desigualdad de conocimientos entre el intérprete y el médico?



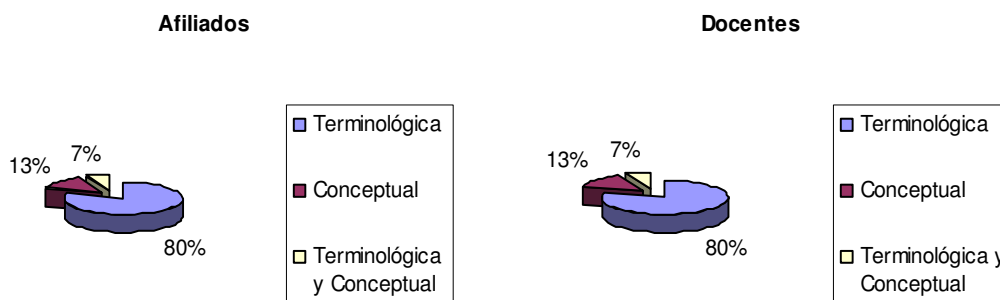
25. ¿Cuándo y dónde suele llevar a cabo la preparación?



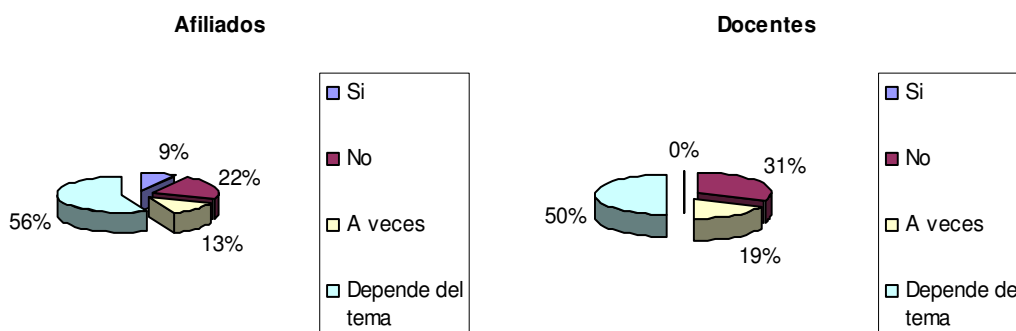
26. ¿Qué tipo de preparación suele realizar más a menudo?



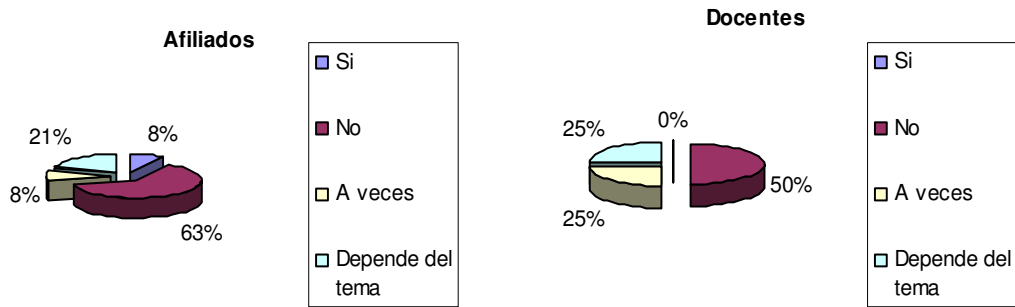
27. ¿Qué tipo de preparación considera más oportuna cuando existen graves limitaciones de tiempo?



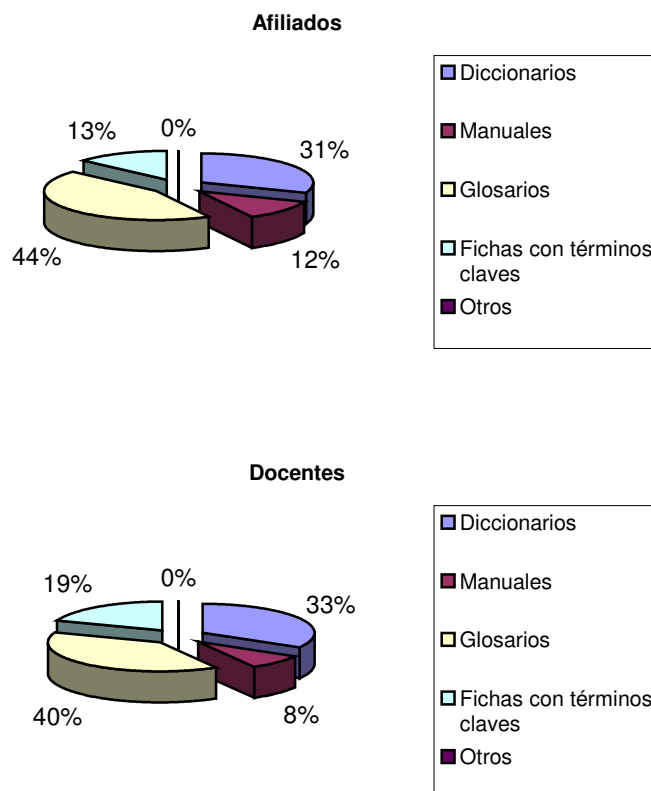
28. ¿Cree que se puede realizar una buena interpretación con una preparación terminológica y sin una preparación conceptual?



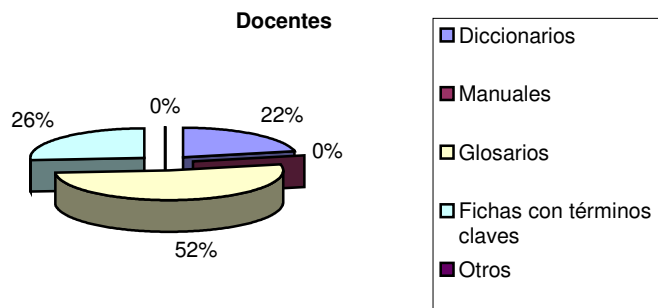
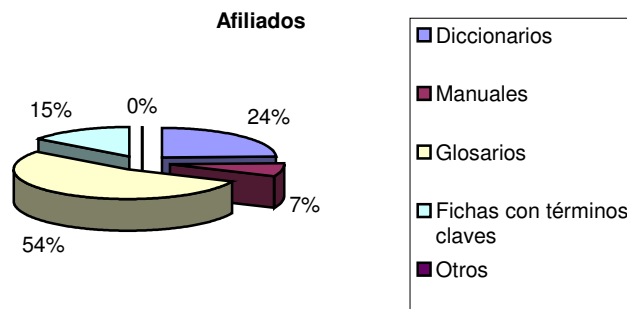
29. ¿Cree que se puede realizar una buena interpretación con una preparación conceptual y sin una preparación terminológica?



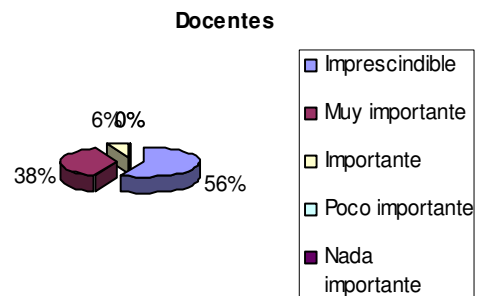
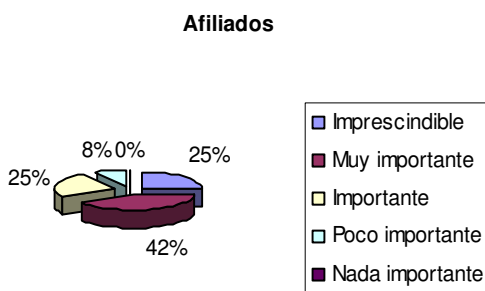
30. ¿Qué tipo de material consulta en cabina?



31. ¿Qué tipo de fuente de información considera más útil y eficaz en cabina?



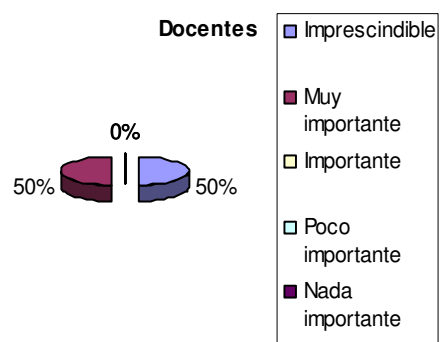
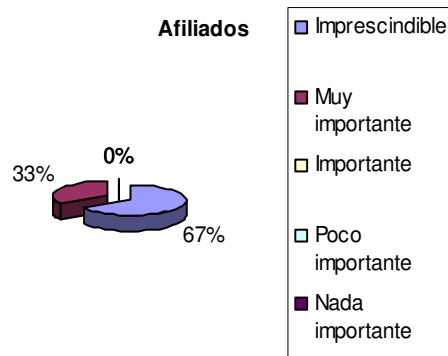
32. Internet, como fuente de información, es:



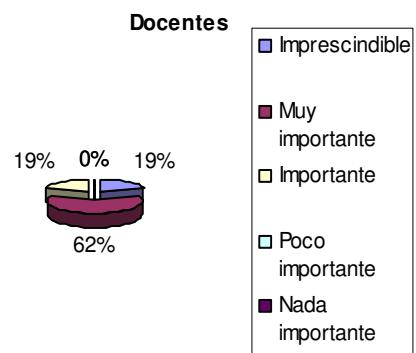
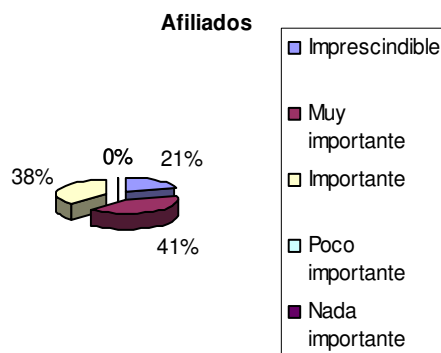


33. En su opinión, a la hora de interpretar en reuniones médicas, un buen conocimiento de:

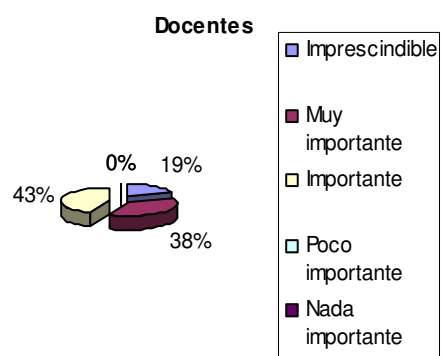
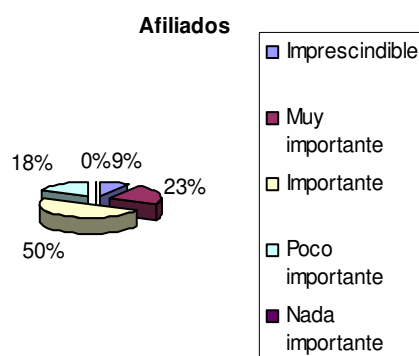
la terminología médica es:



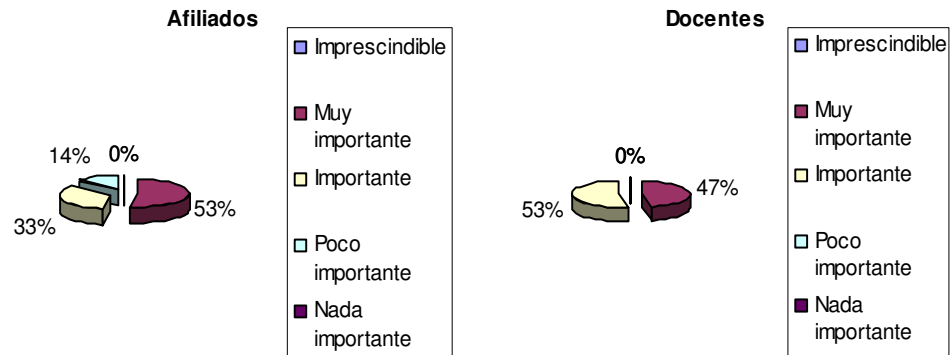
la fraseología médica es:



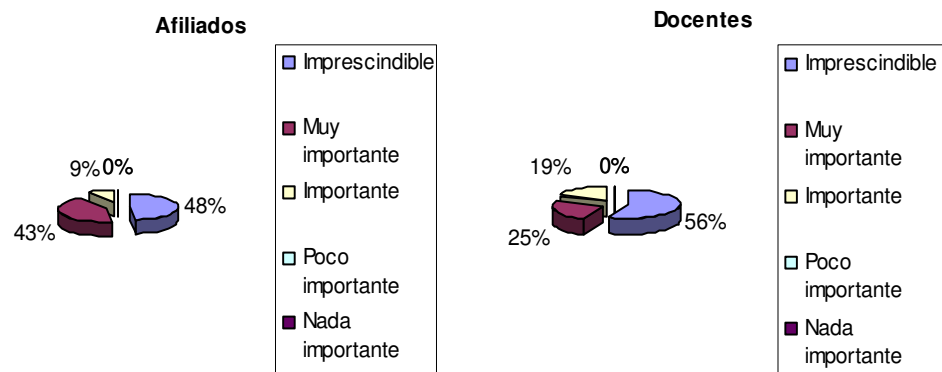
el estilo médico es:



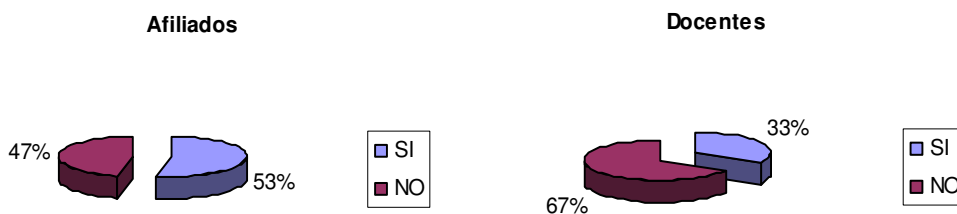
los procedimientos de formación y creación de términos médicos son:



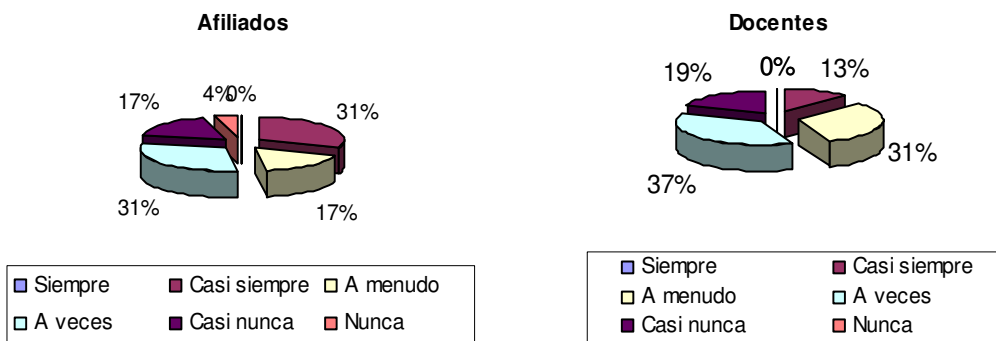
la lengua inglesa es:



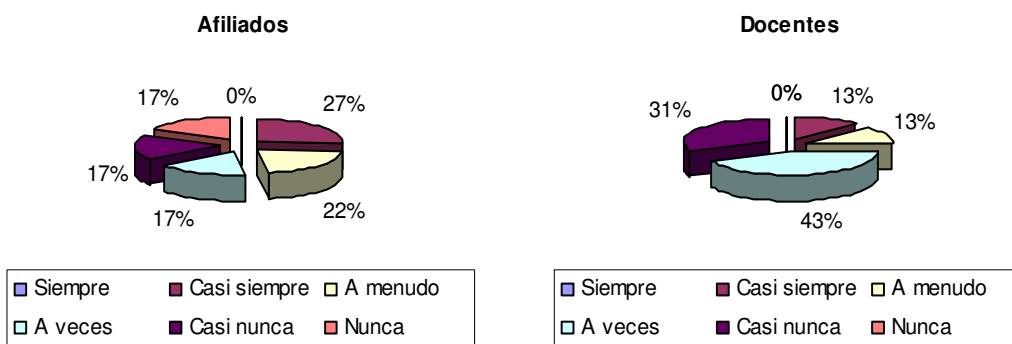
34. ¿Echa en falta algún elemento de información que pudiera mejorar la preparación?



35. ¿Suelen ayudar los ponentes a los intérpretes en las reuniones de medicina?

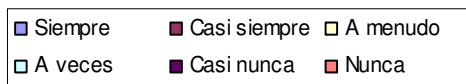
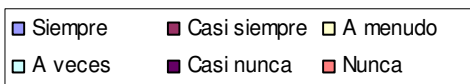
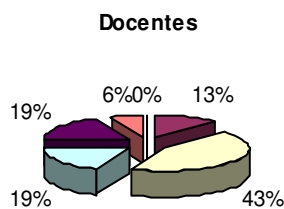
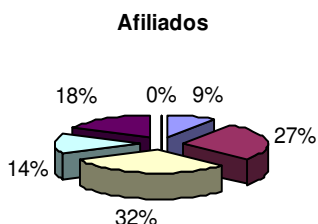


36. ¿Suelen ayudar los participantes a los intérpretes en las reuniones de medicina?

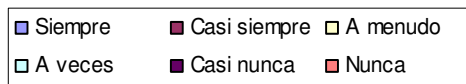
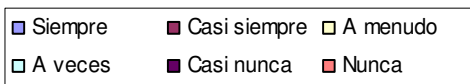
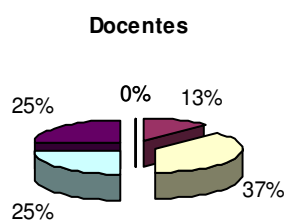
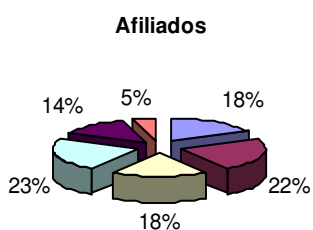


**CUARTO BLOQUE. DATOS RELATIVOS A LA COMUNICACIÓN EN LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA**

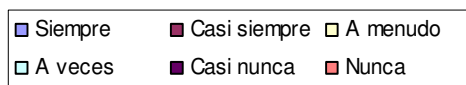
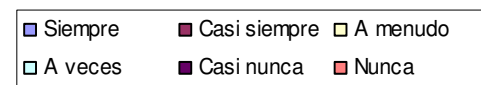
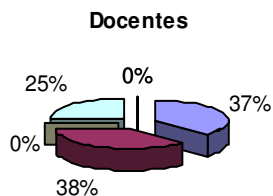
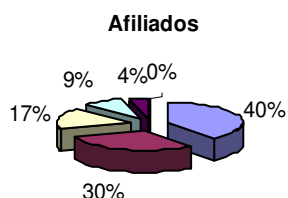
37. ¿Cree que los oradores son reticentes hacia un intérprete no especialista en medicina?



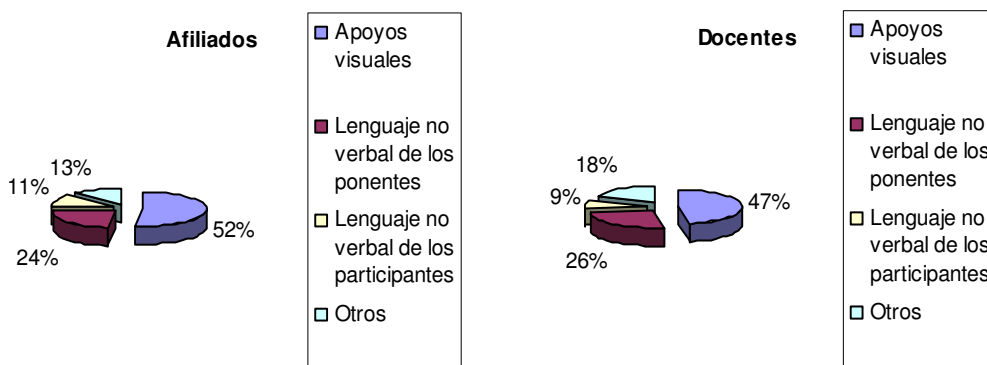
38. ¿Cree que los participantes son reticentes hacia un intérprete no especialista en medicina?



39. ¿Cree que hace falta comprender perfectamente el discurso del orador para realizar una buena interpretación?



**40. Aparte de la información verbal que recibe, ¿qué otros apoyos informativos le ayudan a la comprensión del discurso?**



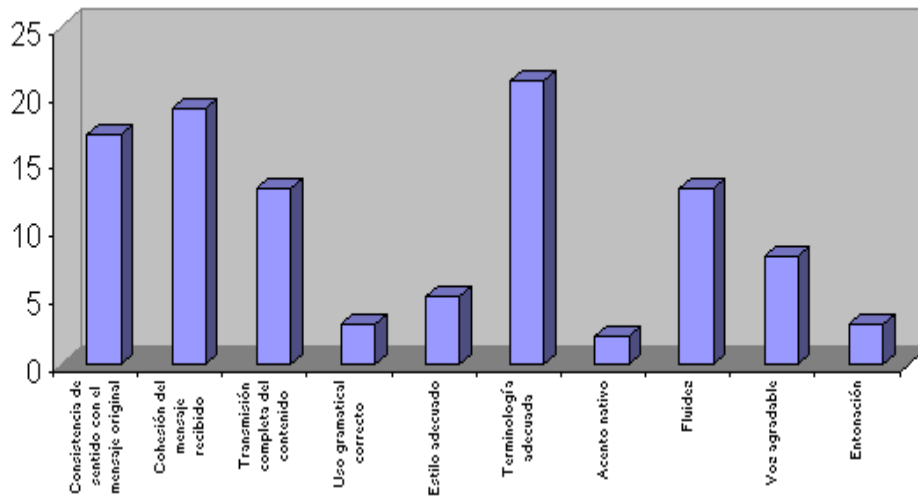
**41. ¿Cuáles de los siguientes parámetros valoran más los participantes?**

**Afiliados**

Tabla de frecuencias

	1	2	3	4	5	6	
Consistencia de sentido con el mensaje original	12	4	1	0	0	0	17
Cohesión del mensaje recibido	9	6	1	2	1	0	19
Transmisión completa del contenido	2	5	4	2	0	0	13
Uso gramatical correcto	0	0	2	1	0	0	3
Estilo adecuado	1	0	0	3	1	0	5
Terminología adecuada	3	3	10	3	2	0	21
Acento nativo	0	0	0	0	2	0	2
Fluidez	0	2	1	6	4	0	13
Voz agradable	1	1	0	1	5	0	8
Entonación	0	0	0	0	3	0	3

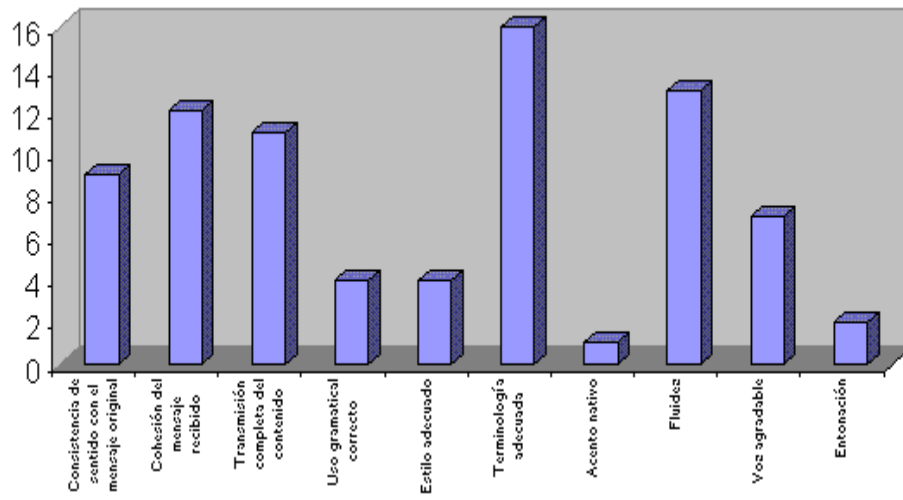
104



**Docentes**

Tabla de frecuencias

	1	2	3	4	5	6	
Consistencia de sentido con el mensaje original	4	3	1	1	0	0	9
Cohesión del mensaje recibido	7	3	1	0	1	0	12
Transmisión completa del contenido	4	4	1	1	1	0	11
Uso gramatical correcto	0	0	0	2	2	0	4
Estilo adecuado	0	2	0	1	1	0	4
Terminología adecuada	0	1	10	4	1	0	16
Acento nativo	0	0	0	0	1	0	1
Fluidez	0	1	3	6	3	0	13
Voz agradable	1	1	0	1	4	0	7
Entonación	0	1	0	0	1	0	2



**APÉNDICE 3****CARTA ADJUNTA AL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS MÉDICOS QUE  
IMPARTEN DOCENCIA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS**

Facultad de Humanidades  
Universidad Pablo de Olavide

Estimado Sr. / Sra.:

En el Departamento de Filología y Traducción de la Universidad Pablo de Olavide, una de nuestras docentes está realizando un estudio empírico sobre la interpretación simultánea en el ámbito de la medicina (inglés-español) que forma parte de una tesis doctoral cuyo objetivo principal es ofrecer una visión general de la situación de la práctica profesional de la interpretación y servir de guía didáctica para los futuros intérpretes en el campo de la medicina. Para que este objetivo se materialice, consideramos que en la formación de intérpretes especializados en medicina es imprescindible conocer las necesidades y expectativas de los usuarios, en este caso, de los médicos que utilizan con mayor o menor frecuencia los servicios de interpretación. Para ello, hemos elaborado un cuestionario que incluye cuestiones relativas a las necesidades de los usuarios y todos aquellos aspectos que deben mejorarse y tenerse en cuenta en la formación de intérpretes especializados en el ámbito de la medicina.

Por todo ello, esperamos tenga a bien contribuir con nuestro trabajo de investigación cumplimentando el cuestionario adjunto a este documento. A continuación, sólo tiene que reenviar el cuestionario cumplimentado a la siguiente dirección de correo electrónico: [lruiros@upo.es](mailto:lruiros@upo.es).

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

Ilmo. Sr. Don Juan Manuel Cortés Copete



Facultad de Humanidades  
Universidad Pablo de Olavide

Lucía Ruiz Rosendo  
Departamento de Filología y Traducción  
Facultad de Humanidades  
Universidad Pablo de OLavide

## APÉNDICE 4

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A MÉDICOS QUE IMPARTEN DOCENCIA EN LAS  
FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS**

*(Para cumplimentar el cuestionario, haga clic con el ratón en las respuestas que crea convenientes)*

**PRIMER BLOQUE. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre		
2. Edad:	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 31-45	<input type="checkbox"/> 46-60	<input type="checkbox"/> más de 61
3. Estudios cursados:	<input type="checkbox"/> Medicina			
	<input type="checkbox"/> Otros			
4. Años de ejercicio de la profesión:	<input type="checkbox"/> menos de 5			
	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> más de 20	
5. ¿Dónde desarrolla su labor profesional? <i>(se admiten varias opciones)</i>	<input type="checkbox"/> En el sector público y en la docencia			
	<input type="checkbox"/> En el sector privado y en la docencia			
	<input type="checkbox"/> En el campo de la docencia exclusivamente			
6. ¿Cuál es su especialidad?				
7. Centro en el que imparte docencia:				
Categoría:	<input type="checkbox"/> Catedrático			
	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Contratado doctor	<input type="checkbox"/> Colaborador doctor	
	<input type="checkbox"/> Ayudante doctor	<input type="checkbox"/> Ayudante	<input type="checkbox"/> Profesor asociado	<input type="checkbox"/> Becario

**SEGUNDO BLOQUE. CONOCIMIENTO DE LA LENGUA INGLESA**

8. ¿Qué nivel de inglés tiene en cuanto a la comprensión y expresión oral y escrita?					
	Ninguno	Básico	Intermedio	Alto	Muy alto
Comprensión oral	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Comprensión escrita	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Expresión oral	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Expresión escrita	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia utiliza el inglés como lengua de comunicación en publicaciones?					
<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca					
10. ¿Con qué frecuencia utiliza el inglés como lengua de comunicación en reuniones de medicina?					
<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca					
11. ¿Suele utilizar el inglés a la hora de dar una ponencia en una reunión internacional?					
<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca					

**TERCER BLOQUE. ASISTENCIA A REUNIONES DE MEDICINA**

12. ¿Con qué frecuencia asiste a

reuniones de medicina nacionales monolingües (con el español como única lengua de trabajo)?

- Muy frecuentemente     Frecuentemente     De vez en cuando  
 Pocas veces                     Nunca

reuniones de medicina nacionales multilingües (con más lenguas de trabajo además del español)?

- Muy frecuentemente     Frecuentemente     De vez en cuando  
 Pocas veces                     Nunca

reuniones de medicina internacionales monolingües (con el español como única lengua de trabajo)?

- Muy frecuentemente     Frecuentemente     De vez en cuando  
 Pocas veces                     Nunca

reuniones de medicina internacionales multilingües (con más lenguas de trabajo además del español)?

- Muy frecuentemente     Frecuentemente     De vez en cuando  
 Pocas veces                     Nunca

13. En su opinión, ¿qué tipo de reuniones son las que se celebran con más frecuencia en España?

- Reuniones nacionales monolingües (con el español como única lengua de trabajo)  
 Reuniones nacionales multilingües (más de una lengua de trabajo)  
 Reuniones internacionales monolingües (con el español como única lengua de trabajo)  
 Reuniones internacionales multilingües (más de una lengua de trabajo)

14. ¿Cuáles son las lenguas más frecuentes en las reuniones de medicina internacionales?

- Inglés     Español     Francés     Alemán     Otras

15. ¿Suelen tener interpretación simultánea las reuniones de medicina multilingües? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
16. Cuando asiste a un congreso multilingüe, ¿suele utilizar los servicios de interpretación? <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca
17. ¿Cuáles cree que son los eventos multilingües médicos en los que se recurre con más frecuencia a la interpretación? <i>(se admiten varias opciones)</i> <input type="checkbox"/> Macrocongresos <input type="checkbox"/> Seminarios o cursos <input type="checkbox"/> Presentaciones de productos <input type="checkbox"/> Reuniones de trabajo <input type="checkbox"/> Negociaciones o sesiones de trabajo <input type="checkbox"/> Conferencias de prensa <input type="checkbox"/> Conferencias de personalidades invitadas <input type="checkbox"/> Cenas oficiales
18. ¿Qué temática o especialidad cree que es la más frecuente en las reuniones de medicina? <i>(se admiten varias respuestas)</i>
19. ¿En qué zona/s geográfica/s se celebran con más frecuencia reuniones de medicina multilingües? <input type="checkbox"/> Ciudades españolas <input type="checkbox"/> Ciudades europeas <input type="checkbox"/> Ciudades no europeas
20. ¿Se suelen emplear apoyos audiovisuales en las reuniones médicas? <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca  ¿Qué tipo de apoyos se suelen utilizar con más frecuencia? <i>(se admiten varias opciones)</i> <input type="checkbox"/> Diapositivas <input type="checkbox"/> Transparencias <input type="checkbox"/> Vídeos <input type="checkbox"/> Power-Point <input type="checkbox"/> Otros
21. ¿Qué tipo de participantes cree que suelen asistir con más frecuencia a las reuniones de

medicina? *(se admiten varias opciones)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profesores de medicina     | <input type="checkbox"/> Estudiantes de medicina    |
| <input type="checkbox"/> Médicos del sector público | <input type="checkbox"/> Médicos del sector privado |
| <input type="checkbox"/> Investigadores             | <input type="checkbox"/> Otros                      |

22. ¿Considera la interpretación un servicio imprescindible en las reuniones de medicina multilingües, independientemente de su nivel de conocimiento de idiomas?

- Sí, absolutamente imprescindible
- Depende del nivel de especialización del tema del congreso
- No la considero imprescindible en ningún caso

**CUARTO BLOQUE. USO Y CALIDAD DE LA INTERPRETACIÓN**

<p>23. ¿Le permiten sus conocimientos de inglés prescindir de la interpretación o la necesita para entender el discurso?</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito la interpretación para entender el discurso</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo un cierto conocimiento de la lengua inglesa pero utilizo la interpretación como apoyo</p> <p><input type="checkbox"/> Mis conocimientos de inglés me permiten prescindir de la interpretación</p>
<p>24. En caso de utilizarla, ¿suele ayudarle la interpretación a comprender el discurso original?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre    <input type="checkbox"/> Casi siempre    <input type="checkbox"/> A veces    <input type="checkbox"/> Casi nunca    <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>25. ¿Le supone alguna molestia tener que recurrir a los servicios de interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha, preferiría poder entender al orador original</p> <p><input type="checkbox"/> Regular, aunque preferiría poder entender el discurso original</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna, suelo entender perfectamente el discurso a través de la interpretación</p>
<p>26. Cuando utiliza los servicios de interpretación, cree que este servicio va a ser:</p> <p><input type="checkbox"/> Plenamente satisfactorio y de alta calidad</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfactorio y de calidad</p> <p><input type="checkbox"/> Suficiente para comprender el discurso</p> <p><input type="checkbox"/> Un “mal necesario” para entender el discurso</p>
<p>27. ¿Cuál ha sido su experiencia pasada con la interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente    <input type="checkbox"/> Muy buena    <input type="checkbox"/> Buena    <input type="checkbox"/> Regular    <input type="checkbox"/> Mala</p>
<p>28. ¿Suele escuchar toda la interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente    <input type="checkbox"/> Frecuentemente    <input type="checkbox"/> De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces    <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>29. ¿Suele seleccionar algunas partes de la interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente    <input type="checkbox"/> Frecuentemente    <input type="checkbox"/> De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces    <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>30. ¿Cree que el intérprete de una reunión de medicina debería ser médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre    <input type="checkbox"/> Casi siempre    <input type="checkbox"/> A veces    <input type="checkbox"/> Casi nunca    <input type="checkbox"/> Nunca</p>

<p>31. ¿Es usted reticente ante un intérprete que no sea médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>32. ¿Cree que el intérprete debe comprender perfectamente el discurso del orador para realizar una buena interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>33. ¿Suele utilizar el intérprete la terminología y fraseología a la que usted está habituado?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>34. ¿Necesita “deducir” lo que el intérprete quiere decir cuando hace uso de la interpretación?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>35. ¿Suele ayudar a los intérpretes en las reuniones de medicina?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>36. Aunque cuando escucha la interpretación no oye al orador, ¿suele detectar las inconsistencias de sentido con el mensaje del orador?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre   <input type="checkbox"/> Casi siempre   <input type="checkbox"/> A veces   <input type="checkbox"/> Casi nunca   <input type="checkbox"/> Nunca</p>																																																												
<p>37. Cuando detecta algún problema de contenido en la interpretación, ¿a quién suele culpar?</p> <p>Siempre al orador <span style="margin-left: 200px;">Siempre al intérprete</span></p> <p>(1) <input type="checkbox"/>      (2) <input type="checkbox"/>      (3) <input type="checkbox"/>      (4) <input type="checkbox"/>      (5) <input type="checkbox"/></p>																																																												
<p>38. ¿Cuáles de los siguientes parámetros valora más de una interpretación? (<i>se admiten 5 opciones: 1 = parámetro más valorado; 5 = parámetro menos valorado</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">1</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">2</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">3</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">4</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consistencia de sentido con el mensaje original</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cohesión del mensaje recibido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transmisión completa del contenido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso gramatical correcto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estilo adecuado</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Utilización de la terminología adecuada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acento nativo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fluidez</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Voz agradable</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	Consistencia de sentido con el mensaje original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cohesión del mensaje recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transmisión completa del contenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso gramatical correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estilo adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilización de la terminología adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acento nativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voz agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5																																																							
Consistencia de sentido con el mensaje original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Cohesión del mensaje recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Transmisión completa del contenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Uso gramatical correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Estilo adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Utilización de la terminología adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Acento nativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Fluidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Voz agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							



Entonación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Cuáles de los siguientes factores influyen más en una valoración negativa de la interpretación? <i>(se admiten 5 opciones: 1= factor más influyente; 5= factor menos influyente)</i>					
	1	2	3	4	5
Falta de consistencia de sentido con el mensaje original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de coherencia de la interpretación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de cohesión del mensaje recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transmisión incompleta del contenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso gramatical incorrecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estilo inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilización de una terminología inadecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acento no nativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discurso no fluido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voz desagradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entonación monótona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auriculares incómodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**APÉNDICE 5**  
**DEPARTAMENTOS A LOS QUE SE ENVIÓ EL CUESTIONARIO**  
**DIRIGIDO A LOS MÉDICOS (cfr. supra apéndice 4)**

*Facultad de Medicina de Cádiz:*

- Anatomía Patológica, Biología Celular, Historia de la Medicina, Medicina Legal y Forense y Toxicología.
- Bioquímica y Biología Molecular, Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Fisiología y Genética.
- Medicina.
- Ciencias Morfológicas.

*Facultad de Medicina de Córdoba:*

- Anatomía y Anatomía Patológica comparadas.
- Biología Celular, Fisiología e Inmunología.
- Ciencias Morfológicas.
- Medicina.

*Facultad de Medicina de Granada:*

- Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia.
- Bioquímica y biología molecular.
- Histología.
- Anatomía y Embriología Humana.
- Cirugía y sus especialidades.
- Farmacología.
- Medicina.
- Medicina Legal y Psiquiatría.
- Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Obstetricia y Ginecología.

- Radiología y Medicina Física.
- Pediatría.

*Facultad de Medicina de Málaga:*

- Anatomía.
- Bioquímica, Biología Molecular y Química Orgánica.
- Medicina y Dermatología.
- Radiología y Medicina Física, Oftalmología y Otorrinolaringología.

*Facultad de Medicina de Sevilla:*

- Bioquímica Médica y Biología Molecular.
- Bioquímica, bromatología, toxicología y medicina legal.
- Anatomía y Embriología Humana.
- Ciencias Socio-Sanitarias.
- Cirugía.
- Citología e Histología Normal y Patológica.
- Farmacología, Pediatría y Radiología.
- Fisiología Médica y Biofísica.
- Medicina.
- Psiquiatría.

*Facultad de Medicina de Zaragoza:* ningún departamento mostraba un listado de miembros ni aparecían sus direcciones de correo electrónico.

*Facultad de Medicina de Oviedo:*

- Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Medicina.
- Bioquímica y Biología Molecular.

*Facultad de Medicina de La Laguna:*

- Anatomía, Anatomía Patológica e Histología.
- Cirugía, Oftalmología y Otorrinolaringología.
- Medicina Física y Farmacología.
- Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría.
- Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal y Forense

En esta facultad, los departamentos mencionados no contaban con un listado de direcciones de correo electrónico de los miembros, pero sí era posible enviar el cuestionario a la dirección del departamento.

*Facultad de Ciencias de la Salud de Las Palmas de Gran Canaria:* se requería una clave de identificación para acceder a las direcciones de los miembros de los departamentos, por lo que no nos fue posible enviar ningún cuestionario a esta facultad.

*Facultad de Medicina de Cantabria:*

- Medicina y Psiquiatría.

*Facultad de Medicina de Castilla La Mancha:*

- Ciencias Médicas.

*Facultad de Medicina de Salamanca:*

- Anatomía e Histología Humanas.
- Biología Celular y Patología.
- Bioquímica y Biología Molecular.
- Medicina.
- Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica.

*Facultad de Medicina de Valladolid:*

- Anatomía Patológica, Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Legal y Forense.
- Anatomía y Radiología.
- Bioquímica y Biología Molecular y Fisiología.
- Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Fisioterapia.
- Medicina, Dermatología y Toxicología.
- Pediatría e Inmunología, Obstetricia y Ginecología, Nutrición y Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia.

*Facultad de Medicina de la Autónoma de Barcelona:*

- Bioquímica.
- Ciencias Morfológicas.
- Cirugía.
- Farmacología, Terapéutica y Toxicología.
- Medicina.
- Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva.
- Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud.
- Psiquiatría y Medicina Legal.

*Facultad de Medicina de Barcelona:*

- Anatomía y Embriología Humanas.
- Ciencias Clínicas.
- Ciencias Fisiológicas I y II.
- Cirugía y Especialidades Quirúrgicas.
- Farmacología y Química Terapéutica.
- Genética.
- Medicina.
- Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Radiología, y Medicina Física.

- Odontoestomatología.
- Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
- Salud Pública.

*Facultad de Medicina de Lleida:*

- Ciencias Médicas Básicas.
- Cirugía.

*Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida (Universidad Pompeu Fabra):*

- Ciencias Experimentales y de la Salud.

*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad Rovira i Virgili):*

- Ciencias Médicas Básicas.
- Medicina y Cirugía.

*Facultad de Medicina de Extremadura:*

- Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Farmacología y Psiquiatría.
- Fisiología.
- Patología y Clínicas Humanas.

*Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela:*

- Anatomía Patológica y Ciencias Forenses.
- Bioquímica y Biología Molecular.
- Ciencias Morfológicas.
- Cirugía.
- Dermatología y Otorrinolaringología.

- Estomatología.
- Farmacología.
- Fisiología.
- Medicina.
- Obstetricia y Ginecología.
- Pediatría.
- Psiquiatría, Radiología y Salud Pública.

*Facultad de Medicina de la Autónoma de Madrid:*

- Anatomía Patológica.
- Bioquímica.
- Cirugía.
- Farmacología.
- Fisiología.
- Morfología.
- Pediatría.

*Facultad de Medicina de la Complutense de Madrid:*

- Anatomía Patológica.
- Anatomía y Embriología Humana I y II.
- Biología Celular.
- Bioquímica y Biología Molecular.
- Cirugía.
- Farmacología.
- Fisiología.
- Medicina Física y de Rehabilitación.
- Medicina I y II.
- Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Oftalmología y Otorrinolaringología.
- Pediatría.

- Psiquiatría.
- Radiología y Medicina Física.

*Facultad de Medicina de Alcalá de Henares:*

- Anatomía y Embriología Humanas.
- Bioquímica y Biología Molecular.
- Cirugía.
- Especialidades Médicas.
- Farmacología.
- Fisiología.
- Medicina.
- Genética.

*Facultad de Medicina de Murcia:*

- Biología Celular.
- Bioquímica y Biología Molecular e Inmunología.
- Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física.
- Fisiología y Farmacología.
- Oftalmología, Otorrinolaringología y Anatomía Patológica.
- Genética y Microbiología.
- Psiquiatría.

*Facultad de Medicina de Navarra:*

- Anatomía
- Anestesiología y Reanimación
- Cardiología y Cirugía Cardiovascular
- Farmacología
- Fisiología Humana
- Medicina Preventiva y Salud Pública.



- Digestivo.
- Nefrología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Histología y Anatomía Patológicas.
- Humanidades Biomédicas.

*Facultad de Medicina y Odontología del País Vasco:*

- Biología Celular e Histología.
- Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología.
- Fisiología.

*Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández:*

- Bioquímica y Biología Molecular.
- Farmacología, Pediatría y Química Orgánica.
- Fisiología.
- Histología y Anatomía.
- Medicina Clínica.
- Patología y Cirugía.
- Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología.

*Facultad de Medicina y Odontología de Valencia:*

- Anatomía y Embriología.
- Cirugía.
- Estomatología.
- Fisiología.
- Medicina.
- Patología.
- Pediatría, Obstetricia y Ginecología.
- Sección departamental de Bioquímica.

- Sección departamental de Farmacología.
- Sección departamental de Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Legal.