

Interpretazione per la cooperazione internazionale - lingua spagnola - Mod. a

Angel De La Torre Sanchez

Dispensa

2023-2024

Programma

Obiettivi

Il presente modulo mira a fornire agli studenti le basi teoriche e pratiche relative **all'interpretazione dialogica e all'interpretazione consecutiva**, fornendo una panoramica generale della professione. In particolare, il modulo analizzerà la figura **dell'interprete di trattativa**, si descriveranno gli aspetti essenziali, quali compiti, ruolo, responsabilità e criticità. Concretamente, si forniranno gli strumenti necessari allo scopo di sviluppare una propria tecnica di presa d'appunti in maniera autonoma e progressiva e si introdurrà, altresì, l'attività di traduzione a vista all'interno della professione dell'interprete.

In particolare →

Il corso si focalizzerà **sull'interpretazione medica**. Saranno proposte esercitazioni pratiche in vari ambiti specialistici, impiegando registrazioni di interazioni autentiche tra professionisti medici e pazienti, oltre a simulazioni. La parte teorica del corso approfondirà le **dinamiche interazionali della comunicazione medica** mediata, esaminando anche le problematiche deontologiche correlate.

Valutazione

Il voto sarà determinato considerando i seguenti parametri:

- precisione nella traduzione degli scambi conversazionali (50% - 15 p.);
- familiarità con la terminologia medica studiata nel corso (20% - 6 p.);
- abilità nell'applicare le strategie interpretative apprese e nell'adattarsi in modo flessibile alle variazioni contestuali (20%, 6 p.);
- comprensione delle tematiche teoriche trattate durante il corso (10% - 3 p.).

Schema del contenuto teorico

- 1- Una premessa sulla mediazione linguistico-culturale
- 2- Interpretazione nel settore sanitario
- 3- La traduzione nella mediazione linguistica
- 4- Linguaggio medico in lingua spagnola e generi testuali
- 5- Traduzione a vista in ambito medico

Presentazioni

Interprete vs mediatore (Trovato)

Articolo 1: La mediazione linguistica e culturale: alcune osservazioni sulla sua complessità concettuale e la sua collocazione nel contesto universitario italiano (pp. 65-75)

Il mediatore linguistico sotto la lente: analisi di un'interazione spagnolo-italiana nell'ambiente medico (Pontrandolfo)

Articolo 2: allineamento verbale - punto 4 (pp. 18-22)

Articolo 3: strategie - punto 5 (pp. 22-28)

Articolo 4: dimensione linguistica - punto 6 (pp. 28-32)

Contributo dell'interprete al discorso (Amato)

Articolo 5: Zero renditions (pp. 66-75)

Articolo 6: No renditions (pp. 78-85)

Dimensione interculturale della mediazione (Baraldi e Gavioli)

Articolo 8: La mediazione come promozione dell'adattamento interculturale (pp. 161-174)

La mediazione come costruzione dell'essentialismo

Articolo 9: Quando la costruzione etnocentrica parte dal mediatore (pp. 175-180)

Articolo 10: Quando la costruzione etnocentrica parte dal personale sanitario (pp. 181-190)

1. Una premessa necessaria: la mediazione linguistico-culturale è sempre utile?

Prima di entrare nei dettagli della MLC e delle sue forme, che saranno l'oggetto principale di questo volume, ci soffermiamo brevemente su un aspetto preliminare al discorso sulla mediazione, che riguarda l'interazione tra paziente e operatore sanitario *senza* il sostegno della MLC.

Nonostante la sua importanza, la MLC non è sempre e necessariamente gradita dagli operatori sanitari. Un operatore sanitario preferisce infatti parlare direttamente con il paziente, quindi avverte l'esigenza dell'intervento della mediatrice soltanto se non riesce a intendersi con il paziente. In tal senso, la MLC è percepita come un "male minore", sebbene gli operatori ne apprezzino la funzione per affrontare i non pochi casi in cui hanno bisogno di intendersi, soprattutto nei servizi in cui la clientela migrante è molto diffusa, come i servizi materno-infantili.

Questo punto di vista degli operatori è perfettamente comprensibile ed è anche chiaro che non tutti i pazienti migranti hanno bisogno di assistenza linguistica. Per capire se e in che misura sia utile la MLC, vale la pena di chiarire quali sono i vantaggi e gli svantaggi di una comunicazione diretta con i pazienti migranti. Per questo scopo, forniamo alcuni esempi, tratti dal nostro piccolo ma interessante insieme di registrazioni di incontri non mediati, in particolare nei servizi di ostetricia.

Ne vedremo cinque. I primi due evidenziano i vantaggi della comunicazione diretta anche con i pazienti migranti e fanno quindi capire perché l'operatore apprezzi la possibilità di comunicare direttamente con il paziente. Gli esempi che seguono mostrano, invece e in modo crescente, che il "male minore", la MLC, può essere un male molto necessario.

Nei primi due esempi, dunque, la competenza linguistica delle pazienti è tale che una comunicazione diretta è possibile. Nell'esempio 1.1, l'ostetrica dà una serie di suggerimenti a una paziente, la quale reagisce manifestando competenza nella lingua e anche nel comprendere il senso che viene dato ai consigli:

Esempio 1.1 *succo di frutta no perché c'è zucchero*

- 01 O sono queste (.) sono vitamine [eh? (.) ne pr]endi una al giorno
[okay (.) va bene]
- 02 P mangio (la) con acqua
- 03 O sì con un goccino d'acqua
- 04 P può mangiare o anche [(se non è mangiato)]
[come vuoi] è uguale
- 05 O (2.8)
- 06 O acqua o succo di frutta quello che [è uguale]
[il succo di] frutta no
- 07 P perché c'è zucchero
- 08 O ah brava allora tu ti ricordi ((risata))
- 09 O (0.5)
- 10 P [non so come (??) (??)]
- 11 O [succo naturale] però lo puoi bere non quelli che contengono lo zucchero
- 12 P kiwi anche kiwi va bene kiwi perché mi piace prendere [kiwi (.) sì?]]
- 13 O (.) quanti ne] mangi però in un giorno? (.) tan[ti:?] [s:i] [[((risata))]]
- 14 P quattro o cin[que]
- 15 O [eh::] forse sono un po' troppi ((risata))
- 16 P io mi::: (.) mandarini meglio (.) io piace da prendere:: man-darin- aran- arancia
- 17 O l'arancia meglio okay ((risata))
- 18 P (1.6)
- 19 O pera?
- 20 P (0.7)
- 21 O è dolce anche la pera (0.7) l'ananas ti piace?
- 22 P sì [ah sì però:]
- 23 O [ah l'ananas va bene]
- 24 P mi (.) dopo mi ehm: (0.7) mi::: [(prende)] [ti] infiamma la boc[ca?] [mm]
- 25 O hm perché è un po' acida sì

All'indicazione dell'ostetrica di prendere delle vitamine, la paziente reagisce con domande pertinenti, chiedendo se le deve inghiottire con l'acqua (turno 03) o se le deve prendere prima o dopo i pasti (turno 05). L'ostetrica risponde che non ci sono particolari prescrizioni e aggiunge che le vitamine possono essere prese con qualsiasi liquido, "acqua o succo di frutta". Questa aggiunta dà inizio a una sequenza che riguarda i problemi di dieta durante la gravidanza. In questa sequenza, infatti, la paziente mostra di ricordare altre prescrizioni che le sono state date per la sua salute in gravidanza, ossia di stare attenta ai succhi di frutta perché contengono zuccheri. Questa manifestazione di competenza viene apprezzata dall'ostetrica e la conversazione prosegue con uno scambio di suggerimenti e precisazioni sul regime dietetico della paziente in gravidanza.

In questo esempio, l'interazione non ha una forma gerarchica, basata sulle prescrizioni dell'operatore sanitario e sull'accettazione della paziente: si tratta di una co-costruzione, nella quale la competenza linguistica consente alla paziente di essere particolarmente attiva. Questa forma di co-costruzione tra operatore e paziente è chiaramente impossibile nel caso in cui entri in gioco la MLC e spiega quindi perché l'operatore apprezzi la comunicazione diretta con la paziente.

L'esempio che segue mostra un'altra sequenza in cui la paziente collabora all'interazione in modo competente, illustrando i movimenti del bambino nella pancia e raccontando un episodio personale che si è verificato durante l'ecografia.

Esempio 1.2 *ha fatto ciao con la manina*

- 01 O guardo se ho: (1.6) dei grafici de:l pe:so del per aggiunge:re (.) no (.) °non l'ho trova:ta° (.) °va molto be:ne° (0.7) °giusto un momento (.) (dov'è)° (1.3) comunque va bene (5.6)
- 02 P se non muovi si muovì sempre anche la notte quando dormi
- 03 O davvero?
- 04 P sì muovì se:mpre sempre
- 05 O Hm
- 06 P Hm
- 07 O hh però quello è un buon segno sai? (.) è buono se si muove be:ne (.) [vuol dire] che sta bene (0.9) che ha molta energia [ah]
- 08 P Ah
- 09 P ((risata))
- 10 O quando facevo f- (.) ecografia ha aperto la mano così (.) [la dottoressa ha detto]

- 12 O ((risata)) [dai:
guarda [(risata)]]
- 13 P [(risata)]] sei riuscita a [vederla qui]ndi eh? ((risata))
- 14 O sata)
- 15 P [si:]
- 16 P ha aperto mano poi chiuso poi apri [(risata)]]
- 17 O [(risata)]] ti ha salutato
ha fat[to ciao ((risata))]]
- 18 P [si:] ((risata))]]

Come si può vedere, ad esempio al turno 03, l'ostetrica mostra interesse, incoraggiando la paziente a continuare la sua descrizione dei movimenti del bambino. Non evidenzia un interesse di tipo "medico", ma piuttosto manifesta sensibilità affettiva ("davvero?"), segnalando comunque il fatto che il movimento del bambino è una buona notizia anche sul piano medico. Al turno 11, la paziente introduce l'episodio dell'ecografia in cui il bambino sembrava fare ciao con la mano e questo racconto viene nuovamente accolto da segnali di sensibilità affettiva da parte dell'ostetrica (turni 12, 14, 17).

Questo esempio evidenzia come la comunicazione diretta possa consentire all'operatrice di manifestare in modo diretto una sensibilità che difficilmente può essere manifestata nel caso della MLC, dove gli interlocutori sarebbero almeno due, la mediatrice e l'operatrice. Dunque, non soltanto la costruzione dei contenuti (ad esempio dietetici, come nell'esempio 1.1), ma anche la manifestazione di sensibilità viene avvantaggiata dalla comunicazione diretta.

L'esempio 1.3 evidenzia invece maggiori problemi linguistici, che tuttavia vengono affrontati con una certa competenza comunicativa dall'ostetrica. In particolare, riprendendo i turni precedenti della paziente, l'ostetrica interpreta il senso di ciò che intende dire. Tale azione consente all'ostetrica sia di evidenziare la propria attenzione, sia di verificare la propria comprensione, sia di dare al contributo della paziente un contenuto riconoscibile e condiviso.

Esempio 1.3 *il sonno è molto richiesto in gravidanza*

- 01 P e voglio basta dormire (.) n- non hai dormire riposare così non voglio parlare con nessuno n(h)on voglio fare niente
°voglio riposare così e basta°
- 02 O eh sei molto passiva]
- 03 P [(?) de tre: mh de prima: tre mesi secondo me

- 04 O sì (.) si può essere cioè tu dici tu hai bisogno di la- las- il sonno è molto richiesto dalla dalle donne in gravi[dan]za soprattutto nel primo trimestre [mhm]

- 05 P Sì

- 06 P Sì
- 07 O quindi si sta:ncano: facilmente=hanno proprio bisogno di dormire (.) è chiaro che tu (.) con il tuo bimbetto piccolo fai un po' più fatica

- 08 P Sì
- 09 O perché devi- c'è lui quindi devi prestare le attenzioni anche a lui e quindi (.) è- diciamo che la stanchezza aumenta con l'aumentare dei: dei bambini eh?

- 10 P mh mh
- 11 O perché ci sono e quindi dobbiamo dare ascolto anche a lo[ro e questo]

- 12 P [s:.....:]]

- 13 O eh comporta un super lavoro (2.0) io direi di adesso portar pazienza se vedi- però d- riesci a riposarti cioè non è che (?)

In questo esempio, l'uso della lingua italiana da parte della paziente è più problematico e l'ostetrica si fa carico anche di reinterpretare il significato del problema posto dalla paziente. Questa re-interpretazione, che si basa su un turno della paziente (turno 01) faticosamente espresso ma comprensibile, inizia al turno 02 in cui l'ostetrica mostra di avere compreso come si sente la paziente ("eh sei molto passiva"). Questo commento evidenzia attenzione e rilancia l'espansione della paziente, che propone un'auto-diagnosi al turno 03 (il fatto di essere nel primo trimestre della gravidanza). La prima parola del turno non è comprensibile perché in sovrapposizione alla parte finale del turno precedente, ma è seguita dalla frase "de tre: mh de prima: tre mesi secondo me", che nuovamente evidenzia i problemi di competenza linguistica ("de" al posto di "dei", "prima al posto di "primi"), pertanto il "secondo me" finale non conclude una chiara definizione del punto. Tuttavia, al turno 04, l'ostetrica conferma la plausibilità dell'auto-diagnosi e riprende nuovamente quanto detto dalla paziente per assicurarsi di avere compreso ("cioè tu dici tu hai bisogno di la-las-") per poi proseguire con una conferma dell'esigenza della paziente ("il sonno è molto richiesto dalla- dalle donne in gravidanza soprattutto nel primo trimestre"). Nei turni successivi, l'ostetrica espande la sua conferma con una spiegazione medica, accompagnata dai ripetuti segnali di comprensione della paziente.

Nei tre esempi che abbiamo visto, la competenza linguistica delle pazienti non è tale da impedire la comunicazione, quindi l'operatrice, può interpretare le necessità della paziente e comunicare direttamente con lei.

Gli esempi che seguono, invece, (1.4 e 1.5) evidenziano gravi problemi di comunicazione, determinati dalla difficoltà di intendersi tra ostetrica e paziente.

Esempio 1.4 *tuò marito è tuo cugino?*

- 01 O tu e tuo marito non siete parenti (1.4) non siete cugini
(0.8)
- 02 P qua: o Africa:
- 03 O Africa tu e tuo marito (0.6) è tuo cugino
- 04 P Sì
- 05 O è tuo cugino?
(0.8)
- 06 P mio marito?
- 07 O tuo marito
- 08 P Sì
(0.9)
- 09 O cioè siete cugini di primo grado?
(1.0)
- 10 P °(ehm)° (1.7) sì: (0.8) (qua:) tanti cugini: (.) ehm (.) ehm (.)
sì sì (.) cugini tan[ti] [cu]gini
- 11 O (0.5)
- 12 P Sì
(5.6)
- 13 O cioè [tua mamma e tuo] padre cosa vuol [dire]
[cosa] cosa (.) cu-
- 14 P [cosa: (.) co-] gino cosa [eh
(.) erano fratelli di (.) suo pa:dre o tua ma:dre
(0.5)]
- 15 O (0.5)
- 16 P Sì
(1.2)
- 17 O chi erano i fratelli? tua mamma con suo papà (.) o tua
mamma con (.) suo: [sua mamma]
[io non ho ca]pito cosa mio: (.) ehm (.)
- 18 P mari- mio marito:
- 19 O tuo marito
- 20 P eh eh
- 21 O tuo marito (.) your husband
- 22 P eh eh
- 23 O is your parents? (.) for you?

- 24 P (1.0)
okay
(1.2)
- 25 O you understand?
- 26 P yes
(1.1)
- 27 O your husband
- 28 P e:h
- 29 O is your parent for you?
(1.2)
- 30 P if (0.6) (3syll) (are cousins)?
- 31 O °eh° (.) sì
- 32 P No
- 33 O no non siete pare:nti
- 34 P no non [no ((laughter))]
- 35 O [ah ecco avevo capito (.) be:ne o:lé] ci sia:mo (.) ca-
piti quindi andiam bene no non siete parenti (1.5) abbi-
am detto che pe:si settantatre e ci:nque (2.5) e che sei a:Ita uno
e sessantasei (0.7) °ventisei punto sette°

Nell'esempio 1.4, l'ostetrica rivolge alla paziente una domanda di anamnesi di routine, per verificare eventuali (ma improbabili) consanguineità tra i genitori del nascituro. La domanda viene dapprima posta in forma generale ("tu e tuo marito non siete parenti"), che evidenzia la preferenza dell'ostetrica per una risposta negativa. Tuttavia, le difficoltà di comprensione della domanda (evidenziate dal silenzio che la segue), portano a riformularla in una forma decisamente più ambigua ("non siete cugini"), che rende comprensibile alla paziente soltanto la parola "cugini" e genera un equivoco il cui chiarimento richiede un lasso elevato di tempo e un grande sforzo comunicativo. La paziente, infatti, reagisce alla comprensione della parola "cugini" affermando di avere tanti cugini e non capendo i riferimenti dell'ostetrica a "tu e tuo marito". L'ostetrica non coglie l'equivoco, quindi si convince della plausibilità che effettivamente i coniugi siano cugini, probabilmente condizionata dallo stereotipo che prevede che gli sposi africani siano spesso consanguinei. Al turno 17, cerca di approfondire il punto, ma al turno 18 la paziente mostra un dubbio sulla propria comprensione, dichiarando di non avere capito. A questo punto, l'ostetrica si rende conto del potenziale equivoco e per chiarirlo passa alla lingua inglese, ma commettendo un tipico errore da "false friend", cioè utilizzando il termine "parent" come equivalente di "parente". Dopo un'esitazione che probabilmente segnala sorpresa per la domanda, la paziente nega che il marito sia suo "parent" e sembra anche

capire l'equivoco. Pertanto si giunge, in modo alquanto rocambolesco, alla conclusione che i due non sono parenti.

Nell'esempio 1.5, infine, l'ostetrica tenta di usare il francese per comunicare con la paziente nordafricana: tuttavia, la sua scarsa competenza linguistica non le consente di farsi capire nemmeno per l'uso di termini di base, come "sale". Anche dunque per una semplice prescrizione dietetica, si produce una conversazione faticosa, che richiede dodici secondi per trovare un'immagine che permetta alla paziente di capire.

Esempio 1.5 *le sel*

- 01 O h oui (1.3) est-ce que tu manges avec beaucoup de sal?
(0.7)
- 02 P beaucoup de?
- 03 O sal (.) sale
(0.7)
- 04 P sale: [ehm si si]
- 05 O [s:a] (.) hm
- 06 P Sucre
(0.5)
- 07 O ehm (.) le sal
- 08 P a:h
- 09 O ehm blanc (.) [h ehm]
- 10 P [si:] (.) si (0.5) a::h hm:::: hm: [le caillou]
blanc?
- 11 O [aspetta]
- 12 O no aspetta non lo so (.) aspetta un attimo (1.3) guardiamo se riesco a fartelo vedere
(12.2)
- 13 O hm (0.8) le sal
- 14 P a:h sale

Negli esempi 1.4 e 1.5, è evidente sia la fatica che richiede la comprensione reciproca, sia il rischio di malinteso, che in questi casi non si verifica, ma che potrebbe verificarsi in situazioni più complicate e delicate. In questi casi, le consistenti difficoltà incontrate dagli operatori sanitari nel farsi capire in lingua italiana o in una lingua franca rendono la comunicazione diretta non efficace.

È evidente che non può essere l'istituzione, né sul piano organizzativo, né su quello operativo, a "selezionare" le pazienti competenti per una comunicazione diretta, attivando la MLC per quelle incompetenti, anche perché,

posto che si trovassero criteri sensati per operare questa selezione, sarebbe di per sé stessa più costosa della MLC, che comunque andrebbe prevista. Pertanto, l'esigenza di una MLC strutturata nasce sia dall'imprevedibilità dei problemi linguistici (ed eventualmente culturali) che si presentano durante le visite, sia da un criterio di equità di accesso, che deve essere sempre garantito, indipendentemente dalla competenza linguistica delle pazienti (e delle operatrici).

In conclusione, la MLC non garantisce i risultati di co-costruzione dei significati o di manifestazione di sensibilità verso i pazienti che possono essere ottenuti in casi come quelli mostrati negli esempi 1.1 e 1.2. Tuttavia, da un lato evita i problemi (con i conseguenti rischi) che abbiamo evidenziato con gli esempi 1.4 e 1.5, dall'altro assicura molti altri vantaggi, che vedremo nel seguito di questo volume.

La interpretación en los centros sanitarios: “A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete”

Aurora Ruiz Mezcua
Universidad de Córdoba
aurora.ruiz@uco.es

Fecha de recepción: 14.06.2012
Fecha de aceptación: 01.07.2012

Resumen: La traducción científica abarca temáticas muy heterogéneas y para poder desempeñar su labor correctamente, el propio traductor o intérprete debe “convertirse”, en cierto modo y en la mayoría de las ocasiones, en ese profesional de la ciencia al que traduce o interpreta y también en el paciente o usuario del servicio, lo cual conlleva ciertas responsabilidades. Trabajar como intérprete en los servicios públicos es una actividad muy compleja que requiere una formación específica en diversos ámbitos, como son: el sociocultural de los idiomas implicados, el lingüístico-terminológico que se deriva del trabajo desempeñado, el científico-metodológico que debe ponerse en funcionamiento según los requisitos específicos de la situación comunicativa, el conocimiento de la institución, organismo o centro para el que se trabaja, la utilización de la técnica de interpretación más apropiada, etc. Pero además, hay otros factores implícitos en estos contextos que pueden determinar el éxito o fracaso de la comunicación interlingüe, por ejemplo, la capacidad de gestión del estrés que se produce en estos casos. De este modo, uno de los objetivos de este trabajo de investigación es concienciar a los alumnos y profesionales de las dificultades de tipo psicológico con las que puede encontrarse el intérprete social que trabaja en los centros sanitarios para poder aplicar soluciones fáciles que le permitan desempeñar su labor de la manera más apropiada.

Palabras clave: traducción, interpretación, contexto sanitario, didáctica, estrategias formativas, psicología.

Interpreting in medical settings: “Sometimes a doctor, sometimes a patient... but always an interpreter”

Abstract: The term “scientific translation” involves a wide range of translation typologies. If the translator or interpreter wants to perform a good job, he or she must frequently “become”, in a certain way and in most occasions, the Science professional of these specific fields and also the patient or user of this service, which normally implies a lot of responsibilities. Working as an interpreter in community services is a difficult task that requires specific training, for instance: learning the terminology and language, as well as the main socio-cultural aspects and scientific-

methodological matters according to the particular communicative situation; choosing the appropriate interpreting mode required for the context, and learning the structure of the centre or institution the person will work for, etc. But there are also some other factors that could determine the success or failure of this act of communication, for example, the stress management. One of the main objectives of this paper is to make students and professionals aware of the psychological difficulties that community interpreters who work in health contexts might face, to apply easy techniques that could help the interpreter doing her/his job as good as possible.

Keywords: Interpretation, Health Context, Teaching, Psychology, Inter-linguistic Communication.

Sumario: 1. La traducción, la interpretación y el ámbito biosanitario. 2. La interpretación social/comunitaria/en los servicios públicos. 3. El cambiante mundo de la interpretación social en el ámbito sanitario español. 4. Algunas claves para la formación de intérpretes en los contextos biosanitarios. 4.1. Preparación del intérprete como transmisor de la información médica al paciente. 4.2. La preparación psicológica y emocional del intérprete. Conclusiones.

1. La traducción, la interpretación y el ámbito biosanitario.

Este artículo trata sobre la interpretación en los contextos relacionados con el sector de la salud. A simple vista, el subtítulo que forma parte del encabezado de este trabajo puede resultar, cuanto menos, confuso. No obstante, tras unas observaciones con respecto a la traducción, una definición funcional de la interpretación y unos apuntes sobre el trabajo que realizan los intérpretes en los contextos sanitarios, la frase que sirve como inicio de esta reflexión sobre la denominada interpretación social o en los servicios públicos, su formación y su práctica, empezará a tomar sentido.

A través de diversos tipos de fuentes, la sociedad y la comunidad científica producen diariamente una gran cantidad de textos escritos (normativas y leyes sanitarias, documentos de trabajo, control y gestión de enfermedades, prospectos de medicamentos, etc.) cuya traducción resulta imprescindible, pero no debemos olvidar que la comunicación oral dentro de este campo también se hace necesaria. Cuando nos referimos a la traducción oral, normalmente hablamos de interpretación lingüística. La "interpretación" puede definirse de manera funcional como "la transmisión de mensajes orales entre dos lenguas (...) transfiriendo todos los componentes para que dos personas que no comparten una misma lengua puedan interactuar sin que el idioma sea una barrera" (García Beyaert y Serrano Pons, 2009: 56).

La interpretación, al igual que la traducción, es una profesión que constantemente entra en contacto con otras disciplinas que se sirven de ella

para cruzar fronteras. Dada la imposibilidad de poseer un conocimiento absoluto, los traductores y la mayoría de los intérpretes suelen especializarse en una materia o aceptar encargos de una temática similar para adquirir un dominio más profundo de la misma, al menos, en teoría:

...Como toda modalidad compleja de traducción, la traducción científica debe ser tarea de traductores especializados con dedicación exclusiva y preparación adecuada, con independencia de su trayectoria formativa previa (Navarro, 2002: 309).

Más abajo el autor indica que el problema radica en que la sociedad no lo entienda así y que los estudios de Traducción e Interpretación no estén estructurados correctamente para la especialización del traductor científico. Por eso, diez años después de la publicación de su artículo, aún se sigue planteando el dilema de quién está más capacitado para traducir un artículo médico: ¿un traductor con conocimientos de medicina o un médico con conocimientos de varios idiomas? En cambio, en el caso del “intérprete especialista en medicina”¹ la cuestión difiere, pues en raras ocasiones una persona que no ha recibido formación en las técnicas de interpretación acepta un trabajo de esta índole, especialmente si se trata de una conferencia o congreso.

Dejando el aún vigente debate con respecto a la especialización a un lado, cabe destacar que el campo biosanitario es uno de los espacios que cuenta con mayor volumen de traducción e interpretación en la actualidad, especialmente en algunas combinaciones lingüísticas, y, por tanto, la demanda de traductores e intérpretes dentro del marco europeo e internacional formados específicamente en esta rama de conocimiento está en aumento. Este trabajo se centra en este último grupo de profesionales de la traducción oral que trabaja en los contextos sanitarios: los intérpretes.

El intérprete actúa como enlace entre el personal del centro sanitario al que traduce o interpreta y el paciente o usuario, convirtiéndose, en cierto modo, en cada uno de ellos para poder *transmitir sus palabras*, pero esa persona que se dedica a la traducción/interpretación también tiene sus propias emociones y sentimientos; de ahí el subtítulo de este artículo: “*A veces médico, a veces paciente, pero siempre intérprete*”.

¹ Realmente esta denominación no existe como tal, sin embargo, en la práctica profesional, hay intérpretes que se dedican al campo de la salud e intérpretes que no trabajan en asuntos relacionados con esta temática. De hecho, dentro del mundo profesional de la interpretación (al menos de conferencias), en los mercados locales, se suele distinguir entre los intérpretes que “hacen congresos de medicina” y los que no.

2. La interpretación social/comunitaria/en los servicios públicos.

En inglés, idioma de los países a los que debemos su reconocimiento, primeros estudios y mayor bibliografía, se conoce principalmente como "Community Interpreting", pero en español no existe una denominación única. Probablemente esto se debe a que en ella se incluyen una gran diversidad de situaciones comunicativas que se producen en contextos muy diferentes y que están reguladas por normas que son inherentes a cada país e institución. No obstante, en este trabajo se partirá de una definición genérica que servirá como base para clarificar el ámbito de estudio y que se refiere a la "interpretación social" en los siguientes términos:

...Aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales –policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos- y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país y que habitualmente pertenecen a minorías lingüísticas y culturales: comunidades indígenas que conservan su propia lengua, inmigrantes políticos, sociales y económicos, turistas y personas sordas (Abril Martí, 2006: 5).

Por otra parte, la interpretación en los servicios públicos es fundamentalmente una labor de "traducción oral", en interacciones de pocos participantes y en las que el intérprete se encuentra físicamente entre los interlocutores primarios, generalmente cara a cara; aunque en la realidad profesional, también cubre la traducción a la vista (e incluso la transcripción literal de ciertos documentos orales). Esta modalidad suele denominarse interpretación bilateral, de diálogo o de enlace².

Aunque no pueda demostrarse empíricamente, es posible que la interpretación (y especialmente en el modo bilateral) se trate de la actividad traductora más antigua del mundo. No obstante, la disciplina ha comenzado a recibir atención académica e institucional hace tan sólo unas décadas. Los países pioneros en su desarrollo son básicamente anglosajones, especialmente Australia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Suecia. Estos estados comenzaron a ser conscientes de las necesidades comunicativas de un sector de la población que no dominaba el idioma/s

² De acuerdo con la opinión de las investigadoras Katrin Vanhecke y Julia Lobato Patricio, se trata de "la modalidad en la que el intérprete se encuentra entre dos personas que hablan diferentes idiomas y traduce cada frase o cada secuencia de diálogo entre estos interlocutores. Es aquella que facilita la comunicación entre personas que no dominan o entienden la lengua o lenguas oficiales y las personas que trabajan en los servicios públicos con el fin de facilitar y procurar un acceso igualitario a los servicios jurídicos, sanitarios, educativos, sociales, etc." (2009: 9).

oficial/es y que no estaba vinculado ni a las relaciones diplomáticas, ni a los intercambios económico-comerciales ni a los asuntos científicos. Esto les llevó a contar con intérpretes que pudieran ocuparse de estas nuevas realidades:

...Australia es el país más avanzado en este tema, en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación de traductores/intérpretes en los servicios públicos, pues ya desde los años cincuenta empezó a dar solución a las necesidades comunicativas de los inmigrantes que comenzaron a llegar al país tras la Segunda Guerra Mundial (Sales Salvador, 2005: en línea).

3. El cambiante mundo de la interpretación social en el ámbito sanitario español.-

Dentro del territorio español, el estudio de la interpretación social ha sido más tardío. De hecho, según indica la investigadora Ann Martin, comenzó de forma visible a partir de los años noventa (2003: 440), pues durante gran parte del siglo XX eran los propios españoles los que emigraban a otros países. Sin embargo en las últimas décadas, este proceso ha cambiado y España recibe en la actualidad una cantidad importante de personas provenientes de otros países cuyas necesidades lingüísticas y culturales varían.

La presencia de este creciente conjunto de nacionalidades, idiomas y culturas en España exige el establecimiento de unos servicios de interpretación que permitan la comunicación en los sectores sanitarios, educativos, policiales o administrativos, por mencionar algunos de los principales, que quizás no quedan lo suficientemente delimitados en las leyes:

...La interpretación social es una realidad no reconocida en nuestro país y debemos ser conscientes de que las necesidades de comunicación de extranjeros, inmigrantes y minorías tienen lugar en infinidad de situaciones por lo que el desarrollo de problemas de comunicación es inevitable. De manera habitual las barreras de comunicación son eliminadas por los mismos miembros de las familias o de las comunidades que requieren la interpretación y, además, de forma voluntaria, lo que hace que la necesidad de interpretación social sea obviada y se convierta en una práctica de no profesionales (Mateo Alcalá, 2004: 3).

No obstante, el interés por la interpretación social parece estar en aumento en la actualidad; prueba de ello es que cada vez más centros de formación universitaria incluyen asignaturas relacionadas o afines a esta disciplina en sus planes de estudio (especialmente en los postgrados). Por

su parte, tanto los trabajos de investigación al respecto como los eventos (congresos, jornadas, cursos formativos, etc.) centrados en la interpretación en los servicios públicos se han duplicado en un espacio breve de tiempo (García Luque, F., 2009: 22), a pesar de que por el momento no existe una figura reconocida de "intérprete social"³.

Por otro lado, las autoridades competentes comienzan a darse cuenta de esta nueva realidad social y algunos organismos incluyen servicios y normativas al respecto. Es el caso, por ejemplo, del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que cuenta desde 2007 con un servicio de interpretación telefónica (que la Consejería de Salud de la CC.AA. de Andalucía denomina "servicio de tele-traducción") destinado a facilitar la comunicación entre usuarios y profesionales de la salud. Así ocurre, por ejemplo, en Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, donde se ha instaurado un sistema telefónico que permite la comunicación multilingüe⁴:

...La comunicación se establece mediante un dispositivo que permite que los interlocutores se conecten con un traductor instalado en un teléfono móvil que dispone de un sistema de doble auricular y micrófono al que se conectan ambos y a la vez se comunican con la central de traducción que posibilita la conversación. El hospital dispone de 10 móviles repartidos en el Servicio de Urgencias, Hospital General, Consultas Externas, Materno Infantil, UCI, los servicios de atención al ciudadano de Avenida de América y del Reina Sofía y las subdirecciones de enfermería. (*Diario Córdoba*: en línea)⁵.

Asimismo, en otros centros sanitarios comienzan a emplearse otras iniciativas para romper las barreras idiomático-culturales. Por ejemplo, en los hospitales públicos de la comunidad Madrid se utilizan (además de la interpretación telefónica a través, sobre todo, de *Dualia*⁶), sistemas como

³ De hecho, en numerosas ocasiones se recurre a profesionales de otros campos o incluso a voluntarios para resolver los problemas lingüísticos derivados del desconocimiento del idioma del país por parte del usuario. No obstante, como se ha indicado en numerosas ocasiones a lo largo de este trabajo, una escasa formación en la materia puede conllevar riesgos para la comunicación intercultural, pues es necesario que la persona que trabaje como intérprete conozca la profesión, las culturas y la terminología adecuada.

⁴ Este servicio se publicita en el propio hospital, en cuyas salas de espera pueden encontrarse carteles donde aparecen las ventajas de la *tele-traducción*.

⁵ Disponible en su versión digital publicada el 8/4/2012 en:

<http://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/el-reina-sofia-oferta-un-servicio-de-traducion-para-extranjeros_342565.htm> [Consulta: 11 de abril de 2012].

⁶ Sistema telefónico de manos libres con doble auricular y doble micrófono.

*Doctor Speaker*⁷ o folletos y paneles informativos con nociones básicas en varias lenguas⁸ (Faya Ornia, 2011: 287).

Por su parte, la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia ha introducido unos pictogramas que incluyen imágenes, números y algunas frases comunes en nueve idiomas:

...Según explica el subdirector general de Planificación e Ordenación Territorial, Ángel Facio, la iniciativa pretende "garantizar los derechos sanitarios" a las extranjeras. [...] No se puede garantizar, continúa, que exista un intérprete en cada centro de atención primaria, aunque reconoce que, en casos muy complicados, existen convenios "con determinadas instituciones, como embajadas" para obtener los servicios de algún traductor si es necesario. En todo caso, comenta, en los grandes hospitales siempre existe alguien en el equipo que puede apañarse en uno u otro idioma. No ocurre lo mismo en los centros de atención primaria, donde los profesionales que tendrán contacto con la embarazada serán el médico y la matrona. (*Faro de Vigo*, 2010: en línea⁹).

Sin duda se trata de una iniciativa alentadora, más aún cuando no es posible que un intérprete esté presente; pero no deja de sorprender el hecho de que se utilicen los términos "apañarse" cuando se habla de la interpretación en estos contextos para centros hospitalarios grandes o en casos complicados. Al mismo tiempo, como indicaba Mateo Alcalá en la cita incluida más arriba, la interpretación no siempre se lleva a cabo por profesionales contratados para desempeñar el oficio y aún se recurre al voluntariado para superar las posibles barreras lingüísticas en muchos centros sanitarios.

4. Algunas claves para la formación de intérpretes en los contextos biosanitarios.

Existe una triple dimensión de interacción para el intérprete que trabaja en los contextos biosanitarios: por un lado, el intérprete asume el rol del médico/personal de atención al que traduce, por otra el del paciente y por último, el suyo propio, su personalidad, ya que no puede desprenderse

⁷ Software audiovisual para los formatos de Ipad, Iphone, etc. disponible en nueve idiomas que permite plantear preguntas cerradas y abiertas.

⁸ Estos últimos se se utilizan cuando no se puede disponer de un intérprete y cuyas funciones, obviamente, son muy limitadas.

⁹ Noticia publicada el 18 de febrero de 2010 en la versión electrónica del diario *El Faro de Vigo*, sección Sanidad, con el título "Intérpretes de Papel", disponible en la url: <<http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2010/02/18/interpretes-papel/412638.html>> [Consulta: 11 de abril de 2012].

de sus creencias, sentimientos y emociones, por muy neutral que pretenda ser. Teniendo en cuenta esta triple vertiente, podemos dividir las necesidades del intérprete en los contextos sanitarios en dos grandes tipos: la necesidad de preparación lingüístico-cultural y comunicativa cuando actúa como profesional sanitario y la necesidad de preparación emocional para que no le afecte personalmente la situación del paciente:

4.1. Preparación del intérprete como transmisor de la información médica al paciente.

En general, los pacientes no están satisfechos con la preparación comunicativa de los médicos. En principio se trata de un obstáculo que el intérprete debe intentar solventar cuando realice su trabajo, pues su papel es de mediador y profesional de la comunicación interlingüística. Por este motivo resulta oportuno que reciba formación a este respecto y aprenda las estrategias relativas a la comunicación del mensaje al paciente:

a) Habilidades del intérprete referidas al contexto.

Será recomendable que, en la medida de sus posibilidades, el intérprete cree una atmósfera en la que los pacientes se sientan cómodos para comunicarse abiertamente:

...Interpreters (...) have an obligation to treat everyone in the encounter with dignity and courtesy, respecting the rights and duties of each individual, including their own. An essential implication of this principle is that the interpreter respects the autonomy and expertise that each party brings to the encounter" (Código Ético del *Nacional Council on Interpreting in Health Care*¹⁰, 2004: 20).

También debe situarse al mismo nivel que el paciente y a una distancia adecuada. Si éste está sentado, el intérprete debería sentarse. Si por el contrario está de pie, se recomienda que adopte lo que los expertos llaman una *postura abierta* (Acinas, M.P., 2004: 121), es decir, cabeza erguida, brazos a ambos lados del cuerpo, mirando al interlocutor y al entorno con expresión relajada.

Por otro lado, la proximidad física desempeña un papel muy importante en la comunicación, ya que para que los usuarios se sientan cómodos es importante que los interlocutores mantengan un espacio interpersonal apropiado. Éste es un aspecto que difiere entre culturas; por ejemplo, los norteamericanos, británicos y canadienses necesitan una mayor distancia interpersonal que los latinoamericanos, japoneses y árabes

¹⁰ El documento completo puede consultarse en la siguiente dirección: <<http://www.ncihc.org>> [Consulta: 10 de abril de 2012].

(Sharon *et alii*, 2004: 7)¹¹. En España, ésta oscila entre 46 y 120 cms. (Acinas, 2004: 144-146).

Por último, en caso de que el médico hable directamente con el intérprete y no con el paciente, es aconsejable que el intérprete le recuerde su papel como mediador y le pida al facultativo que se dirija al paciente.

b) *Habilidades relativas a la comunicación verbal.*

En primer lugar, cabe destacar que es básico que el intérprete conozca la terminología adecuada. Un traductor/intérprete necesita comprender el sentido del mensaje original para transmitirlo en lengua meta. Para ello es fundamental que esté familiarizado con el vocabulario que se utiliza con frecuencia en el contexto en el que trabaja. El intérprete tiene que conocer el lenguaje médico preciso más habitual¹². Recordemos, además, que no dispone de tiempo *in situ* para documentarse cuando se encuentra con dificultades de tipo terminológico, sino que debe anticiparse a las posibles dudas y aprender aquello que pueda resultarle necesario de antemano para poder resolver la situación de manera satisfactoria. Asimismo, es importante que use un lenguaje comprensible en lugar de excesivamente técnico, para que el paciente pueda comprender mejor el discurso, ya que el principal fin de la interpretación es la comunicación interlingüe.

Por otra parte, el intérprete puede neutralizar las posibles asimetrías entre culturas. Ya sabemos que el intérprete es un nexo entre culturas, no únicamente entre lenguas y, en algunas ocasiones, es necesario que intervenga para explicar ciertas conductas o hábitos que pueden diferir entre éstas. Por ejemplo, si un doctor europeo prescribe una dieta de varias comidas al día para un paciente musulmán durante el mes de Ramadán o rica en alimentos que están prohibidos de acuerdo con los preceptos coránicos (no "*halal*"), lo más seguro es que el paciente no siga el tratamiento. El papel del intérprete en este caso sería explicar las diferencias religiosas para poder elaborar una dieta apropiada que sea lo más respetuosa posible con las creencias del usuario.

Por último, es primordial que el intérprete aprenda a comunicar las noticias desagradables, que son muy frecuentes en los contextos sanitarios. Para ello, no debe partir de la falsa impresión de que el objeto de la noticia

¹¹ Pueden distinguirse cuatro zonas principales según la distancia de separación: la zona íntima (sólo se permite la entrada a seres allegados), personal (la que suele utilizarse en reuniones sociales, en el lugar de trabajo, etc.), social (normalmente, se emplea con aquellas personas a las que no se conoce) y pública (usada para dirigirse a grupos de personas desconocidas, como por ejemplo en ponencias). Se recomienda que el intérprete se sitúe en la segunda.

¹² En realidad existen numerosos estudios acerca de este "tecnolecto", que quizás sea el que goce de más prestigio dentro de los lenguajes científico-técnicos.

es responsabilidad suya, pues si esto ocurriera, el intérprete se sentiría intimidado por la tarea y no sabría cómo abordarla. Lo ideal es que se adopte un enfoque asertivo, directo y a la vez comprensivo (Acinas, M.P., 2004: 98-99).

4.2. La preparación psicológica y emocional del intérprete.

a) Características e implicaciones de la actividad de interpretación social en el ámbito sanitario

En principio, para sobrellevar la actividad que se requiere en estos contextos, el intérprete debe tener estabilidad emocional: debe ser una persona equilibrada, que sepa controlar sus emociones e impulsos y que no se altere con facilidad en su trabajo.

A pesar de todo, hay ciertas situaciones en las que el intérprete puede verse afectado de forma más evidente, por ejemplo, si trata con pacientes con los que pueda verse identificado, con personas que han experimentado situaciones violentas (torturas, abusos, graves pérdidas familiares¹³), si trata con usuarios alterados en exceso o con patologías graves o si le resulta imposible ofrecer ayuda, es decir, se siente impotente al no poder realizar su trabajo.

De este modo, una implicación excesiva con el paciente o sus problemas puede ser perjudicial para el intérprete, ya que puede crearse una unión emocional que le lleve a querer ayudar por encima de sus propias posibilidades. Las consecuencias de esta vivencia pueden llegar, por ejemplo, hasta el punto de sufrir el síndrome de estar quemado o *burnout*¹⁴ o al desgaste por empatía o *compassion fatigue*¹⁵. Así lo demuestran algunos estudios realizados a este respecto, como por ejemplo, el llevado a

¹³ La mayoría de los intérpretes que trabajan en los servicios sociales tratan especialmente con el colectivo de inmigrantes y se encuentran con usuarios que presentan un cuadro clínico que se ha acordado denominar "Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o *síndrome de Ulises*" (aún no aparece en referencias como el DMS-IV) y que se caracteriza, de acuerdo con algunas investigaciones, como las llevadas a cabo por Joseba Achotegui, profesor de Psiquiatría y director de un centro hospitalario en Barcelona, por la acumulación de estresores y duelos como la soledad, el fracaso, la lucha por la supervivencia (alimentación, vivienda) o el miedo (Achotegui, 2004: 39-52).

¹⁴ Se trata de un término muy conocido y utilizado en psicología que Freudemberguer acuñó en 1974 para referirse a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral de determinados profesionales como resultado del mantenimiento de expectativas demasiado elevadas (Masc, C. et alii, 2007: 50).

¹⁵ Este podría definirse como las emociones y conductas naturales resultantes del conocimiento de un evento traumático experimentado por otra persona. Se caracteriza por cuatro grupos de síntomas: reexperimentación del suceso, evitación de situaciones relacionadas con la vivencia, embotamiento psíquico e hiperarousal o hiperactivación (Morrissette, 2004: 53-54).

cabo en 2006 por el Área de Medicina Interna en uno de los hospitales de tercer nivel del *Servizo Galego de Saude* (SERGAS), en cuyos resultados los autores afirman que:

...las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a esta patología [burnout] incluida por la OMS en el capítulo XXI del CIE-10 como un factor de riesgo para la salud. El síndrome de desgaste, agotamiento profesional o burn out, tiene tres componentes esenciales en la situación de sobrecarga que implica: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional” (Masc, C. y Villamil, 2007: 50).

Las consecuencias de trabajar en esos contextos pueden llegar a ser muy perjudiciales si el intérprete no toma conciencia y no está preparado para superarlas. De esta forma, en el contexto profesional, las alteraciones emocionales pueden producir el fenómeno de transferencia-contratransferencia psicoterapéutica, ansiedad y estrés, percepciones erróneas, problemas de memoria, problemas de corazón (en casos extremos), así como el mencionado síndrome de estar quemado o *burnout*, que a su vez puede manifestarse en desilusión, falta de motivación, apatía, agotamiento físico y mental, pérdida de energía y sensación de frustración. Fuera del lugar de trabajo, el intérprete puede padecer problemas en las relaciones familiares, depresión y los efectos del trauma vicario. Blair y Ramones (1996) describen este fenómeno de la siguiente manera:

...Las interminables historias de violencia, crueldad, explotación y atrocidad; el impacto emocional de experimentar el terror del otro, el dolor y la angustia y la continua exposición a los aspectos oscuros de la condición humana pueden producir síntomas notablemente similares a los síntomas postraumáticos de los pacientes (Valero Garcés, C. 2003: en línea).

b) Recomendaciones para afrontar el impacto psicológico que puede sufrir el intérprete

1. Concienciación, motivación y conocimiento de algunos conceptos psicológicos esenciales. Antes de ejercer por primera vez, el intérprete debería tomar conciencia de que el trabajo puede afectarle emocionalmente, por eso es importante que en los centros formativos se comente con los estudiantes los problemas psicológicos que este puede ocasionarle. En ningún caso se trata de infundir temor, sino de que ajuste sus expectativas de trabajo a la realidad del contexto laboral. Asimismo, es importante que los futuros intérpretes conozcan algunos términos básicos sobre

psicología (ansiedad, autoconcepto, autoestima, depresión, estrés, etc.) que puedan ayudarle a comprender la situación y los mecanismos adaptativos que se activan en dichas situaciones con vistas a que estos no se vuelvan en su contra.

2. Estrategias para afrontar y resolver los problemas laborales. Existen numerosas técnicas psicológicas que pueden ayudar al intérprete a prevenir la aparición de problemas físicos y mentales causados por el estrés en el contexto laboral. La clave está en probar y aplicar aquellas que mejor funcionen en cada persona o para cada contexto. Algunas de las más fáciles de poner en práctica y más recomendadas por los psicólogos que tratan a los trabajadores sanitarios son las siguientes: la *Relajación (a través de la respiración diafragmática o abdominal o relajación progresiva de Jacobson*, por ejemplo), la *Resolución de problemas* (en la que se desglosan las preocupaciones en cinco fases para su abordamiento), la *Distracción cognitiva* (nos centramos en otro asunto para no recordar o pensar aquello que nos preocupa) o el *Método de autoinstrucciones* (el usuario se repite unas frases que le ayudan a sentirse mejor). Obviamente, en el caso de que el problema sea más grave, sería conveniente consultar con un experto que pudiese aconsejar una estrategia más específica y hacer un seguimiento de la evolución del paciente. Ese experto podría encontrarse en una unidad creada para tales efectos dentro del centro para el que tanto el intérprete como el personal de salud trabajen.

Conclusiones.

A pesar de que en general el mundo anglosajón continúa a la cabeza de la investigación y práctica de la interpretación en los servicios públicos, el interés por la interpretación social en los contextos sanitarios en España parece experimentar un aumento considerable en la actualidad. Tanto los trabajos de investigación como los eventos dedicados a esta disciplina se han multiplicado en un espacio breve de tiempo y empiezan a instaurarse asignaturas, másteres y cursos de postgrado para la formación específica de los traductores/intérpretes que desean trabajar en los servicios públicos españoles.

En este artículo se han expuesto algunas de las estrategias básicas que los propios alumnos o intérpretes pueden emplear para tener una preparación psicológica inicial en los contextos biosanitarios. Pero para que estas habilidades puedan realizarse de forma satisfactoria o complementarse con otras técnicas más específicas, sería imprescindible

que los servicios públicos, las autoridades, los organismos pertinentes, los usuarios y los futuros intérpretes fueran conscientes de la necesidad de contar con profesionales bien formados capaces de ofrecer un servicio de interpretación de calidad y cuya labor estuviera regulada bajo unas condiciones claras y dignas.

En esta línea, más conscientes de esta nueva realidad que es la pluriculturalidad en España, los organismos competentes de algunas Comunidades Autónomas han implantado iniciativas que pretenden facilitar el acceso a los servicios de salud a un sector cada vez más creciente de población que no domina las lenguas oficiales, como son los sistemas de video-conferencia, tele-interpretación, las tarjetas y pictogramas traducidas a varias lenguas, etc. Sin duda se trata de medidas necesarias y esta última, alentadora, especialmente cuando hablamos de combinaciones lingüísticas poco frecuentes o cuando no es posible que un intérprete en persona pueda estar presente en el lugar. Sin embargo, resulta del todo insuficiente cuando se trata de grandes centros hospitalarios (o casos complicados) que con frecuencia requieren asistencia lingüística y donde aún no se dispone de un sistema de traducción/interpretación suficiente y bien regulado, sino que se recurre, en el mejor de los casos, al voluntariado para superar las barreras idiomáticas.

De este modo, aunque el panorama parece mucho más esperanzador que hace unos años, todavía hay que reivindicar la labor que desempeñan los traductores e intérpretes en los contextos biosanitarios, especialmente la que llevan a cabo aquellos que trabajan en los “servicios públicos o sociales”, para que en un futuro la profesión goce del estatus que sin duda merece y la formación previa esté a la altura de las circunstancias reales.

Referencias bibliográficas

- ABRIL MARTÍ, M. I. (2006): *La Interpretación en los Servicios Públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis Doctoral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- ACINAS ACINAS, M. P. (2004): *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario: actuación en situaciones de urgencias y emergencias*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá, Vol. I y II.
- ACHOTEGI, J. (2004): «Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Ulises)» [en línea] En: *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.

- <http://www.fundaciosergi.org/catala/documents/sindromeUlisses_Mercejaner.pdf>
[Consulta: 14 diciembre 2011].
- GARCÍA BEYAERT, S.; SERRANO PONS, J. (2009): "Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud" en MORERA MONTES, J. et alii (eds.) *Manual de atención al inmigrante. Acta Sanitaria*, 53-66.
- GARCÍA LUQUE, F. (2009): «La interpretación telefónica en el ámbito sanitario» *Redit*. Nº. 3, 18-30.
- GARCÍA RAMOS, J.; GALLEGO RODRÍGUEZ, M. J. (2003): «Psicoterapias en atención primaria». En: *Terapéutica en APS*, Vol.10 (7), 508-513. <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/45/45v10n07a13051138pdf001.pdf>> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
- GÓMEZ SANCHO, M. (2006): *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán Ediciones.
- LÁZARO GUTIÉRREZ, R. (2008): "Dilemas éticos del Traductor/Intérprete en los Servicios Públicos". En. *TranslationActivism*, 1-15. <http://www.translationactivism.com/articles/Raquel_Lazaro.pdf> [Consulta: 7 de abril de 2012].
- LOUIS LOUTAN et alii (1999): «Medical interpreters have feelings too», [en línea], *International Journal of Public Health. Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, Vol. 44, Nº. 6, <<http://www.springerlink.com/content/p8u1441417g15x1u/?p=3c2ad787dd6b4f6bbb4fb0337d7affcd&pi=5>> [Consulta: 5 de abril de 2012].
- MARTIN, A. (2003): "Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión". En: Emilio Ortega Arjonilla (dir.), *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio (2 vols.), Vol. I, 431-446.
- MAS, C.; VILLAMIL CAJOTO, I. (2007): «Desgaste profesional en atención continuada del área médica» [en línea] *Anales de Medicina Interna*, 24, 1, 50-51, <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000100014&lng=es&nrm=iso> [Consulta: 25 de febrero de 2012].
- MATEO ALCALÁ, M^a. C. (2004): "La interpretación social: hacia el reconocimiento de la profesión" en *Jornades de Foment de la Invetigació*. Castellón: Universitat Jaume I.
- MORRISSETTE, P. J. (2004): *The Pain of Helping: Psychological Injury of Helping Professionals*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- NAVARRO DOMÍNGUEZ, F. (2002): "Traductores profesionales y profesionales traductores en los albores de una nueva era". En: *Introducción a la Teoría y Práctica de la Traducción, Ámbito Hispano-Francés*. Barcelona, 307-322. <http://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/01/023_navarro.pdf> [Consulta: 3 de junio de 2012].

- SALES SALVADOR, D. (2005): «Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España» [en línea], *Translation Journal*, 9 (1). <http://www.aulainter-cultural.org/article.php3?id_article=1115> [Consulta: 3 de marzo de 2012].
- SERRANO GONZÁLEZ, M^a. I. (2002): *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- SHARON MANTIK, L. et alii. (2004): *Enfermería médicoquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier.
- VALERO GARCÉS, C. (2005): «Emotional and Psychological Effects on Interpreters in Public Services», *Translation Journal*, 9 (3), <<http://accurapid.com/journal/33ips.htm>> [Consulta: 10 de abril de 2012].
- _____ (2006): «El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta» [en línea], *Quaderns. Revista de traducció*, 13, 141-154. <ddd.uab.es/pub/quaderns/11385790n13p141.pdf> [Consulta: 18 de marzo de 2012].
- VAHHECKE, K.; LOBATO PATRICIO, J. (2009): *La Enseñanza-Aprendizaje de la Interpretación Consecutiva. Una propuesta didáctica*. Granada: Comares.

EL INTÉRPRETE EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS ENTRE LA PRIMERA Y LA TERCERA PERSONA

Mustapha Taibi

(Universidad de Western Sydney, Australia)

m.taibi@uws.edu.au

RESUMEN

Mientras que en interpretación de conferencias sorprendería que un intérprete usase la tercera persona para interpretar, en la interpretación en los servicios públicos (bilateral) no es raro encontrar intérpretes que lo hagan, por falta de formación, o por convicción, o por las complicaciones de la interpretación en situaciones triádicas. Este artículo presenta los resultados de un análisis cuantitativo de veinte consultas médicas con el fin de averiguar si existe acuerdo entre los intérpretes en cuanto al uso de la primera persona, y si los mismos intérpretes son constantes en su uso. El análisis cuantitativo consiste en contar y clasificar los turnos de palabra de los intérpretes participantes según el estilo de interpretación (directo/indirecto). Los resultados indican una falta de consenso entre los intérpretes y una falta de uniformidad en el estilo de interpretación de la mayoría de los intérpretes (en la misma consulta).

Palabras clave: Primera/tercera persona; estilo directo/indirecto; interpretación en los ámbitos sanitarios.

ABSTRACT

While it would be unusual to use reported speech (the third person) in conference interpreting, this practice is not uncommon in community interpreting, which could be due to a number of reasons, including lack of appropriate training, the interpreter's own beliefs and preferences, or the

complexities associated with community settings and triadic interactions. In this paper twenty interpreter-mediated healthcare consultations are analysed quantitatively to verify whether there is consistency among the interpreters and within the performance of each one of them. The processing method consists of counting and classifying interpreter turns according to their level of directness (direct/indirect translation; direct/indirect representation). The findings indicate inconsistencies both among the interpreters as a group and within the individual performance (in the same consultation) of most interpreters.

Keywords: First/third person; direct/indirect speech; healthcare interpreting.

LA INTERPRETACIÓN EN PRIMERA/TERCERA PERSONA ¹

Cuando se llama a un intérprete a interpretar, se entiende que acude para ser la voz de la(s) persona(s) a quien(es) interpreta. Eso significa que, en principio, se limita a transmitir los mensajes de una parte a otra y de un idioma a otro, sin añadir ni omitir (salvo cuando las adaptaciones lingüísticas y discursivas así lo exijan) y, más importante para el tema de este artículo, se convierte en un "yo variable", es decir que alterna entre ser la voz de un interlocutor y la de otro. Así, cuando un cliente dice "me gustaría consultar a otro especialista antes de tomar una decisión", el intérprete lo traduce al inglés, por ejemplo, diciendo "*I would like to consult another specialist before taking a decision*". Así "me" se puede convertir en "I" (por razones lingüísticas), pero la voz del hablante inicial se mantiene en primera persona (me/I). De esta forma, si se trata de un discurso o conferencia, el público recibe los mensajes del orador de forma directa, y si estamos en un contexto de interpretación bilateral, los participantes principales continúan su interacción como si se estuvieran

¹ Agradezco al Dr. Ignacio García la revisión del texto.

comunicando sin la mediación de un intérprete, manteniendo contacto visual entre sí y hablando desde el “yo” hacia el “tú” o “usted”.

Varios autores han afirmado que el uso de la primera persona en la interpretación es uno de los indicadores de calidad y profesionalismo (p. ej. Gile, 1995; Gentile et al, 1996; Colin y Morris, 1996; Dueñas González et al, 1991; Phelan, 2001; Hale, 2007; Jacobson, 2009). Gile (1995: 40), por ejemplo, opina que cuando los intérpretes utilizan la tercera persona, crean o mantienen una distancia entre ellos mismos y los participantes principales, y es probable que sean vistos como mediadores lingüísticos de segunda categoría. En su rúbrica de evaluación de interpretación, Jacobson (2009) incluye el uso constante de la primera persona (con uso de tercera persona de vez en cuando para aclaraciones) como uno de los criterios de competencia avanzada en cuanto a las habilidades de coordinación de la interacción que el intérprete debe poseer. En las instrucciones que reciben los intérpretes, tanto en los cursos de formación como en los códigos deontológicos o directivas profesionales, también se insiste en la necesidad de interpretar de forma directa. La Asociación Nacional (Estadounidense) de Intérpretes y Traductores Judiciales (NAJIT), por ejemplo, publicó en 2004 su Documento de Posición, en el que afirma:

The most effective way to work across language barriers is for all speakers to use direct speech. Even when the communication has to pass through an interpretation process, people should address each other directly. (...) The use of indirect speech (...) is an instance of unwarranted interference by the interpreter. (...) The behavior of an interpreter using indirect speech may be compared to that of a narrator who reports to the participants what the speaker has said. The message is restated from the interpreter's narrative point of view (e.g., He's asking... His name is...), but the speaker's actual words are never rendered. (NAJIT, 2004: 1)

En el ámbito sanitario también se insiste en la importancia de la comunicación directa entre el usuario y el proveedor de servicio. La Asociación Internacional de Intérpretes Médicos, por ejemplo, indica que un buen intérprete, entre otras cosas:

A. Indica al paciente y al proveedor que se hablen directamente.

- B. Utiliza la primera persona ("yo") por norma, pero sabe cambiar a la tercera persona, cuando la primera persona o el discurso directo provoca confusión o resulta culturalmente inadecuado.
- C. Consigue que el paciente y el proveedor se hablen directamente.
- D. De ser necesario, indica al proveedor y al paciente que retomen la comunicación directa. (IMIA, 1996: 31)

El código deontológico del Instituto Australiano de Intérpretes y Traductores (AUSIT), que es genérico y aplicable en todos los ámbitos de interpretación, indica claramente que "*Interpreters interpret in the first person*" y añade que "*In dialogue situations where some participants may be unaccustomed to working with interpreters, the interpreter encourages such participants to address each other directly*" (AUSIT, 2012: 14).

Son varias las razones que se aducen para defender la interpretación directa. El documento de NAJIT, por ejemplo, menciona que la interpretación en la tercera persona puede conducir a confusión y malentendidos, puede retrasar la comunicación entre las partes y tener un efecto negativo sobre la interacción de las partes. Al usar la tercera persona el intérprete asume un cierto poder y una posición más prominente, lo que tiene un impacto negativo sobre la relación entre las partes que se centran más en el intérprete que en sus interlocutores. Se produce también una falta de equivalencia jurídica (fidelidad al contenido y estilo) y una pérdida de la inmediatez y de la fuerza emotiva del discurso. En publicaciones académicas que aluden al uso de primera o tercera persona en la interpretación, también se insiste en que el estilo directo ayuda a consolidar el papel profesional y neutro del intérprete (Niska, 1999) y contribuye a la producción de una interpretación más fiel (Hale, 2004). Niska (1999, 141) añade que "*interpreting is done in the first person in order to reduce the risk of interpreters (perhaps subconsciously) permitting their own attitudes or knowledge to colour the interpreting*".

Cabe señalar, sin embargo, que la mencionada cita de IMIA hace referencia a excepciones como en casos donde puede existir un riesgo de confusión o donde el uso de la primera persona no es adecuado por razones culturales. Esto nos lleva a hablar de las investigaciones que se han realizado sobre la complejidad de la interpretación directa/indirecta

en los servicios públicos. Wadensjö (1998, 271) señala que para los interlocutores principales puede resultar anormal tener que dirigirse el uno al otro de forma directa sabiendo que el uno no entiende la lengua del otro. La autora también menciona esas situaciones donde el propio intérprete necesita desmarcarse del discurso del hablante original y, por consiguiente, recurre a la tercera persona de forma intencionada. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando la parte institucional le comunica al usuario malas noticias (denegación de una solicitud, decisión de repatriación, etc.), o cuando el usuario hace comentarios que pueden parecer ilógicos o supersticiosos y el intérprete no quiere verse asociado con la persona o la cultura que es el origen de esos mensajes o creencias.

Dubslaff y Martinsen (2005) también señalan que los intérpretes pueden a veces utilizar el estilo indirecto para distanciarse del discurso original o expresar sus reservas acerca del mismo. Las autoras añaden como otra razón las lagunas léxicas o de comprensión del propio intérprete. Los intérpretes pueden recurrir al estilo indirecto cuando se enfrentan a dificultades lingüísticas o terminológicas. En cuanto al estilo de interpretación más recomendable, las autoras reconocen las ventajas del estilo directo, pero al mismo tiempo argumentan que este estilo puede no resultar adecuado cuando surgen problemas de comunicación, y que tanto el estilo indirecto como el uso de la primera persona por parte del intérprete para referirse a sí mismo pueden ser más eficaces para resolver dudas o confusión acerca de quién dice qué (p. 229). Las autoras concluyen :

There is thus no obvious connection between the interpreter's use of the direct style and the smoothness of the interview. Rather, the latter seems to be related to the interpreters' educational background, language proficiency and experience. (Dubslaff y Martinsen, 2005: 231).

Bot (2005), en un estudio sobre el uso de primera/tercera persona por intérpretes en los servicios públicos, describe una falta de consistencia en el estilo de interpretación/narración en las seis entrevistas que analizó. La autora coincide con Wadensjö (1998) y Dubslaff y Martinsen (2005) en que el deseo de desvincularse del discurso del hablante original es una de

las explicaciones del uso de la tercera persona. Al mismo tiempo añade que los intérpretes también pueden hacerlo por dudar que sus clientes sean capaces de comprender que cuando el intérprete utiliza la primera persona no lo hace a título propio. En una afirmación que hace alusión a la visibilidad del intérprete, Bot también nos recuerda que el intérprete no es una máquina, sino un profesional (una persona) con sus creencias y sentimientos y con su propio análisis y entendimiento de cada contexto de trabajo y de su papel en él. De ahí que su posicionamiento y estilo de interpretación no sea uniforme. Bot también coincide con Dubslaff y Martinsen (2005) en que las dificultades lingüísticas o de comprensión pueden llevar al intérprete a utilizar la tercera persona. La autora menciona que los intérpretes participantes en su estudio a menudo recurrían a la tercera persona para ganar tiempo para pensar en cómo reformular los mensajes, sobre todo los del personal médico, probablemente porque el lenguaje del especialista es más difícil de comprender y traducir que el de los pacientes (Bot, 2005: 257-258).

EL PRESENTE ESTUDIO

Corpus y metodología

El corpus sobre el cual se basa este artículo consiste en veinte consultas médicas que fueron grabadas en varios hospitales públicos de Sídney, Australia. Las grabaciones solo empezaron después de haber obtenido el visto bueno de los comités de ética correspondientes, el de la Universidad de Western Sydney y el de Sydney West Area Health Service (SWAHS), del que dependen los hospitales donde se recogieron los datos y, por supuesto, después de que los participantes hubiesen expresado su consentimiento. Los participantes son médicos de distintas especialidades (oncólogos, oftalmólogos, pediatras, geriatras, etc.), pacientes árabes que acudían a sus consultas normales (es decir que no se trataba de consultas concertadas o experimentales) e intérpretes de inglés-árabe que facilitaban la comunicación entre ambas partes. Todos los intérpretes eran acreditados por NAATI, la agencia australiana encargada de acreditar a los traductores e intérpretes. Sin embargo, cabe señalar que el sistema de

acreditación de NAATI permite que un intérprete consiga la acreditación por varias vías: a través de un curso universitario acreditado por la misma NAATI, a través de un curso acreditado por NAATI pero ofrecido por un instituto de formación laboral y continua (TAFE), o tras aprobar un examen de interpretación organizado por NAATI.

Como lo que nos interesa en este artículo es averiguar si existe acuerdo o uniformidad entre los intérpretes en cuanto al uso de primera/tercera persona, la metodología de trabajo ha sido muy sencilla: utilizar las transcripciones de las consultas grabadas para contar los turnos de palabra de los intérpretes y clasificarlos según el estilo de interpretación que cada intérprete utiliza. Las opciones o categorías que se han usado en dicha clasificación son las mismas que había usado Haneke Bot (véase Bot, 2005):

1. Traducción directa: cuando el intérprete utiliza el estilo directo en su interpretación, manteniendo la primera persona del hablante original y sin añadir verbos de estilo indirecto como "dice que..." o "lo que está diciendo es que...". Un ejemplo recogido del mismo corpus es el siguiente:

Paciente (en árabe): *W baddi, baddi muqawwm layḥasinli asnāni*

[Y me gustaría, me gustaría un aparato para que (él) me enderece los dientes]

Intérprete (en inglés): *And I need, need braces to make my teeth*

better

[Y necesito, necesito un aparato para mejorar mis dientes]

2. Traducción indirecta: cuando el intérprete utiliza el estilo indirecto (sustituyendo la primera persona del hablante original por la tercera persona) pero sin añadir verbos o expresiones de estilo indirecto como "dice que..." o "lo que está diciendo es que...". Con este estilo de interpretación lo que dice el paciente más arriba sería transmitido de la siguiente forma: "Necesita un aparato para enderezar **sus** dientes".

3. Representación directa: cuando el intérprete añade un verbo o expresión de estilo indirecto como "dice que..." o "lo que está diciendo es que...", pero mantiene la primera persona del hablante original. Con este estilo de interpretación, el mensaje anterior sería transmitido de la siguiente forma: "**Dice (que)** necesito un aparato para enderezar **mis** dientes".
4. Representación indirecta: cuando el intérprete utiliza el estilo indirecto (sustituyendo la primera persona del hablante original por la tercera persona) y añade un verbo o expresión de estilo indirecto como "dice que..." o "lo que está diciendo es que...". Con esta modalidad el mensaje más arriba sería transmitido así: "**Dice que** necesita un aparato para enderezar **sus** dientes".

En este ejercicio no se contabilizaron los turnos de palabra mínimos como "sí/no" ni los turnos interrumpidos al principio y que, por consiguiente, solo constan de una palabra o dos. Los turnos de palabra largos fueron contabilizados como un solo caso (punto) si el estilo de interpretación utilizado en el turno entero fue el mismo, pero si dentro del mismo turno se detectaban más de un estilo de traducción/narración, se contaba un punto para la categoría correspondiente (traducción directa, traducción indirecta, representación directa o representación indirecta) cada vez que se detectaba.

Las estadísticas simples de estas modalidades se reflejan en la TABLA 1 para, primero, comparar los estilos de los diferentes intérpretes entre sí y, segundo, averiguar si el mismo intérprete mostraba constancia y regularidad en su estilo.

Resultados:

TABLA 1: Estilo de interpretación entre traducción directa y representación indirecta.

	Traducción directa	Traducción indirecta	Representación directa	Representación indirecta
--	--------------------	----------------------	------------------------	--------------------------

D1	41	6	4	2
D2	25	5	0	0
D3	36	1	0	0
D4	35	2	0	1
D5	21	2	0	1
D6	12	16	1	1
D7	16	4	0	0
D8	1	10	0	1
D9	0	1	0	0
D10	13	14	1	0
D11	31	2	0	1
D12	12	4	0	0
D13	7	11	1	2
D14	47	3	6	3
D15	1	24	0	2
D16	40	8	3	4
D17	26	3	0	0
D18	25	0	0	0
D19	49	0	0	0
D20	29	9	3	3
Media	23,35	6,25	0,95	1,05

La primera observación que se desprende de la TABLA 1 es que los cuatro estilos de interpretación mencionados arriba se utilizan en el corpus analizado, aunque con variable frecuencia. Vistas en su conjunto, las veinte consultas muestran que los dos estilos más frecuentes son la traducción directa (con un promedio de 23,35 por consulta) y la

traducción indirecta (con un promedio de 6,25 por consulta), mientras que la representación directa y la representación indirecta se utilizaron con una media de 1 por consulta aproximadamente. Sin embargo, no hay que olvidar que tanto la traducción indirecta como la representación directa e indirecta son desviaciones de la norma, por lo que su mera existencia es significativa. De hecho, solo dos intérpretes (D18 y D19) se ajustan de forma absoluta a la norma relativa al uso de la primera persona, con 25 turnos de palabra en el caso del primero y 49 en el caso del otro, todos reformulados en estilo directo sin verbos de narración. En los demás casos (18 de los 20) los intérpretes no fueron constantes en el uso de la primera persona. De hecho, algunos (D6, D8, D10, D13 y D15) utilizaron la traducción indirecta más que la directa (exigida o recomendada en los códigos deontológicos y los manuales de interpretación). Otros (p. ej. D1, D2, D3, D4, D5, D11, D13 y D17) cambiaron de la primera persona a otro estilo solo de vez en cuando. Se dan casos (p. ej. D6, D10, D13), sin embargo, en los que la alternancia entre estilos es tan frecuente que las reformulaciones en estilo indirecto se aproximan en número a las de primera persona.

Discusión

Los resultados de este estudio indican una clara falta de unanimidad entre los intérpretes participantes en cuanto al uso del estilo directo o indirecto en la interpretación. Salvo en dos casos, el mismo intérprete hace uso de diferentes estilos en la misma consulta (combinación de traducción directa, traducción indirecta, representación directa y/o representación indirecta).

La primera conclusión que se puede sacar es que estos intérpretes, aunque acreditados por NAATI, que requiere adhesión al código deontológico y de buenas prácticas de AUSIT, no respetan las normas profesionales en cuanto a la reformulación directa de los mensajes de los interlocutores y la necesidad de permitir que se comuniquen de forma directa. Sin embargo, antes de concluir que su interpretación no es idónea, cabe considerar posibles explicaciones a este comportamiento.

Como se señalaba más arriba, los intérpretes en los servicios públicos trabajan en contextos donde los clientes (tanto funcionarios como usuarios, sobre todo estos últimos) no necesariamente entienden el papel del intérprete o el procedimiento de interpretación en primera persona. Por la proximidad física, institucional, lingüística y cultural entre el intérprete y los clientes, también resulta difícil convencerles a éstos de que el intérprete no es una parte en la interacción y que incluso cuando utiliza la primera persona no estará refiriéndose a él mismo. Esta misma proximidad hace que los intérpretes de los servicios públicos recurran a veces a la tercera persona para marcar distancia entre el “yo hablante” y el “yo reformulador”. Se han de considerar también situaciones que complican la interpretación en los servicios públicos, como el número de los participantes, con a veces más de dos personas en una misma situación comunicativa. Esto conlleva interrupciones y solapamientos que hacen que el uso de la tercera persona pueda resultar una necesidad o una solución (véase Dubslaff y Martinsen, 2005 arriba).

Un ejemplo que ilustra la complejidad de las situaciones comunicativas en los servicios públicos es el siguiente extracto de la Consulta 10, donde un paciente adolescente (P) acude al ortodoncista (D) acompañado por su madre (M) y donde una intérprete (I) asiste a la madre y a la médico más que al paciente (que habla inglés):

D: *I'm Dr. Rodriguez, I'm one of the orthodontist.*

I: *Hiyya esmā edictora Rodrigis.*

[Ella su nombre es doctora Rodriguis]

D: Do you know what you are here for?

I: *Hiya atabība elmujtaṣṣa li taqwīm al'asnān innū hattā eyalsū al'asnān enti 'arfa layš intu mawğūdīn hūn elyūm?*

[Ella es la médico especialista en alineamiento de dientes, es decir para corregir los dientes, ¿tú sabes por qué vosotros estáis aquí hoy?]

M: *Ay innū mišan mitil ma qālit tai'millū tšeyk ap mišan*

[Sí, para, como ella dijo, para hacerle un *check-up*, para]

- I: *To do a check up*
[Para hacer un chequeo]
- D: *How old are you?*
- I: *Qaddeyš 'umrak hala'a*
[¿Cuántos años tienes ahora?]
- P: *Fourteen*
- I: *'umru 14 sana*
[Tiene 14 años]
- D: *Are you concerned about your teeth?*
- I: *Enta atlān ham snānak?*
[¿Te preocupan tus dientes?]
- P: *Um yeah*
- I: *Yes*
[Sí]
- D: *What is the issue?*
[¿Cuál es el problema?]
- P: *I get pain and like*
- I: *biṣīr fi 'andi waḡa'*
[Me viene dolor]
- P: *I need braces to fix it*
- I: *W baddi baddi muḡawwm layḡasinli asnāni*
[Y necesito, necesito un aparato para mejorar mis dientes]
- D: *Has something bothered you about his teeth M'am?*
- I: *Fi šī enti mḡayḡik bilnisba li asnānūh?*
[¿Hay algo que la preocupa acerca de sus dientes (de él)?]

En este caso intervienen en la consulta más de dos interlocutores y la presencia de la madre parece complicar la labor de la intérprete. La madre no habla inglés mientras que el paciente (su hijo) sí que lo hace, por lo que la intérprete tiene que interpretar cuando hay interacción entre la madre y la ortodoncista y también mantener informada a la madre cuando hay diálogo (en inglés) entre la médico y el paciente.

En el extracto presentado la intérprete consigue mantener el estilo directo excepto cuando la ortodoncista se presenta ("Ella su nombre es doctora

Rodriguis”) y cuando el paciente da su edad (“Tiene 14 años”). En el primer caso la intérprete probablemente pensó que hubiera sido inadecuado si ella hubiese dicho “soy la doctora Rodriguez”, lo que hubiera creado una confusión de identidades, aunque eso fuera poco probable, dado el contexto físico de la clínica y la vestimenta de cada uno presente en la consulta. En el segundo caso la intérprete interpreta al adolescente la pregunta “¿Cuántos años tienes ahora?” de forma directa, pero interpreta la respuesta a su madre para mantenerla incluida en la situación comunicativa, y para ello utiliza la tercera persona.

En otras fases de la consulta, la situación se complica en cuanto al uso de la primera o tercera persona, probablemente por la ambigüedad que rodea el papel de la madre, es decir hasta qué punto se la puede tratar como interlocutor principal y hasta qué punto su hijo adolescente tiene derecho a ser tratado como un paciente adulto. Véamos el siguiente extracto en el que la ortodoncista se dirige a la madre refiriéndose al hijo en tercera persona:

D: *Has he never been in hospital?*

I: *daḥal 'ala el mustašfā?*

[¿Ha sido ingresado?]

D: *for any problem?*

I: *Li ayya muškila min elmašakil?*

[¿Por cualquier problema?]

M: *Bas waqit illī kasar iğro fat 'aal 'end al*

I: *Just when he broke like his leg*

[Solo cuando se rompió, es decir, la pierna]

P: *My left leg when it broke I had an operation for it*

[Mi pierna izquierda, cuando se rompió, me la operaron]

I: *'emil 'amaliyya la iğro iššmal*

[Le operaron la pierna izquierda]

D: *How old were you?*

[¿Cuántos años tenías?]

I: *Qaddeyš kan 'umrūh?*

[¿Cuántos años tenía?]

- P: It was a long time ago
[Eso fue hace mucho tiempo]
- M: Ši sit snīn
[Unos seis años]
- I: *He was six years old.*
[Tenía seis años]

Aquí, cuando la ortodoncista pregunta sobre el paciente en tercera persona como si no estuviera presente, la intérprete mantiene la misma perspectiva y persona gramatical. Pero cuando el paciente interviene hablando en primera persona, la intérprete sigue interpretando de forma indirecta. También cuando la médico le formula una pregunta al paciente (“¿Cuántos años tenías?”), la intérprete se la hace a la madre en tercera persona (“¿Cuántos años tenía (su hijo)?”), y en vez de transmitirle a la ortodoncista la respuesta del hijo (“Eso fue hace mucho tiempo”) le hace llegar la de la madre (“Tenía seis años”). Se puede decir que al escuchar a la médico preguntar a la madre sobre su hijo, la intérprete entendió que la madre era la interlocutora principal, por lo menos en esta etapa de la consulta, y por lo tanto siguió tratándola así incluso cuando la ortodoncista había reanudado las preguntas directas al paciente. En todo caso, lo que se desprende de estos extractos es la complejidad del marco participativo en las entrevistas en los servicios públicos y, por consiguiente, las complicaciones que eso supone para los intérpretes, en particular, a la hora de elegir entre primera y tercera persona.

Otro caso en el que los intérpretes tienden a recurrir a la tercera persona es cuando uno de los interlocutores principales los interrumpe o empieza a hablar antes de que el intérprete termine de transmitir los mensajes anteriores. En el siguiente ejemplo (Consulta 13), el último turno de palabra del oftalmólogo (D) se produce mientras la intérprete (I) sigue interpretando el turno anterior de la paciente (P):

- P: *el yamīn li'ani 'amilit 'amaliya fiha el may el zar'ā*
[el izquierdo, porque me operaron de cataratas en él]

- I: *OK the one I operated on*
- P: *muš nağħa*
[No fue exitosa]
- I: *OK the one I had a cataract operation on and it wasn't successful*
[OK el (ojo) en el que tuve una operación de cataratas y no salió bien]
- P: *innu ma bšūf fiha maḍbūf*
[Es decir no veo bien con él]
- D: *You understand the risks that you can get retinal detachment and you can have a move um the lens can move*
[Entiende los riesgos de que tenga desprendimiento de retina y puede tener un desparamiento en la lente puede desplazarse]
- I: *And she's also said I don't see very well with it.*
[Y también dijo no veo bien con él.]

Cabe señalar que en este extracto ocurren dos interrupciones o solapamientos: el primero entre la paciente y la intérprete, en el momento en el que la paciente añade "*muš nağħa* [No fue exitosa/no salió bien]", cuando la intérprete ya había empezado a interpretar el turno anterior ("OK the one I operated on"); y el otro entre el médico y la intérprete al final del extracto. En el primer solapamiento, puesto que el mensaje que se estaba transmitiendo era de la misma paciente, la intérprete se limita a volver a empezar desde el principio sin cambiar de persona gramatical ("OK the one I had a cataract operation on and it wasn't successful "). En el otro, puesto que la interrupción del médico puede dejar el mensaje anterior de la paciente incompleto, la intérprete añade "And she's also said I don't see very well with it", y lo hace con un verbo de estilo indirecto en tercera persona ("she's also said") seguido del mensaje original en primera persona ("I don't see"), es decir la opción de representación directa definida anteriormente. Este tipo de "recuperaciones" es común en la interpretación en los servicios públicos, no solo cuando hay interrupción o solapamiento, sino también cuando al intérprete se le olvida algo de lo que se acuerda posteriormente.

No obstante, las circunstancias expuestas en los párrafos anteriores solo pueden explicar o justificar algunos casos puntuales de cambio de perspectiva y de persona gramatical. La mayoría de las inconsistencias observadas en el corpus en cuanto a los estilos directo e indirecto no parecen tener ninguna justificación. Se encuentran frecuentes cambios de un estilo a otro en el mismo turno de palabra o en turnos adyacentes, sin que exista solapamiento o interrupción que requiera coordinación por parte del intérprete, ni necesidad de desvincularse del mensaje original, ni múltiples participantes en la situación comunicativa. En algunos casos, el cambio constante de persona gramatical, además de los inconvenientes mencionados más arriba, crea confusión para los interlocutores. Para ilustrar, véamos el siguiente extracto:

D: *So my my feeling is that um uh we probably don't need to see you unless you develop a new stone or new trouble*

I: *innu biḥis w b'etiqid innu mafi da'ī la ḥatta nšūfak illa ida raḡa' ṣār 'endak baḥiṣ ḡdīd aw muškla ḡdīda.*

[O sea, siento y creo que no hace falta que te veamos salvo si vuelves a tener nuevas piedras o algún problema nuevo]

D: *Let me just discuss this with Dr Wang, the neurologist uh who runs the clinic*

I: *ḥalli yešūf el dictur Wang illi huwwa mas'ūl 'an haḡi el eyada huwwa el iḥtiṣāṣi*

[Déjale ver al doctor Wang, que es el responsable de esta clínica, él es el especialista]

(5 turnos de palabra más tarde):

D: *And we don't want that so talk to Rangen to keep an eye on this and your GP also I'll write a letter to your GP uh*

I: *el dictur ranḡin huwwa biḡal innu bi yeraqbak w biḡal yešūf kil ši w kaman el ḥakīm el 'ayla w ḡab'an buktub ana maktūb innu bib'aḡū la ḥakīm el 'ayla*

[El doctor Rangen seguirá controlándote y seguirá viendo todo y el médico de cabecera y por supuesto yo voy a escribir una carta que voy a enviárle al médico de cabecera]

La primera persona plural en "we probably don't need to see you" es ambigua (puede referirse al médico solo o al equipo médico), sobre todo en la reformulación de la intérprete (donde "nosotros" también puede incluir a ésta). La intérprete, no obstante, la mantiene, siendo así fiel a la perspectiva y al estilo directo de interpretación. Sin embargo, en el siguiente turno la intérprete transforma "let **me** just discuss this with Dr Wang" en "déjale ver al doctor Wang", convirtiendo así al médico en un objeto de conversación más que participante activo y directamente involucrado en la consulta. Cinco turnos de palabra después, la intérprete vuelve a utilizar el estilo directo, lo que probablemente confunde a la paciente. Cuando traduce el turno del médico diciendo "...*buktub ana maktūb innu bib'aṭū la ḥakīm el 'ayla* [yo voy a escribir una carta que voy a enviárle al médico de cabecera]", es posible que la paciente entienda que la intérprete habla de sí misma. Las reformulaciones van desde el "nosotros = nosotros" (traducción directa) al "yo = él" (representación o traducción indirecta) para luego volver al "yo = yo" (traducción directa). Entre tantos pronombres y giros de perspectiva el usuario puede fácilmente perderse.

Conclusión

Este estudio ha analizado veinte consultas médicas en las que intervinieron intérpretes de inglés-árabe, con el fin de averiguar si los intérpretes se adhieren al estilo directo de interpretación (uso de la primera persona). Utilizando cuatro categorías que reflejan los distintos estilos (traducción directa, traducción indirecta, representación directa y representación indirecta), se han contabilizado y clasificado los turnos de palabra de los intérpretes. La comparación entre los veinte casos revela discrepancias. Solo dos de ellos respetan el uso de la primera persona de forma constante, mientras que los demás mezclan los estilos, algunos

cambiando de estilo directo a indirecto ocasionalmente y otros tan frecuentemente que en algunos casos las formas indirectas superan a las directas.

El análisis interno de cada interpretación revela que la mayoría de los intérpretes participantes en el estudio no son constantes en su uso de primera/tercera persona. Algunas inconsistencias se pueden explicar como causadas por la complejidad de las situaciones comunicativas en los servicios públicos (p. ej. el número de participantes y el papel de cada uno) o la necesidad de coordinar la interacción entre las partes principales y añadir fragmentos de la interpretación que han sido interrumpidos. Sin embargo, la gran mayoría de las inconsistencias no parecen tener justificación contextual alguna y ocurren en turnos de palabra adyacentes, lo que puede crear confusión.

BIBLIOGRAFÍA

- AUSIT (2012). AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct. Recuperado el 30 Enero, 2014 de http://ausit.org/ausit/documents/code_of_ethics_full.pdf
- Bot, H. (2005). Dialogue interpreting as a specific case of reported speech. *Interpreting: International Journal of Research & Practice in Interpreting*, 7(2), 237-261.
- Colin, J. & Morris, R. (1996). *Interpreters and the legal process*. Winchester: Westerside Press.
- Dubslaff, F. & Martinson, B. (2005). Exploring Untrained Interpreters' Use of Direct Versus Indirect Speech. *Interpreting: International Journal of Research & Practice in Interpreting*, 7(2), 211-236.
- Gentile, A., Ozolins, U. & Vasilakakos, M. (1996). *Liaison interpreting: A Handbook*. Carlton South, Victoria: Melbourne University Press.
- Gile, D. (1995). *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Dueñas González, R., Vásquez, V. & Mikkelson, H. (1991). *Fundamentals of court interpretation. Theory, policy and practice*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.

- Hale, S. (2004). *The discourse of court interpreting: Discourse practices of the law, the witness and the interpreter*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Hale, S. (2007). *Community interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- IMIA (1996). Estándares para la Práctica de la Interpretación Médica. Recuperado el 30 Enero, 2014 de http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102_4..pdf
- Jakobson, H. E. (2009). Moving beyond words in assessing mediated interaction. En C.V. Angelelli & H. E. Jakobson (Eds.), *Testing and assessment in translation and interpreting studies* (pp. 49-70). Philadelphia/Amsterdam: John Benjamins.
- NAAJIT (2004). NAJIT Position Paper. Direct Speech in Legal Settings. Recuperado el 30 Enero, 2014 de <http://www.najit.org/publications/DirectSpeech200609.pdf>
- Niska, H. (1999). Status quaestionis: Community interpreting in Sweden. En M. Erasmus (Ed.), *Liaison interpreting in the community* (pp. 138-142). Pretoria: van Schaik.
- Phelan, M. (2001). *The interpreter's resource*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman.

In questi casi, una traduzione del turno potrebbe non essere funzionale: ad esempio, un turno impreciso porta imprecisioni e ambiguità anche nella resa traduttiva. In questi casi, dunque, la mediatrice agisce come interlocutrice (ad es. per produrre il completamento di un turno) e quindi incrementa la propria autorità epistemica nel dare senso ai contenuti informativi e alla loro emissione. In questo senso non è possibile attribuire l'autorità epistemica *soltanto* all'autore del turno tradotto. Ciò è reso evidente anche dal contributo degli interlocutori della mediatrice che:

1. Rivolgono inviti alla mediatrice, a prendere iniziative autonome
2. Possono "deviare" l'orientamento della sequenza discorsiva in corso e porre quindi un problema di pertinenza che deve essere compreso e gestito dalla mediatrice.

Questi turni sono molto frequenti nella mediazione linguistica, molto più dei turni definibili come "non problematici", che si prestano senza ambiguità a forme di resa diretta. Le quattro modalità di base che abbiamo introdotto negli esempi 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 evidenziano in via preliminare la problematicità di alcuni di questi aspetti. Le nostre ricerche indicano inoltre che queste quattro modalità rappresentano le forme base di una molteplicità di altre forme di sequenza, che andremo ad analizzare in dettaglio nei prossimi capitoli. Le forme che andremo a discutere evidenziano sia la frequenza dei turni "problematici", sia la complessità che questi comportano per la resa traduttiva, complessità che va oltre il turno e investe l'intera sequenza. Senza avere la pretesa di esaurire l'universo delle possibili espressioni della mediazione linguistica, abbiamo identificato nove forme generali di sequenza (con possibili varianti interne) che permettono di capire le sue caratteristiche.

Nel capitolo 3, discutiamo sei forme che riguardano la traduzione e il contesto della traduzione nell'interazione (esplicitazione del contesto e preparazione della traduzione, tipi di funzioni e significati costruiti nella sequenza di resa). Nel capitolo 4, discutiamo le rimanenti tre forme, che possono creare problemi nella comunicazione a tre.

3. La traduzione nella mediazione linguistica

1. Premessa

In questo capitolo, discutiamo sei forme specifiche della mediazione linguistica, una in ciascuna delle sezioni seguenti. Si tratta di sequenze, indicativamente così strutturate:

1. Domande dell'operatore seguite da indagini esplorative della mediatrice dirette a trovare risposte potenzialmente pertinenti, feedback della paziente e traduzioni finali della mediatrice per l'operatore (sezione 2).
2. Spiegazioni dell'operatore (o talvolta del/la paziente) con risposte minime della mediatrice (sezione 3), che si mette temporaneamente in posizione di ascolto.
3. Iniziative del/la paziente e reazioni della mediatrice seguite da traduzioni per l'operatore (sezione 4)
4. Inviti dell'operatore a svolgere un'azione da parte della mediatrice ed eventuale accettazione da parte della mediatrice (sezione 5)
5. Traduzioni come formulazioni dei contributi precedenti del/la paziente o dell'operatore, e reazione dell'altro interlocutore (sezione 6).
6. Traduzioni di sostegno e coordinamento della comunicazione diretta tra i partecipanti (sezione 7)

2. Dalla domanda dell'operatore alla traduzione finale della risposta del paziente

Le domande dell'operatore che abbiamo rilevato sono di tre tipi: 1) domande generali che sollecitano a definire il problema o il sintomo; 2) domande più specifiche nel corso dell'anamnesi, per raccogliere dati pertinenti; 3) domande specifiche sui sintomi o sui comportamenti del paziente. Occasionalmente, inoltre, l'operatore pone domande di tipo non medico, ad esempio per chiedere spiegazioni su questioni organizzative.

Le mediatrici traducono la domanda, ma è molto frequente che, anziché fornire immediatamente la traduzione della prima risposta dei/delle pazienti, approfondiscano i significati delle risposte insieme alle/ai pazienti, in sequenze diadiche più o meno lunghe, per poi fornire traduzioni riassuntive al termine di queste sequenze diadiche. La motivazione più frequente di queste sequenze diadiche è data dal tipo di risposta del/la paziente, che può essere, secondo i casi, imprecisa (ad esempio confusa o incompleta), oppure complicata da iniziative aggiuntive del/la paziente. Nell'esempio 2.1, in cui la mediatrice traduce pezzettino per pezzettino ogni contributo dell'operatore, abbiamo visto che una traduzione siffatta può portare a una sequenza che fatica ad arrivare alla risposta e nell'esempio 2.2, in cui la mediatrice cercava di capire meglio i sintomi del paziente che accusava un problema cardiaco, abbiamo visto un primo caso di questa forma di sequenza "esplorativa".

Vediamo ora più sistematicamente come funziona questa forma di sequenza.

Esempio 3.1 vomito (domanda generale)

- 01 O [come qua:le] ehm si si (.) h allora (.) come andiamo?
 02 M [kifek enti?]
 03 P [tu come stai?]
 04 M alhamdulillah [alhamdulillah] [(??)]
ringrazio Dio ((ringrazio Dio che sto bene)) (ringrazio Dio)
 05 P [sta be:ne]
 06 M Barud
Vomito
 07 M [mazal bitrudu?]
[vomiti ancora?]
 08 P [hagha 'adiya?]
[è una cosa normale?]
 09 P Ehm
 09 M dice che sta ancora vomitando è una cosa norma:le?
 10 O mm hm:: (.) ((tongue click)) allo:ra e::hm bè [di solito]
 11 M [*datan]
 chahal mn mara katrudu fi nahar?
quante volte vomiti al giorno?
 (0.5)
 12 M [(??)]
 13 P (((tongue click))) moi je pe se à l'estomach (.) ehm el ma'ida
se à l'estomach (.) ehm lo stomaco
 14 M mm hm

(1.3)

- 15 M bithisi maqbuda?
te lo senti compresso?
 16 P taqriban- ah lianu el bebe biyikbir [(??)]
più o meno- sì perchè el bambino sta crescendo [(??)]
 17 O [°tredici°]
 18 M inti bimisalik inu el tifi bithisi el ma'ida 'indik [maqbuda]
per te è il bambino quindi ti senti lo stomaco [compresso]
 19 P [ah:::] bhal fi
[si:::] come
 20 M in Morocco quando mangio tanto
 Wala bitrudu?
ma- ti viene la nausea? Cioè vuoi vomitare e non vomiti? O vomiti?
 21 P ehm barud
vomito
 22 M [bitrudu] [(??)]
[vomiti] [(??)]
 23 P [(??)] ah ba'ul a 'mil kida- artah
[(??)] sì mi dico faccio così- mi sento meglio
 24 M ah titahi (.) lianu khalas- .h [dice che]
sì ti senti meglio (.) perchè ormai- .h
 25 O [mm hm]
 26 M [.h probabilmente col fatto che il bimbo cre:sce]
 27 O [mm hm]
 28 M lei si sente come .h compresso [lo stomaco] e quindi [delle vol] te anche per per stare meglio
 29 O [mm hm] [mhm]
 30 M [.hh] dice che si infila due dita in bocca per riuscire a vomitare
 31 O [mm]
 32 O e dopo sta me:glio?

Nell'esempio 3.1, la paziente risponde alla traduzione della semplice domanda generale ("come andiamo?") con una forma rituale che sembra indicare una risposta positiva, pertanto la mediatrice traduce che sta bene. Tuttavia la paziente aggiunge subito che vomita, contraddicendo quindi l'incipit positivo e chiede se è "normale". La risposta della paziente è quindi ambigua

da un lato dice che sta bene, dall'altro che vomita, ritenendo quest'ultimo un sintomo probabilmente legato alla gravidanza. A questo punto, la mediatrice, dapprima si accerta di avere ben compreso, quindi chiede all'ostetrica, se il vomito è normale in questa fase della gravidanza. L'ostetrica esita a rispondere cercando di capire a quale settimana di gravidanza è la paziente ("tre-dici", turno 13) e la mediatrice si attiva immediatamente per approfondire il problema attraverso diverse domande (turni 09, 11, 16 e 19) e riformulazioni del problema con la paziente che consentono di controllare che l'interpretazione della mediatrice sia corretta (turno 14). Soltanto al termine di questa interazione prolungata, la mediatrice porta la risposta della paziente all'attenzione dell'ostetrica (turni 21-25), mettendola nelle condizioni di fare nuove domande per capire meglio il problema.

Esempio 3.2 *my heart is worrying me* (domanda generale)

- 01 D okay dimmi adesso.
 02 M so what's your problem now?
 03 P my heart is worrying me, my heart.
 04 M how is it worrying you?
 05 P ehm: my heart is-
 06 M beating faster?
 07 P yes, yes, beat fast (.) fast fast.
 08 M or you feel pain?
 09 P ye-yes, I feel pain. (As straight work)
 10 M it beats faster?
 11 P yes.
 12 M eh:: ha il cuore che batte forte. Ha anche dolore (.) dice.
 13 D da quando?

Nell'esempio 3.2 (che è già stato commentato come esempio 2.2), abbiamo di nuovo una domanda generale ("dimmi adesso"), tradotta con una formula idiomatica in lingua inglese ("what's your problem now"). La risposta del paziente è imprecisa e incompleta, quindi la mediatrice, anziché tralurarla immediatamente (come accadeva nell'esempio 2.1), decide di approfondire il problema con una serie di domande specifiche, che mettono il paziente in condizioni di rispondere sì o no (turni 06 e 08), così facilitando la ricerca di una risposta che consenta al medico di proseguire il colloquio. Questo in effetti avviene al turno 13, dove il medico ponendo la nuova domanda mostra anche di avere compreso i sintomi del paziente e di avere accertato la risposta come rilevante per l'indagine medica. Le sequenze in cui chi traduce si sofferma brevemente con il paziente per raccogliere quanti più e quanti più precisi dettagli possibile sono piuttosto frequenti nell'interazione

medica e sono stati osservati altri studi portati avanti in diversi paesi e sulla base dell'osservazione di interpreti convari gradi di esperienza.

Passiamo ora a vedere una serie di esempi che, diversamente dai due precedenti, partono da domande specifiche del medico, tese alla ricerca di una risposta sì/no o di un dato anamnestico.

Esempio 3.3 *per 12 mesi le pillole* (domanda specifica, di anamnesi)

- 01 D ha mai assunto metodi contraccettivi?
 02 M qabal, ya'ni, 'ala al-haml, ya'ni, ma sta'malti fanid -
prima, cioè, della gravidanza, cioè, non hai usato pillole -
 03 P fi uakhd al fatra khtt al [fanid
per un periodo ho preso [le pillole
 04 M [ok
 05 P 'ala 12 shhar
per 12 mesi
 06 M 'ala 12 shhar fanid
Per 12 mesi pillole
 07 P daba 'am daba
adesso è un anno
 08 M min ba'd al fatha dial allakhrani? Dopo il cesareo
 dell'ultimo?
dopo il cesareo dell'ultimo (bambino)?
 09 P Mhm
 10 M ha preso la pillola per un anno dopo il parto gemellare eh (.)
 perché c'era il marito.; non poteva: diciamo, aveva fatto il
 cesareo
 11 D mmh, quando l'ha sospesa, quindi la pillola?

L'esempio 3.3 presenta una sequenza analoga a quella con il paziente cardiaco, mostrata nell'esempio 3.2, al quale infatti assomiglia per molti aspetti. Al turno 01, l'operatore pone una domanda di anamnesi, rivolgendosi direttamente alla mediatrice, ma riferendosi alla paziente ("ha mai usato..."). In tal modo, l'operatore segnala alla mediatrice che può procedere autonomamente. Data la prima risposta imprecisa della paziente, La mediatrice approfondisce il problema della contraccezione, espandendo la domanda dell'operatore, accertandosi di avere chiarito il punto e di avere ben compreso la risposta (turni 02-09). Al turno 10 traduce riassumendo le risposte ottenute dalla paziente, e facendo inoltre riferimento a informazioni aggiuntive, non presenti nella sequenza, raccolte in precedenza. Anche in questo caso, come

in quelli precedenti, l'espansione nella sequenza diadica tra mediatrice e paziente, consente all'operatore di porre una nuova domanda, conseguente alle informazioni ottenute.

Vediamo di seguito un esempio più complesso.

Esempio 3.4 *attualmente è mestrata* (domanda specifica di anamnesi)

- 01 D ultima mestruazione quando è stata?
 02 M akhir marra jatk fiha l 'ada shahriya?
l'ultima volta in cui hai avuto il ciclo?
 03 P rab'awa 'ishrin (.) f sh'har juj
il ventiquattro (.) nel mese di febbraio
 (2.0)
 04 M sh'har juj?
in Febbraio?
 05 P ah, rab'awa 'ishrin (.) f sh'har juj.
sì, il ventiquattro febbraio
 06 M sh'har- f had sh'har ma jatksh?
Nel mese- in questo mese non l'hai avuto?
 07 P majatnish, yallah jatni, ghlt lik dart liya retard tis' ayyam.
non l'ho avuto, mi è appena venuto, ti ho detto che ho
avuto un ritardo di nove giorni
 08 M yallah jatk?
ti è appena venuto?
 09 P ah.
sì.
 10 M imta jatk?
quando l'hai avuto?
 11 P jatni:: el bareh.
l'ho avuto ieri
 12 M ehm, ya'ni les regles tsamma dyal l bareh mush-
ehm, quindi le mestruazioni di ieri non-
 13 P ah, ghlt dyal bareh, mashi lli ghlt dak sh'har
sì, ho detto ieri, non quelle che ho detto l'altro mese
 14 M eh, no, akher marra. ma' natha nti daba haid?
eh, no, l'ultima volta. Quindi tu adesso sei mestrata?
 15 P ah.
Sì
 16 M allora, attualmente è mestrata. (.) Le sono venute ieri.
 17 D ah! Allora bisogna che torni.

Nell'esempio 3.4, la domanda di anamnesi dell'operatrice va a cercare un dettaglio specifico, la data della mestruazione. La mediatrice traduce e la paziente risponde indicando la data. In riferimento al momento della conversazione, tuttavia, la data è oltre un mese prima, il che suggerisce che ci sia un ritardo mestruale. Dopo una pausa di due secondi, la mediatrice sceglie di approfondire anziché tradurre. L'approfondimento, che si attua attraverso una serie di domande della mediatrice ("in febbraio?" turno 04; "questo mese non l'hai avuto?" turno 06; "quando l'hai avuto?" turno 10), chiarisce che c'è stato un equivoco. La paziente ha infatti inteso l'"ultima volta in cui hai avuto il ciclo", come la volta precedente a quella attuale e si chiarisce dunque che la paziente è mestrata al momento della visita. La traduzione finale della mediatrice non riporta l'equivoco, ma chiarisce il dettaglio utile al medico che, cioè, la paziente ha le mestruazioni e non potrà quindi fare il pap test per cui è venuta (cf turno 17). Anche in questo caso la replica del medico chiarisce che quanto riportato dalla mediatrice è pertinente e utile per decidere sul proseguimento del check up.

Esempio 3.5 *peso in basso* (domanda specifica su un sintomo)

- 01 O Intisaar a far la pipi problemi? bruciore?
 (0.5)
 02 M lama t' amlì pipi raha tharaq wala 'andak muchkil fiha?
quando fai la pipi ti brucia o hai qualche problema?
 03 P no chawaya (.) chawaya ama chno wji' a tjimi mn (??)
no un po' (.) un po' ma ho come del dolore che mi viene
 (??)
 (0.6)
 04 M fin tjik l [wji' a?]
dove ti viene il [dolore:]
 05 P [mn (??)] bl kul °fhamtni° (??) win na' mal
[nel (??)] tutto ° mi hai capito° (??) dove faccio
 06 M [el taht?]
[in basso:]
 07 O [ha notato] delle per [diti:ne (.) no]
 08 P [e] taht
in basso
 09 M no lei ehm:: (.) mm (.) ha dei pro- ha dei dolori qua: diceva
mli tabghi ta' mli pipi?
no lei ehm:: (.) mm (.) ha dei pro- ha dei dolori qua: diceva
quando vuoi fare la pipi?
 10 P no hata mn ghir pipi tama-

- 11 M *no anche senza pipi c'è-*
ah gli fa male lo stesso °anche senza::° [(??)]
- 12 O [(oi) ha un] po' di peso quindi dolori nella zona della vescica?
- 13 M idan bhal ila 'andak wazn chi haja t9ila fl makan dyal pipi?
(.) bhal ila chi haja bghat tanzal?
quindi è come se avessi un peso qualcosa di pesante nel posto della pipi? (.) come se qualcosa volesse scendere?
- 14 P no ana nhas sa'a sa'a sghir haka yidaz [el ham]
no lo io sento ogni tanto è come se è il bambino [è la gravidanza]
- 15 M [e::] ogni tanto sen:te un peso come se fosse il bimbo:: [o:::]
- 16 P [sa'a-]
[a vol-]
- 17 O [ah può essere il] bimbo [eh? (.) si]
[sa'at] tjimi lahna [lahna] sa'at mn (??)
[a volte] mi viene qui [qui] altre nel (??)
- 18 P ce li ha qua (.) delle volte i dor- o dolore
[ehm (.) delle volte i dor- o dolore
[hai delle] perdite?
- 19 M [mm hm]
- 20 O
- 21 P No
- 22 M ya'ni tanzal mnk ba'd (.) e:: (.) no tanzl mnk e:: (.) chi haja bida wala chi [haja-
cioè hai delle perdite (.) e:: (.) hai delle perdite e:: (.) biancastre o [qualcosa-]
- 23 P [ehm]
- 24 M [si]
- 25 P [tanzal ah]
[si ho delle perdite]
- 26 O dopo quando siamo sul lettino guardiamo eh?

Nell'esempio 3.5, la domanda riguarda un sintomo specifico, cioè un fastidio percepito dalla paziente nell'urinare. Anche in questo caso, la prima risposta della paziente (turno 03) non chiarisce bene il sintomo e quindi la mediatrice indaga per capire più a fondo prima di tradurre (turni 04-06). Al turno 07, l'ostetrica aggiunge una seconda domanda, senza attendere la risposta alla prima, che da un lato suggerisce alla mediatrice un altro modo per esplorare il problema, dall'altro la sollecita a tradurre. La mediatrice inizia a tradurre chiarendo però che le informazioni ottenute sono al momento poco

chiare e quindi riprende l'indagine autonoma (turno 13). La mediatrice arriva a completare la traduzione per l'ostetrica al turno 15. La traduzione propone un'ipotesi della paziente, la cui plausibilità viene confermata dall'ostetrica. La paziente aggiunge poi nuovi dettagli al turno 18, che vengono immediatamente resi all'ostetrica perché potenzialmente pertinenti all'ipotesi che sia il bimbo a pesare sulla vescica e quindi a determinare il fastidio. Anche questi dettagli vengono accettati dall'ostetrica come plausibili (turno 20). Al turno 19 intanto la mediatrice aveva già ripreso a tradurre per la paziente una delle richieste avanzate dall'ostetrica se cioè la paziente ha notato di avere perdite. La risposta a questa domanda da parte della paziente richiede, nuovamente, aiuto e dopo una breve conversazione a due in cui la mediatrice cerca di capire se la paziente ha perdite vaginali la risposta affermativa viene resa all'ostetrica che decide di procedere a una visita.

In questo esempio, la mediazione linguistica è più complessa e articolata, e le sequenze della mediatrice con la paziente si intrecciano a momenti in cui la mediatrice coinvolge l'ostetrica. È interessante soprattutto notare il modo in cui la mediatrice gestisce le informazioni in suo possesso rendendole nell'una e nell'altra lingua nel momento in cui esse diventano rilevanti o in cui gli interlocutori possono vederne il senso. Questa forma di coordinamento è molto complessa e richiede una certa abilità da parte della mediatrice. Si può notare infatti che non vengono persi dettagli per strada e, pur soffermandosi con la paziente per capire bene i sintomi e le preoccupazioni, la mediatrice rende chiaro a entrambi gli interlocutori tutto ciò che viene detto. La conclusione della sequenza porta quindi a un risultato efficace per la paziente, che verrà visitata e controllata.

Esempio 3.6 non sono andati a prendere gli esami (domanda su problema organizzativo)

- 01 O non sono andati a prenderli
- 02 M kanit khirjit liki el natija b ta't el tahalil nahar khamastach fi chahr talata lakin intu mamchituch akhadu [el natija] lianu zawjik kan khadam yimkin (.) kan chaghal?
vi era uscito l'esito degli esami il quindici di marzo ma voi non siete andati a prendere [l'esito] forse perché tuo marito era al lavoro (.) stava lavorando?
- 03 P [hm]
- 04 P la (.) binti-
no (.) mia figlia-
- 05 M bintik (.) kanit marida?
tua figlia (.) era malata?
- 06 P Marida

- 07 M mm hm (.) c'è la bimbetta malata e sono rimasti a casa
 08 O Okay

La sequenza riportata nell'esempio 3.6 prende avvio dal fatto che i coniugi presenti alla visita (moglie in gravidanza e marito) non hanno ritirato i risultati dell'ecografia della signora che erano già pronti da qualche giorno. L'ostetrica apre la sequenza con una constatazione ("non sono andati a prenderli") che implicitamente invita a spiegare il motivo del mancato ritiro. La mediatrice traduce la domanda come affermazione e formula anche un'ipotesi sul motivo che ha portato i coniugi a non ritirare i risultati, che cioè avessero impegni di lavoro. L'ipotesi viene però smentita da un'affermazione esitante e incompleta della paziente (turno 04), che suscita una formulazione interrogativa da parte della mediatrice che ne infersce il significato: non siete andati a prendere i risultati perché la vostra bambina era ammalata e non potevate uscire. Dopo la conferma della paziente, la mediatrice può quindi effettuare la traduzione come formulazione dello scambio precedente, ottenendo la conferma dell'ostetrica.

In tutte le sequenze mostrate in questa sezione, è evidente anzitutto come la comunicazione diretta tra mediatrici e pazienti sia di aiuto nella costruzione di una narrazione articolata della paziente, che riguarda sintomi e storie progressive, che appare particolarmente utile per mettere l'operatore nelle condizioni di comprendere e reagire. Nel contempo si evitano le complicazioni di una serie di traduzioni immediatamente dopo il turno che renderebbero frammentata, e probabilmente più difficilmente comprensibile, tale narrazione, anche perché alcuni frammenti, dati da esitazioni nelle risposte, incertezze o interruzioni, potrebbero dare luogo a interpretazioni fuorvianti. È inoltre evidente, l'importanza delle traduzioni riassuntive finali, che rispondono direttamente alla domanda dell'operatore, senza necessariamente riportare i dettagli della comunicazione diadica, almeno quelli non direttamente rilevanti ed eventualmente già percepiti dal medico (ad es. le esitazioni delle pazienti spesso non vengono tradotte e sono comunque evidenti al medico nell'interazione).

In sintesi, la sequenza domanda-risposta richiede un impegno interpretativo e di messa in relazione dei contributi degli interlocutori da parte della mediatrice. La traduzione avviene una volta chiariti i problemi e gli eventuali equivoci, in modo da ottenere le informazioni che sono necessarie per consentire all'operatore di intervenire.

3. Spiegazioni e risposte minime della mediatrice

Quando i turni di spiegazione di operatori o pazienti sono particolarmente complicati, la mediatrice si mette "in ascolto", cioè cerca anzitutto di capire, segnalando in modo attivo che sta seguendo, e in tal modo invitando il parlante ad andare avanti per chiarire o completare la sua spiegazione. Questo "ascolto attivo" permette alla mediatrice di ottenere informazioni complete e quindi anche "traducibili". L'ascolto continua finché non c'è materiale sufficiente per fornire una traduzione riassuntiva sensata all'altro interlocutore.

Esempio 3.7 *il farmaco lo dovrà fare* (operatore)

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | D | si (.) ino:ltre dovrà proseguire, adesso stiamo a vedere in base agli esa:mi, questo farma:co |
| 02 | M | [si] |
| 03 | D | [se non è questo è un a:ltro]: |
| 04 | M | [si] |
| 05 | D | ⇒però il farmaco lo dovrà fare. |
| 06 | M | Si |
| 07 | D | °poi° le diamo le indicazioni nel momento: in cui - (li) c'è scritto |
| 08 | M | okay: |
| 09 | D | (perché) poi: (1.0) al massimo: non so vi sentite per tele:[:fono:: |
| 10 | M | [sì: lei lo sa[: già sì. |
| 11 | D | [eh: vedete anche do:po |
| 12 | M | [si] |
| 13 | D | [e comunque avrà un contro:llo, (.) se non il primo dice:mbrè il sei dice:mbrè. questo lo diciamo do:po p[erché |
| 14 | M | [mh |
| 15 | D | [non ho capito bene |
| 16 | M | [okay |
| 17 | D | =qua:ndo [lo vuole fare alla fine. |
| 18 | M | [°okay° |
| 19 | M | °okay° |
| 20 | D | [°e:° |
| 21 | M | [this letter eh? |
| 22 | P | °(yes)° |
| 23 | M | how is (.) the baby born, |
| 24 | P | mh mh |

Nell'esempio 3.7, la mediatrice "invita" ripetutamente l'operatore a proseguire la sua narrazione, attraverso l'uso dei cosiddetti "continuers": nell'esempio, più volte si tratta di "sì" (turni 02, 04, 06, 10, 12) e "okay" (turni 08, 16, 18, 19). Questa serie di inviti impliciti a proseguire serve sia all'operatore a pre-costruire la sua narrazione con la mediatrice, "ragionando a voce alta", sia alla mediatrice a capire meglio che cosa deve tradurre. L'uso dei *continuers* è inoltre utile al terzo interlocutore, il paziente in questo caso, per capire che la mediatrice è in ascolto e che la traduzione è sospesa per questa ragione. La traduzione inizia infatti al turno 21, con riferimento alla lettera con le istruzioni (e prosegue nei turni successivi, l'interazione a due serve a preparare la traduzione e quindi il "passaggio" dell'informazione: nell'esempio 3.7, la preparazione è realizzata tra mediatrice e operatore, in favore del paziente, nell'esempio che segue è realizzata tra mediatrice e paziente in favore dell'operatore, che viene temporaneamente messo in attesa.

Esempio 3.8 *l'utero mi fa male al cento per cento* (paziente)

- 01 P el rahim bi ywja'ni miyya bl miyya.
l'utero mi fa male al cento per cento
- 02 M miyya bl miyya.
al cento per cento sì
- 03 P mbarih mshit 'nd
ieri ho fatto la visita dalla -
- 04 M 'nd 'tbiba (.) ih
dalla dottoressa sì.
- 05 P w ghit lha hadi shahrin ma shrbt l
le ho detto che son due mesi che l'ho tolto
- 06 M ma shrbt l pillola= l habba
hai tolto la pillola
- 07 P 'shrbha ' shahrin al akhrin mn
da quando la bevo questi due mesi ultimi
- 08 M ah
mmh
((due turni omessi))
- 11 P mn bdit fiha dratni.
quando l'ho iniziato mi ha fatto male
- 12 M ah
mmh
- 13 P w ana nhaidu
e allora l'ho tolto (.) adesso

- 14 M ih
sì
- 15 P mn shahrain battaltha
sono due mesi che l'ho tolto
- 16 M ih
sì

Nell'esempio 3.8, la mediatrice incoraggia la paziente a continuare la sua narrazione: si tratta di una forma di sequenza analoga a quella dell'esempio 3.7, ma con il paziente anziché con l'operatore. In alcuni turni (14, 16) rinviamo l'uso del "sì", in altri (turni 08, 12) un continuer paraverbale ("mmh") e nei turni 02, 04, 06, delle ripetizioni del turno precedente del paziente (al turno 04, accompagnata da un altro "sì"). Le ripetizioni, in particolare, evidenziano in modo più marcato l'ascolto della mediatrice e incoraggiano in modo più diretto la narrazione della paziente.

Nell'interazione con il paziente, la narrazione è caratterizzata da una componente di incertezza che non consente necessariamente di raccogliere materiale informativo per il medico in pochi turni. Il paziente deve essere messo a proprio agio e lasciato parlare, per capire che senso può avere la sua narrazione. Questa tecnica di ascolto è usata anche dal medico nell'interazione monolingue: la differenza è che mentre il medico ascolta per replicare, la mediatrice ascolta per rendere in modo efficace e consentire al medico di replicare. Per questo le rese riassuntive sono fondamentali per la chiusura di queste sequenze e quindi per il completamento delle azioni svolte.

4. Iniziative del/la paziente e reazioni della mediatrice

Le iniziative dei/delle pazienti sono più frequenti di quanto non riporti la letteratura su questo tema, che spesso presenta i pazienti migranti come piuttosto passivi e in una posizione subordinata all'operatore. Già abbiamo visto un'iniziativa della paziente che sentiva peso in basso nella pancia nell'esempio 3.5 e abbiamo visto come, nell'esempio 3.8, la paziente sia piuttosto attiva nel raccontare il suo problema di dolore all'utero. Sulla base della nostra raccolta di dati, si può affermare che i/e pazienti con problemi linguistici sono decisamente più attivi in presenza di una mediatrice e, forse va aggiunto, non sono affatto inibiti dalla sua presenza, che anzi sembrano considerare essenziali per potersi esprimere.

Negli esempi che vediamo di questa sezione, in particolare, introduciamo un tipo di iniziativa molto significativa dei pazienti perché "interrompe" la sequenza comunicativa in atto, anziché seguirla, in tal modo "deviando" il corso dell'interazione. Osserviamo in modo particolare come reagisce la mediatrice a queste iniziative.

Esempio 3.9 *I have very irregular periods*

- 01 P erm for my first [pregnancy]
 02 M [pregnancy] mm hm
 03 P my last period was on December twenty[fifth]
 04 M [seven]teen
 05 P ehm for first preg[nancy I'm telling]
 06 M [mm hm]
 07 P last period was on December twenty-fifth [.] so based on
 that date they calculated the durate]
 08 M [they say but
 twenty-fifth (1.4) the the (that)]
 09 P erm but actually when they saw the scan (.) they told that
 [the child was on January (the third)]
 10 M [okay (.) I understand it (.) okay okay] perché lei sta
 dicendo che [si si]
 11 P [because] I have very irregular periods my gy-
 nechologist explained that maybe because of that it came
 two weeks behind the actual date (.) [so]
 12 M [sta] dicendo
 che la sua prima figlia (.) l'ultima mestruazione era
 venticinque ma quando hanno fatto l'ecografia hanno visto
 che era due settimane prima [allora]
 13 O [era la più piccola]
 14 M mm hm (.) allora anche questa sta [dicendo]
 15 O [ma lei è regolare] con le
 mestruazioni?
 16 M your menstruation
 17 P Hm
 18 M do you have it regularly?
 19 P no it's very irregular
 20 M o:kay (.) no
 (0.8)
 21 O facciamo ah ho capito (quello) facciamo [un'ecografia]
 22 M [allora] questo sta
 dicendo ma non sa come andrà a finire alla quando fanno
 l'ecografia
 23 O lei dice (.) se voi magari mi fate l'ecografia riusciamo a ve-
 dere se [riusciamo]
 24 M [succede] tante (volte)
 25 O Facciamo

Nell'esempio 3.9, la paziente introduce il problema della definizione del termine della gravidanza, legato all'irregolarità del suo ciclo mestruale. Impiega diversi turni a spiegarsi parlando con la mediatrice (turni 01-11), che al turno 12 inizia a tradurre, interrotta però dalla domanda dell'ostetrica sulla regolarità delle mestruazioni, che viene immediatamente tradotta dalla mediatrice alla paziente la quale replica confermando e chiarendo il problema. L'ostetrica, interloquendo a sua volta con la mediatrice, decide di fissare l'ecografia. L'iniziativa della paziente dunque introduce un problema che non era stato considerato nel percorso di controllo di gravidanza, mutando il percorso. Lo fa attraverso la narrazione di ciò che le era successo durante la prima gravidanza e spiegando alla mediatrice come era stata trattata all'epoca. La mediatrice comprende il significato della narrazione e lo ripropone all'ostetrica che immediatamente ne riconosce la rilevanza e decide di procedere al controllo ecografico.

Esempio 3.10 *mi è uscito un muscolo*

- 01 P 'andi zada muscle tla'li mn (.) mn la habala lahna
 ho anche un muscolo che mi è uscito con (.) con la gravi-
 danza qui
 02 F (tieni)
 (0.5)
 03 P yusuf
 qui
 04 M grazie
 (0.6)
 05 O [grazie molto gentile questo bimbo]
 06 P [muscle tla'li mn la habala]
 [un muscolo mi è uscito con la gravidanza]
 07 M muscle?
 un muscolo?
 08 P ah li mchit 'adit 'lih qali muscle mat'amlilu hata chay'
 si quando sono andata a chiedere mi ha detto è un muscolo
 non farci niente
 09 M hm
 10 P (??) fhamti?
 (??) hai capito?
 (0.7)
 11 M w bayn?
 e si vede?
 12 P ah ah
 sì sì

- 13 M ah allora diceva che
 14 O [mm hm]
 15 P [nat'ab] chawaya ki nat'ab chawaya (??) ki nabda matalan
 na'mal fi forza haka haja yita'ab- yita'abni
 [mi stanco un po'] quando mi stanco un po' [(??)] per
 esempio quando faccio qualcosa che richiede la forza
 stanca- mi stanco
 16 F ((il bambino parla in sovrapposizione alla madre))
 17 M diceva che mm ha ehm::
 18 F Si
 (1.0)
 19 M ehm dopo il parto ha avuto questo problema: no (.) un
 muscolo che si è un po' si è spostato perché quando è andata
 dal terapeuta le hanno detto che dopo il parto è usci ta fuori
 questa cosa che non c'è niente da fare adesso lei quando si
 stanca (.) ehm lo sente (.) molto e si vede anche
 20 F ((il bambino parla in sovrapposizione alla mediatrice))
 21 O =ma un muscolo dove a livello della pancia?

Anche nell'esempio 3.10, la paziente introduce un nuovo problema parlando con la mediatrice. Si tratta di un "muscolo" uscito con la gravidanza precedente (turni 01 e 06-12) che nei momenti di stanchezza diventa più rigido e visibile. La mediatrice si pone come interlocutrice accertandosi di comprendere il problema, e inizia la resa per l'ostetrica al turno 13. Al turno 14 la paziente aggiunge ulteriori informazioni che vengono poi integrate dalla mediatrice in un unico turno di spiegazione del problema, in italiano, alla mediatrice. Anche in questo caso l'ostetrica si fa carico del problema mostrando attenzione e chiedendo altre informazioni.

Esempio 3.11 *goosey sensation*

- 01 P I have (another) question (may I [ask])
 [prego]
 02 O
 03 P a: (0.6) sensation. (0.5) at night. (0.9) (goosey) (.) it is very-it
 pains (.) swelling (inches)
 (0.6)
 04 O mh.
 05 P swell[ing] (.) yeah
 06 O [?'grasp]
 07 M gonf[io]
 08 P [a.nd] and (.) the sensation is very neat I feel (4sill) in
 the fingers. (.) at night (mostly [during the night])

- 09 M [fo:rmicolio]
 (1.2)
 10 P mostly at night. (0.6) and even in the days I'm going to start
 doing something (.) (or I do) e::r
 (0.6)
 11 M Mhm
 12 P mostly (?rolling) and sitting like thi:s. (.) it (makes me)
 numbness (it [e:rm]-]
 [si si] è un formicolio. (0.5) ha dei formico[lii]
 13 M [re]
 14 P [(he-
 (e così) sente ma::le e gonfiore durante la notte, (.) e [a
 vo:lte] quanto li- pre- devi prendere qualcosa li sente (anche
 di giorno)
 16 O [(??)]
 17 P and it pains:
 18 O Allora
 19 M fa male
 20 O Nell'ultimo trimestre di gravidanza soprattutto nelle ultime
 quattro settimane aumentano moltissimo gli estrogeni nel
 sangue. gli estrogeni gonfiano. (.) e gonfiano non solo la
 pelle ma gonfiano anche in profondità (.) e poi ci sono- ab-
 biamo due guaine dove corrono [i vasi]
 21 M [(un po') gli] stai dicendo
 delle cose dei- [del dottore ((risata))]
 22 O [eh le spiego, e:h] le spie:go. (.) le guaine
 dove corrono i nervi e i vasi.
 23 P okay.
 24 O allora quando (e sono molto) queste guaine, sono come quelli
 delle: dei: dei: circuito elettrico che c'è la plastica intorno, si
 gonfia e compri:me internamente (.) leggermente ma com-
 prime. e quindi lei ha i formicolii perchè la circolazione- e
 soprattutto quando lei (.) tiene ferme le mani. perchè quando
 lei le muove il- la muscolatura fa tornare indietro il sangue. e
 quindi attiva la circolazione. quando lei le tiene ferme la cir-
 colazione si blocca.

Nell'esempio 3.11, la paziente interrompe consapevolmente la sequenza della visita dicendo che ha una richiesta ("may I ask?"). Prosegue quindi spiegando un sintomo che ha da qualche tempo che riguarda gonfiore, for-

micolio e indolenzimento. La paziente spiega le proprie sensazioni alla mediatrice e all'ostetrica, le quali entrambe mostrano di ascoltarla. Questo esempio è interessante perché nel produrre feedback che promuovono il racconto della paziente, la mediatrice traduce qualche parola per l'ostetrica in modo da consentirle di seguire in parte il racconto della paziente (in particolare turni 07 e 09). Al turno 13 la mediatrice inizia la resa completa per l'ostetrica, la quale replica con una spiegazione medica molto dettagliata ma molto chiara, che la paziente sembra in grado di comprendere (turno 23). L'intera spiegazione dell'ostetrica verrà comunque tradotta alla paziente in inglese dopo la conclusione dell'ostetrica.

Si può notare che, in tutti questi casi, il problema introdotto dalla paziente è recepito con grande attenzione dalla mediatrice, che si fa ascoltare ma al tempo stesso segnala all'operatore che sta per tradurre qualcosa di importante. In tutti i casi, la mediatrice inizia a tradurre leggermente in anticipo rispetto alla conclusione della paziente, aggiungendo poi le nuove informazioni. Questa "urgenza" di passare il problema all'operatore, coinvolge quest'ultimo, che in tutti i casi prende immediatamente in carico il problema, cambiando il percorso della visita, controllando attraverso un esame clinico o fornendo spiegazioni esaustive.

Nell'esempio 3.12 la paziente pone una domanda sui rapporti sessuali in gravidanza mostrando chiaramente il proprio imbarazzo.

Esempio 3.12 rapporti coniugali al settimo mese

- 01 P °za' makayna- 'andi wahd su' al 'la mu' achra zawjiya (??) fi saba' chuhur hanya? (.) machi muchkil?°
 °quindi- ho una domanda sui rapporti coniugali (??) al settimo mese sono normali? (.) non sono un problema?°
 (0.7)
- 02 P ma no matghulihach matghulihach ((risata))
 ma no non glielo dire non glielo dire
- 03 M (??) per quanto riguarda il codice (??) ma no chi' tabi'i
 ma no è una cosa normale ((risata))
- 04 M per quanto riguarda i rapporti sessuali al al settimo mese è nor male? fa no no non glielo dire [no è norma:]
 [male (.) no (??)] [cosa?]
- 05 O
- 06 P [((risata))]
- 07 O [allora (.) si]
- 08 P [((risata))]
- 09 O [è normale (.) cosa?]

- 10 P rafti l' arab rak 'arfa kanhachmu
 sai noi arabi come sai abbiamo pudore
- 11 M non non non crea dei proble:mi (.) [no]
- 12 O [no .h] allora (.) fino a

quando lei se la sente e lo fa (.) ehm ed è una cosa che gli va che le pia:ce e in cui sta bene questa cosa non crea problemi

Nel primo turno della sequenza, la paziente introduce il problema della "normalità" dei rapporti sessuali in gravidanza selezionando la mediatrice come interlocutrice e addirittura chiedendo di non tradurre. La mediatrice risponde in arabo ma pronuncia qualche parola in italiano che forse sollecita l'ostetrica a intervenire e chiedere di spiegare il senso della domanda. La mediatrice rende sia la domanda, sia l'imbarazzo della paziente, chiedendo all'ostetrica se è normale avere rapporti al settimo mese di gravidanza. La paziente spiega che nella propria cultura araba c'è una certa reticenza, non si capisce se nel parlare di questi argomenti o nell'aver rapporti sessuali in gravidanza. La spiegazione dell'ostetrica, che verrà poi resa alla paziente, chiarisce che non c'è una "normalità" in queste cose e che se la paziente se la sente, i rapporti sessuali non creano problemi.

Anche in questo caso, mediatrice e ostetrica si fanno carico del problema posto dalla paziente e cercano di rassicurarla. Diversamente dai casi visti sopra, tuttavia, in questo esempio, la reticenza della paziente rende più complicato il lavoro della mediatrice, che da un lato si premura di non farla sentire in imbarazzo, dall'altro di rassicurarla sugli eventuali rischi dei rapporti in gravidanza. L'ostetrica interviene solo sul piano medico, ignorando l'imbarazzo della paziente che rimane in carico alla mediatrice e che verrà introdotto e trattato nei turni successivi.

Nell'esempio 3.13, l'iniziativa della paziente non riguarda un argomento medico, ma viene comunque inserita nella comunicazione con la funzione di dare alla paziente un sostegno relazionale, affettivo.

Esempio 3.13 ho fatto un esame di italiano

- 01 P dwzti imtihan f talyaniya
 ho fatto un esame di italiano
- 02 O [no dai (.) sei stata brava]
- 03 M [ah si? Daz mzyan?]
 [ah sì? è andato bene?]
- 04 P ana l ula khrajt fih
 io sono arrivata per prima
- 05 M bene brava ((tobetran)) [ha fatto-] ha fatto un esame di italiano è [arrivata] pri:ma

- 06 O [sei stata molto bra:va] [dai]
(0.6)
- 07 M [bene]
- 08 O [bra] va (.) [molto bene]
- 09 P [(??)]
- 10 M [chatra brava brava] lazim tikuni- (.) mustaqila
bizatik achan
[brava brava brava] devi essere- (.) autonoma
con te stessa cosi
- 11 P darta shahrin f (??) [(??) ah]
l'ho fatto per due mesi a (??) [(??) si]
- 12 M [lama yiji dari] (.) [tiqdari-]
[quando arriva il bambino] (.) [puoi-]
[°sessan-
tacinque°]
- 13 O
- 14 P ah (.) ah si (.) alhamdulillah ana afham bas aghawib badi
wa't badi wa't lk- pour joumla
si (.) si si (.) grazie a Dio io capisco ma per rispondere ho
bisogno di tempo ho bisogno di tempo pe- per una frase

Mentre l'ostetrica la pesa e commenta il peso (turni 02 e 06), la paziente si rivolge alla mediatrice e racconta con orgoglio del suo successo nel corso di lingua italiana. La mediatrice mostra interesse (turno 03) e apprezzamento (turno 05), poi traduce per l'ostetrica (turni 05 e 07), in tal modo promuovendo anche l'apprezzamento dell'ostetrica (turno 08). Mentre l'ostetrica continua le misurazioni (turno 13), la mediatrice sostiene il racconto della paziente con un apprezzamento (turno 10) e un commento sull'importanza dell'autonomia che la conoscenza della lingua permette (turni 10 e 12). Alla misura dell'ostetrica che viene annunciata in italiano, la paziente replica che capisce anche se non è ancora in grado di parlare bene (turno 14). Questo rende non rilevante la traduzione di questo dato da parte della mediatrice e rilevante il racconto della paziente in questo incontro.

Vediamo di seguito l'ultimo esempio di questa serie, che è anche il più complesso.

Esempio 3.14 *deve andare di là - aspetta*

- 01 D dal duemila e otto che è qua a Reggio dal duemila (.) okay
[what's] the problem
- 02 M [(well to do)]
- 03 M °okay° (.) [(for) the problem?]

- 04 P [hm (0.6)] uh is that I'd li- ehmm I'm pregnant so
.h [I]
- 05 D [ah] sei in gravidanza?
- 06 M you're pregnant
- 07 P yes
- 08 D allora deve passare [dall'altra parte] (.)
- 09 M [aspetta]
- 10 D intanto sentiamo (.) dai
- 11 P so I (.) since I've come here ehmm (.) is (.) since two thousand and eight (.) so I had my first boyfriend which I loved (.) I've had two abortions for him so (.) (it's not right) I have another boyfriend now (.) (which) he promised to marry me but uh (.) when I told him that I was pregnant [he]
- 12 M [for] your first boyfriend
- 13 P no this is another one he (don't) (repeat) my calls li- I don't even know what do I don't want to (remove) the baby (.) so somebody now (.) said I should come here (.) if (??) [(??) another doctor]
- 14 D [cioè il
suo: ragazzo] [vuole che lei: ehmm abortis-]
[il suo ragazzo (0.7) si no a]veva un ragazzo
- 15 M
- 16 D Eh
- 17 M allora (.) è rimasta incinta due volte con questo ragazzo ma tutte le volte ha abor [tito]
[aborti]to
- 18 D
- 19 M ehmm lui non ehmm non fa non è serio
- 20 D Hm
- 21 M allora lei adesso ne ha trovato un altro
- 22 D mm hm
- 23 M che:: mm hm (1.0) che ha promesso di sposarla (.) adesso è rimasta incinta (.) ma quello là non non risponde più al telefono e lei dice che non vuole abortire la gravidanza
- 24 P hh hm
- 25 M quindi le hanno detto di venire qua (.) che vuole portare avanti la gravidanza (.) anche se [(quell'altro lì)]
[cioè non sen-] non: non
- 26 D
- 27 M lo sente più questo nuovo ragazzo?
the the new boyfriend you don't hear from him again

- 28 P I (thought he would) repeat my call uh it' [s]
 29 M [non] prende più
 30 D [le sue (.) non risponde più al telefo-] quando lo chiama
 [non risponde più al telefono]
 ((29 turni omessi))
 60 D okay va bene (1.0) e:: non so (.) dobbiamo farle delle altre
 domande secondo te? o no?
 61 M no [adesso è] l'ostetrica
 62 D [no?]
 63 D adesso ci [pensa l'ostetrica]
 64 M [(??) le diamo l'appun]tamento con l'assistente
 sociale [(va)]
 65 D [con l'as]sistente sociale si

L'esempio 3.14 si apre con una domanda generale del medico (che mostra di parlare inglese) a cui la paziente reagisce raccontando di essere in gravidanza. Il medico coglie l'informazione e replica dicendo alla paziente che le gravidanze vengono seguite in un altro ambulatorio, la mediatrice invece coglie l'incipit di una storia più lunga e invita il medico ad ascoltare. Al turno 11, la paziente inizia a raccontare la sua storia, che prende forma aiutata da alcune richieste di chiarimento della mediatrice (ad esempio al turno 12). Un tentativo di comprensione diretta del medico (turno 14) ha l'effetto di promuovere la traduzione della mediatrice, che si produce tra il turno 15 e il turno 25, intervallata da segnali di ascolto attivo da parte del medico. Al turno 26, il medico pone una domanda per capire che rapporto ha la paziente con l'uomo di cui aspetta un bambino e la paziente chiarisce, attraverso la traduzione della mediatrice che non si fa più sentire. L'interazione prosegue per molti turni che vengono qui omessi durante i quali il medico e la mediatrice cercano di capire se la paziente vuole tenere il bambino o meno e, alla risposta della paziente che ha già abortito in passato e questa volta non vuole abortire decidono insieme di chiudere l'incontro e mandare la paziente dall'ostetrica (turni 61-63). Al turno 64 la mediatrice prende infine l'iniziativa di chiamare l'assistente sociale, iniziativa confermata da una ripetizione della dottoressa.

Anche in questo esempio, dunque, l'iniziativa della paziente, interpretata dalla mediatrice, sposta il corso dell'interazione: la paziente viene ascoltata in questo ambulatorio, dove la paziente viene sostenuta nella decisione di non abortire e messa in contatto con l'assistenza medica e sociale.

Questa serie di esempi evidenzia alcuni aspetti interessanti della mediazione linguistica in situazioni in cui le pazienti prendono iniziative che interrompono il processo di comunicazione preesistente. In primo luogo, le pazienti, in generale si rivolgono alle mediatrici manifestando quindi la propria

fiducia nella MLC. Una parziale eccezione riguarda l'ultimo esempio (3.14), nel quale la paziente risponde sia alla domanda generale della dottoressa, posta in inglese, sia alla mediatrice, che comunque riproduce la domanda. Questo esempio segnala l'importanza dell'uso, quando possibile, della lingua del paziente da parte del medico, che vedremo nella sezione 3.7.

In secondo luogo, le mediatrici traducono in modo immediato le iniziative delle pazienti fin nei dettagli anche quando non appaiono rilevanti sul piano medico, talvolta cercando di capirne meglio il significato in una fase diadica prima di tradurre. In tal modo, le mediatrici evidenziano la rilevanza che assegnano alle iniziative delle pazienti e di prendere sul serio la fiducia che viene loro accordata dalla paziente.

In terzo luogo, le traduzioni delle mediatrici attivano sistematicamente la reazione positiva dell'operatrice, in forme diverse e appropriate al caso (domande, spiegazioni, apprezzamenti), che si accompagna a un coordinamento efficace con la mediatrice. Nell'ultimo caso, la mediatrice, che pure non ha attivato direttamente la narrazione della paziente, diventa un riferimento fondamentale per le decisioni prese insieme al medico.

5. Inviti dell'operatore e raccolta degli inviti da parte della mediatrice

Nella sezione 4, abbiamo visto che la mediatrice può tener conto delle iniziative del paziente e renderle pertinenti all'interazione, promuovendo azioni di ascolto a cui può seguire un cambiamento nel percorso dell'azione dell'operatore sanitario. In questi casi, la mediatrice, avendo accesso ai contributi nelle lingue diverse di paziente e operatore, si fa carico di "combinarle" in modo da rendere la comunicazione efficace nel servizio sanitario. Quindi, la mediatrice prende su di sé l'autorità della conoscenza che deriva dall'accesso ai contributi degli interlocutori.

In questa sezione, vediamo che anche gli interlocutori, in particolare l'operatore sanitario, possono utilizzare la conoscenza linguistica della mediatrice come risorsa nella comunicazione e assegnarle l'autorità di gestire questioni che possono essere complicate da comprendere sul piano della relazione medico-paziente. In questi casi, il medico comunica alla mediatrice ciò che vuole che sia detto dal/paziente e le dà, in aggiunta, l'incarico di dirlo "nel modo giusto", ad esempio spiegando meglio, raccomandando, rassicurando, allertando rispetto a un rischio, mostrando sensibilità per un aspetto delicato. Vediamo gli esempi.

Nell'esempio 3.15 il medico spiega alla paziente il percorso riferito allo screening della gravidanza, con le tre ecografie di prassi.

Esempio 3.15 *le dobbiamo spiegare le tre ecografie*

- 01 D allora adesso le dobbiamo spiegare le tre ecografie (..) allora la prima la facciamo il primo trimestre la seconda è la più importante però si vedono solo le cose fisiche -
 02 M Sì
 03 D la terza che vediamo quanto è cresciuto
 04 M Okay
 05 P bit ullak, halla' ihna khilal elhaml (..) fi Italia, bini' mil thalath talfazat (..). 'thalfaza aloula 'lli bitin' iml hadi nghul fi 'shahr 'thani 'shahr 'thalith taqriban, 'lli tutbit 'nu mawjud alhaml w 'tifi dakhil 'rahim w kulshi mzian (..) 'talfaza 'thaniya 'lli bitin' imil taqriban fi 'shahr alkhams aw bayn 'rabi' wa alkhams, hadi tbayin ennu 'tifi kamil ala 'daa'.
ti dice per quanto riguarda la gravidanza (..) in Italia facciamo tre ecografie (..) la prima si fa al secondo terzo mese diciamo che ci evidenzia la gravidanza e il feto sta nella giusta posizione e tutto bene(.) la seconda che si fa al quinto - tra il quarto e quinto questa evidenzia che il bambino ha tutti i componenti del corpo -
 06 Ma ah
 ah
 07 M idih w (.) rjlih w 'ra's w lbatn w l ma'ida.
i piedi (.) le mani e il resto
 08 Ma ah
 ah
 09 M Ya'ni kul haja mawjuda fi aljism.
che tutto sia al suo posto
 10 Ma aywa.
 Sì
 11 M w 'thalfaza al ukhra 'li 'ala ishahr, nghul bayn 'sabi' w akhbir 'sabi' w awwal 'thamin taqriban akthar had.
la terza si fa dal tra l'inizio del settimo e l'ottavo al massimo-
 12 Ma ah
 sì

Si può notare che la spiegazione della mediatrice è molto più lunga e articolata di quella del medico e che, tuttavia il medico non interrompe, né reclama di avere accesso a ciò che sta dicendo la mediatrice alla paziente e

al marito. Si verifica, in questo e in numerosi altri esempi della nostra raccolta, una sorta di "pre-accordo", attraverso cui il medico mette il contenuto dell'informazione nelle mani della mediatrice, la quale è autorizzata a usare le proprie conoscenze (ricordiamo che si tratta di informazioni che vengono date più e più volte nel corso di queste visite) e le proprie competenze linguistico-comunicative per renderla al paziente "nel modo giusto", cioè appropriato affinché il paziente ne apprezzi il significato.

Nell'esempio 3.15, questa autorizzazione è resa esplicita da due elementi. Anzitutto, al turno 01 l'operatrice usa il plurale ("le dobbiamo spiegare"), segnalando l'esigenza di un intervento attivo da parte della mediatrice. In secondo luogo, la descrizione della sequenza delle ecografie da parte dell'operatrice è chiaramente riassuntiva e ad uso della mediatrice, dato che apparirebbe criptica per chi non ne avesse una conoscenza tecnica pregressa. La considerevole espansione della spiegazione del medico da parte della mediatrice (turni 05, 07, 09, 11) mostra quindi che la mediatrice ha compreso quello che deve dire e ha accettato l'incarico di dirlo nel modo più chiaro possibile per questa paziente. Vediamo quindi che la spiegazione è articolata in più parti e sostenuta da segnali di comprensione e assenso della paziente e del marito.

L'esempio 3.16 è più breve, ma abbastanza simile a quello visto sopra.

Esempio 3.16 *dopo fa male lo stomaco*

- 01 D eh però anche lì, diglielo eh di prenderle poco perch[é] dopo fa male lo stomaco eh cioè -
 02 M lets she's giving you. You have to take it- you have to use them sparingly, you have to be very careful (.) because it will: (.) ruin your stomach
 03 D [(?)
 04 M [this tablet, so use it after eating, (if you want the stomach pain stop.) Then you go home,
 05 P mm.
 06 M you eat, you take one. (.) (??) they want the stomach pain stop, and stop and stop and stop.
 07 P okay, thank you.
 08 M you're welcome.
 09 P Grazie

Qui il medico usa "diglielo" per introdurre una raccomandazione alla paziente, che non deve usare i medicinali in grande quantità perché possono

avere effetti collaterali. La mediatrice si fa carico di rendere questa raccomandazione alla paziente, dandole anche consigli su come prendere le medicine in modo corretto

Gli esempi che seguono sono un po' più complicati, perché il contributo dell'operatore è meno chiaro, oppure perché la mediatrice non si fa carico della responsabilità che le è stata data nel modo adeguato. Vediamo prima un esempio (3.17) in cui il contributo del medico non chiarisce bene qual è l'informazione di cui la mediatrice si deve far carico.

Esempio 3.17 *glielo spieghi lo zuccherò?*

- 01 D lo zucche:ro (.) dopo che [avrà] fatto l'ecografi:a an[drà]
 02 M [hm] [si]
 03 D anche a bere glielo spieghi lo [zu]cchero? per vedere
 04 M [si]
 05 D [che non] sv- sviluppi in gravidanza (0.5) un diabe:te per
 (.) comunque
 06 M [hm]
 07 D [in tu]tte le maniere digli di stare attenta adesso non deve
 mangiare troppi do:lci
 08 M [si]
 09 M Sì
 10 D zuccheri [(.)] stare un po' a dieta
 11 M [si]
 12 M Sì
 13 D [va bene?]
 14 M [mm] hm
 15 P cosa?
 16 M that [it's]
 17 D [anche] bere molti mm dei succhi di frutta quella roba
 li contengono mol[ti zu]ccheri non va tanto bene
 18 M [si]
 19 M Mm
 20 P Hm
 21 M e:h that's you don't have to (0.5) eats
 22 D ((throat clearing))
 23 M things that contain sugar (.) much (.) hm (0.5) don't have to
 drink e:h syrup or juice (0.6) no all these (.) drinks that con-
 tain sugar (0.5) no (0.5) and have to also (.) you know eats
 (.) not too much (0.8) e:h eats (1.1) you know little by little
 little often but not too much (0.3) e:h (0.5) you have to no
 oats (0.6) stay on diets (.) a little

- 24 P Eh
 25 M don't be eating too much

Nell'esempio 3.17 il medico incarica la mediatrice di spiegare alla paziente l'esame dello zucchero (turno 03), un test per capire le potenzialità di sviluppare un diabete gestazionale. Ma all'assenso della mediatrice ("sì", turno 04 e "hm", turno 06), il medico prosegue con una serie di informazioni che vengono introdotte da "digi" e che sembrano di maggior rilevanza. La mediatrice dunque sostiene il completamento della lunga spiegazione del medico (nonostante un intervento della paziente al turno 14, che viene "messa in attesa"), quindi spiega alla paziente il comportamento dietetico che deve tenere in gravidanza, anche facendo esempi. Conclusa questa spiegazione la mediatrice, in una sequenza che non abbiamo riportato, ritornerà al medico chiedendo se è ancora necessario dire alla paziente che deve fare l'esame dello zucchero. Il medico confermerà dando una spiegazione articolata di come avviene ma aggiungendo che i valori di glicemia di questa paziente per ora sono perfetti, informazione che la mediatrice rende alla paziente rassicurandola.

Nell'esempio 3.18, l'autorizzazione alla mediatrice è molto esplicita, ma non è chiaro, dai dati in nostro possesso, se dà in carico alla mediatrice anche il rimprovero che questa rivolgerà alla paziente.

Esempio 3.18 *sister indaga sulle mestruazioni*

- 01 D sister, indaga sulle mestruazioni Hai già buttato via la pipì?
 ((8 turni omessi))
 09 M your last menstruation?
 10 P on the eighth of next, eh, last month.
 11 M have you seen it this month?
 12 P no, °it doesn't come° (.) I don't feel e::hm
 13 M you had unprotected sex?
 14 P °yeah° I don't take prevention
 15 M you knew you are pregnant.
 16 P °mhm?°
 17 M you knew you are pregnant.
 18 P pregnant.
 19 M you knew you could be pregnant?
 20 P °(that's true)°
 21 M bene, you come here and you wasted my time. Okay, now
 you was supposed to go to the other side, not here.
 22 P [eh=
 23 M [(we wasted) (all these things)

Qui, il medico è telegrafico e invita la mediatrice a "indagare" (turno 01) sulla data delle mestruazioni della paziente al fine di verificare se c'è già un ritardo mestruale che giustifichi una gravidanza. Dopo alcuni turni interlocutori (non mostrati), la mediatrice inizia la sua indagine prolungata (turni 09-23). Come si può vedere in questo caso, diversamente da 3.15, la mediatrice non si limita a eseguire il mandato del medico, ma rimprovera la paziente di avere mentito sul proprio stato e di avere fatto sprecare un test quando sapeva benissimo della propria gravidanza. Questa coda è, tuttavia, frutto dell'iniziativa autonoma della mediatrice stessa, la cui motivazione non si vede nei dati. È chiaro che se non c'è nel contesto esteso dell'interazione qualcosa che giustifichi il rimprovero e/o il medico non lo condividesse, questa iniziativa della mediatrice sarebbe da considerarsi impropria e inefficace sul piano della comunicazione a tre.

Nell'esempio 3.19, l'ultimo di questa serie, l'ostetrica autorizza la mediatrice a rassicurare la paziente, ma questa volta la mediatrice non se ne fa immediatamente carico.

Esempio 3.19 *devo usare uno speculum più grande*

- | | | | |
|----|---|---|----------------------|
| 01 | O | devo usare uno speculum più grande (.) [mi dispiace] (1.2) | |
| 02 | P | porta pazienza | [mhm mhm] |
| 03 | O | glielo puoi spiegare? devo cambiare la misura del: dello strumento | (3.4) |
| 04 | M | e:h the: this (??) speculum instrument ah: she change the bigger one (.) eh the other (one) is not (0.6) about this [(is not good for)] | |
| 05 | P | [yeah:] | [oka:y] |
| 06 | O | Different | [be pa tient please] |
| 07 | M | okay mhm.h | |
| 08 | P | rela:x | |
| 09 | M | are you ready | |
| 10 | P | mhm mhm | |
| 11 | O | °okay° | |
| 12 | O | (0.5) | |
| 13 | M | (calm) | |
| 14 | P | .hh | |

L'ostetrica si scusa con la paziente perché deve usare uno strumento più invasivo. La paziente mostra di capire e quindi la mediatrice non traduce.

L'ostetrica le chiede tuttavia di spiegare. A questo punto la mediatrice rende il contributo dell'ostetrica, spiega quindi che lo speculum normale non consente di portare a termine la visita correttamente, la paziente conferma di aver capito. La mediatrice quindi accetta l'invito dell'ostetrica a tradurre, ma si limita a tradurre la situazione medica, senza rassicurare la paziente. Al turno 06 l'ostetrica interviene quindi in inglese con una rassicurazione, seguita da altre rassicurazioni proprie e della mediatrice in inglese.

In questa sezione, abbiamo visto che la responsabilità e autorevolezza linguistica della mediatrice può essere chiamata in causa dagli interlocutori, soprattutto dall'operatore, che può affidarsi alla mediatrice perché l'informazione venga data in un certo modo, appropriato alla situazione. Nell'interazione, tuttavia, le azioni non si articolano in modo deterministico e ogni contributo può venire accettato o declinato per volontà o comprensione degli interlocutori o per malintesi. I nostri dati mostrano che quando l'operatore dà alla mediatrice un'esplicita indicazione di "dire", sta in realtà trasferendo qualcosa di più della resa dell'informazione (che è implicita nella funzione della mediazione). In che modo questa "autorizzazione a fare" venga portata avanti nell'interazione, può dipendere da diversi fattori, come abbiamo visto negli esempi. È chiaro, tuttavia, che per la mediatrice è importante conoscere il significato dell'indicatore "diglielo" o "spiegale": è questo è un elemento di potenziale riflessione per la formazione di questa figura.

6. Traduzione come formulazione

Abbiamo già incontrato, negli esempi precedenti, un numero elevato di traduzioni della mediatrice. In molti casi, queste traduzioni sono riassunti finali di precedenti sequenze diadiche con l'operatore sanitario o con il/paziente. Abbiamo visto che le sequenze diadiche possono essere essenziali per spiegare contenuti complessi, raccomandare o rassicurare e anche per capire la rilevanza di un problema posto dal/paziente e quindi renderlo pertinentemente. Questa "resa pertinente" è un punto chiave della MLC che da un lato legittima la sequenza diadica, dall'altro consente di ricoinvolgere l'interlocutore che era stato temporaneamente lasciato in attesa. In altri casi, si tratta invece di traduzioni che vengono prodotte immediatamente dopo il turno. Anche in questi casi, la pertinenza del contributo che viene tradotto è fondamentale per dare senso alla resa. In entrambi i casi, traduzione posteriore a sequenza diadica e traduzione diretta, vediamo quindi un aspetto che è importante nella comunicazione: il modo in cui la traduzione formula quanto è stato espresso e traccia una direzione in cui proseguire.

In questa sezione, intendiamo approfondire il significato delle traduzioni come formulazioni nei casi in cui non si tratta semplicemente di riassunti, anche se possono contenere *anche* riassunti, perché includono esplicitazioni

e sviluppi di quanto detto nel turno o nei turni da tradurre. Iniziamo con un caso particolare di formulazione traduttiva come riassunto di una diadica con la paziente, che riprende il discorso sulla traduzione successiva alla diadica visto nella sezione 3.2, ma che in questo caso non evidenzia un riassunto.

Esempio 3.20 se sta bene possiamo anche non fare niente

- 01 D allora (.) se lei sta bene (.) non ha dei problemi (.) le me-
struazioni vengono normale: -
- 02 M Mmh
- 03 D normale (.) ok (.) possiamo anche non fare niente
- 04 M Ok
- 05 D se invece lei vuole che la guardo (.) ok (.) volentieri (.) ho
tempo la posso anche controllare
- 06 M byiilk inti halla bishak aam fi andk hagia mushkila mdaiik-
tik? Haagia ualla iani bkher ma indik aia hagia? Lian btuul
ida ma indik aia mushkila lianu bilaada lamma btrakkib
iluihda illaulab takriban kul sana btmil il kontrol
ti dice adesso tu generalmente hai qualcosa, qualche pro-
blema che ti disturba? Oppure tutto a posto e non hai
niente? Perché dice se non hai nessun problema (.) perché
normalmente quando una mette la spirale (.) quasi ogni
anno fa i controlli
- 07 D perché se no è verso luglio agosto (.) insomma quest'estate
- 08 M Eh
- 09 D dopo un anno
- 10 M iani inti lamma ibtimili shattar sabbaa fiki tistanni
lashattar sabbaa akhar illam ilmukbl hatta nimil il kontrol
il sanaui.
cioè se lo metti il mese di Luglio potresti aspettare fino a
Luglio dell'anno prossimo per fare il controllo annuo
- 11 P halla'-
adesso
- 12 M halla'-
adesso
- 13 P ma hindi hagia
non ho niente
- 14 M hasa isa kan kulshi bikher uma indik mit lamma btihbutun
minnik ildam bnsafi una assa halic saitha btuul ana ma fi
daii inni ammillik ilfahs

questo (.) se tutto va bene e non ti scende tanto la mestrua-
zione e non senti niente (.) allora ti dice che non è necessa-
rio il controllo

- 15 P kida ilshahar ubaki ma giatnish
adesso è un mese e ancora non mi è venuta
- 16 M shahar uma giatkish
un mese e non ti è venuta
- 17 P shahar
un mese preciso
- 18 M dice che dolore (.) qualcosa di strano non c'è (.) dice che sta
bene
- 19 D Ah
- 20 M ha le mestruazioni abbondanti (.) l'unica solo cosa forse è
per questo che è venuta
- 21 D mmh
- 22 M che la mestruazione questo mese non è venuta (.) (sorri-
dendo) e lei è un pochino preoccupata
- 23 D allora (.) al limite facciamo una cosa (.) le facciamo fare un
test di gravidanza
- 24 M Ok

L'esempio 3.20 è particolarmente complesso e interessante perché evi-
denzia ancora l'importanza sia dell'interazione a due (in questo caso, soprat-
tutto tra mediatrice e paziente), sia della traduzione finale, di tipo riassuntivo.
Nella prima fase, dopo aver incoraggiato brevemente la narrazione dell'ope-
ratrice (turni 01-04), la mediatrice inizia a tradurre per la paziente. Nel corso
della traduzione, tuttavia, la paziente interviene, iniziando a evidenziare una
preoccupazione (turno 11). L'accento della paziente viene subito ripreso
dalla mediatrice con una ripetizione, ma ciò non produce subito l'evidenza
della preoccupazione: anzi, sembra che la paziente voglia soltanto ribadire
che va tutto bene (turno 13: "non ho niente"). Tuttavia, al turno 15, la pa-
ziente chiarisce la storia che aveva iniziato e al turno 16, di nuovo, la media-
trice produce una ripetizione, che viene confermata dalla paziente. A questo
punto, la mediatrice traduce per l'operatrice quanto è stato costruito nella
sequenza precedente. Nel farlo, la mediatrice inserisce un suo commento, tra
il turno 20 ("forse è per questo che è venuta") e il turno 22 ("lei è un pochino
preoccupata"), completato grazie anche all'incoraggiamento dell'operatrice
(turno 21). È questo commento che attiva la proposta dell'operatrice di fare
il test di gravidanza, confermata dalla mediatrice (in seguito si deciderà in-
sieme di non farlo perché troppo presto).

Questa traduzione ha la forma di una formulazione: va oltre la breve nar-
razione della paziente, commentandola e, in tal modo, sviluppandola. Questo

tipo di formulazione può apparire rischioso, in quanto la mediatrice si assume la responsabilità di affermare ciò che la paziente non ha detto (che è venuta per questo motivo e soprattutto che è preoccupata). Tuttavia, la formulazione (che comunque chiarisce, attraverso l'uso di "forse" che la resa propone la lettura della mediatrice) ha l'effetto di attivare l'attenzione e la considerazione professionale dell'operatrice, quindi di consentire un'azione ritenuta particolarmente importante dalla letteratura scientifica, cioè di verificare se ci sono problemi aggiuntivi segnalati dal paziente. Va sottolineato che l'andare oltre non significa aggiungere aspetti che sono al di fuori della comunicazione in atto, significa bensì, dare un'interpretazione della comunicazione in atto che pone attenzione a segnali che possono non essere completamente esplicitati nella comunicazione stessa.

In tutti gli altri casi mostrati in questa sezione, le traduzioni vengono prodotte immediatamente dopo il turno da tradurre. Nel secondo esempio (3.21), la traduzione segue una domanda del medico, negli altri casi segue una spiegazione dell'ostetrica.

L'esempio 3.21, di seguito, evidenzia un caso di formulazione diretta non verso l'operatore, per favorire l'azione professionale, ma verso la paziente, per adattare la domanda dell'operatore alla sua sensibilità.

Esempio 3.21 *poi chiedi se ha avuto degli altri aborti*

01	D	poi chiedi se non ha avuto degli altri aborti (.) delle altre –	
02	M	mm. ya'ni 'indik elbaraka waladin w halla' elhaml ithalith elbaraka <i>hai due bambini, Dio lo benedica, e questa è la tua terza gravidanza, Dio la benedica</i>	
03	Ma	Mm	
04	M	ghir hik waqa' haml w ma kamal, [la:w ya'ni ma iktal[mal [la qaddar Allah. <i>oltre a queste c'è stata un'altra gravidanza [che non è continuata cioè che non è proseguita [Dio non voglia.</i>	
05	Ma	[l:a /no	
06	P		[l:a /no
07	Ma	[l:a /No	
08	M	No	

L'operatrice introduce, in modo diretto, una domanda su eventuali aborti precedenti nella storia della paziente (che qui è accompagnata dal marito).

La mediatrice "traduce" questa domanda in modo molto cauto, dapprima introducendo l'esistenza felice di due figli (insieme all'auspicio rituale della benedizione divina su di loro), quindi trasformando l'idea di aborto in quella di una "gravidenza che non è continuata" e aggiungendo una seconda formula rituale, di segno opposto. Questa formulazione, che ha anche il vantaggio di cogliere il doppio senso della parola "aborto" in italiano, di interruzione involontaria e volontaria, trasforma una domanda potenzialmente delicata (la coppia non ha voluto bambini in passato, la signora ha problemi a portare avanti una gravidanza) in una domanda di prassi, che si fa in condizioni normali, (anche) quando va tutto bene. Il marito e la paziente rispondono entrambi in modo negativo, senza particolari difficoltà.

Gli esempi che seguono riguardano tutti la traduzione di spiegazioni. Vale la pena sottolineare l'importanza della mediazione linguistica nel caso delle spiegazioni, in particolare l'importanza della mediazione come coordinamento attraverso le rese traduttive: è improbabile che una spiegazione venga seguita da una sequenza a due ed è quindi probabile che venga immediatamente tradotta. Gli esempi che seguono sono particolarmente lunghi, sia perché possono essere lunghe le spiegazioni (ma non sempre), sia perché una resa traduttiva che non sia un riassunto è particolarmente elaborata.

Esempio 3.22 *dove ci sono tante finestre*

01	O	allora (.) ehm questa è la richiesta per andare a prenotare gli esami in ospedale	
02	M	da talab itikhad el ma'ad <i>questa è la richiesta per l'appuntamento</i>	
03	O	deve andare là [a prenotarli]	
04	M	[okay] lazim tiruhi li saydaliya nuova much dakhla ra' isya idakhla li 'ala idik el yasar aw ichimal <i>[okay] devi andare nella farmacia nuova, non l'entrata principale, l'entrata sulla sinistra</i>	
05	P	Okay	
06	M	fin makadiri tahalil dyalk <i>dove fai i tuoi esami</i>	
07	P	Ah Sì	
08	M	eh (.) fin makadiri tahalil dyalk dyal dam (.) kayna chrajm bzaf hnak <i>eh (.) dove fai i tuoi esami del sangue (.) dove ci sono tante finestre</i>	
09	P	mm hm	

- 10 M okay? timchi b hadi l warqa w huma ha yi' tuki el ma' ad [e::]
okay? Vai con questo foglio e loro ti daranno l'appuntamento [e::]
- 11 P [ah::]
- 12 O deve solo consegnare questo perché ci sono già le date
- 13 M hina kayna tawarikh (.) ha yi' tuki l ma' ad min yum tamanya f chahar arba' a ila nhar sitachar f chahar arba' a (.) okay? (.) fi ay nhar mabin
qui ci sono le date (.) loro ti daranno l'appuntamento tra l'otto di aprile e il sedici di aprile (.) okay? In un giorno tra tamanya w sitachar ha yi' tuni ha yi' tuki l ma' ad bach tmchi l 'ndhum tidiri tahalil bita' ik (??)
l'otto e il sedici mi daranno, ti daranno l'appuntamento per andare da loro per fare gli esami (??)
15 P tmanya w sitachar ha ruh b hadi wa rgha' [(??)]
l'otto e il sedici vado con questo per poi tornare [(??)]
16 M yi' tuki rendezvous ha yi' tuki l mi' ad bach tirgha' i rendezvous h e:::hm fach ha diri tahalil f nafs nahar-
[ehm okay] si ha
[ehm okay] si-ti
daranno un appuntamento ti daranno l'appuntamento per tornare appuntamento quando farai gli esami nello stesso giorno-

Nell'esempio 3.22, l'ostetrica spiega che cosa deve fare la paziente per fare successivamente gli esami prescritti dall'ostetrica nei turni 01 e 03. La spiegazione, tuttavia, è breve e sbrigativa ("Deve andare là a prenotarli"). Nel turno 02, la mediatrice inizia a tradurre in modo piuttosto vicino all'originale dell'ostetrica. Tuttavia, dal turno 04 e fino al turno 17, sviluppa la spiegazione, aggiungendo una serie di dettagli organizzativi. Nel turno 04, aggiunge informazioni sul luogo in cui deve recarsi la paziente ("nella farmacia nuova" e "l'entrata sulla sinistra"). Nei turni 06 e 08 sottolinea che si tratta dello stesso luogo dove la paziente farà poi gli esami. Nel turno 08, inoltre, aggiunge un'informazione sul luogo ("dove ci sono tante finestre"). Nel turno 10, spiega come si fa a prenotare gli esami. Nel turno 13 aggiunge le date nelle quali è possibile chiedere l'appuntamento. Nel turno 15 ripete che alla paziente verrà dato un appuntamento. Nel turno 16, la paziente chiede ulteriori informazioni e la mediatrice da un lato ripete che le sarà dato un appuntamento e dall'altra chiede all'ostetrica se non le ha già preso l'appuntamento. In altre parole, la resa traduttiva della mediatrice non prende solo in considerazione quanto "detto" dall'ostetrica, ma anche una serie di

dettagli che sono utili a rendere la funzione di "spiegazione", per una paziente poco avveza alla logistica della struttura sanitaria e alla sua organizzazione. La mediatrice quindi modifica la traduzione (aggiungendo informazioni) in modo da fornire la spiegazione in modo rilevante per la paziente, ossia che per la paziente sia una "vera" spiegazione. Sebbene non siamo in grado di dire in che misura l'ostetrica "conti" su questo contributo della mediatrice, e quindi fino a che punto i dettagli organizzativi non siano esplicitati per scelta consapevole, la spiegazione della mediatrice è sicuramente accettata dall'ostetrica (che non la interrompe) e dalla paziente, che anzi chiede ulteriori informazioni.

Vediamo la prossima, lunghissima spiegazione, sempre conseguente a un solo turno dell'ostetrica.

Esempio 3.23 oggi da Simonetta e dopo ti segue la dottoressa

- 01 O allora voi avete due appuntamenti ancora oltre a quello oggi con me (.) avete quello: (.) ehm del (.) due di marzo per fare l'ecografia del terzo trimes[tre] (.) e sarebbe utile confrontare con le ecografie che avete già fatto (.) okay? (.) e poi avete la visita con la dottoressa il tre di marzo (.) uh? (.) dottoressa Giovannini [si]
- 02 Ma [ah]
- 03 M 'andakum inshaallah yawm itinin fi cha[har-] t'amlu echographie [w] [si]
se Dio vuole avete due giorni nel mese di-] per fare l'ecografia [e]
- 04 Ma [ah!]
[si]
- 05 M f had l munasaba lazim tijib ma' ak l'echographie li 'maltu fi Tunis bach ta'mal tabiba wahd la comparaison eh w yum talata yum el kha[mis]
a proposito bisogna che porti con te l'ecografia che avete fatto in Tunisia così la dottoressa fa un confronto eh e il tre giov[edit-] [ah 'andi]
[si ce l'ho]
- 06 Ma [ah 'andi]
[si ce l'ho]
- 07 M yum arba' 'andakum l'echographie yum el khamis 'andakum maw'id ma'a doctora [lahaqach Simonetta] hiya muwalida (.) [m'a doctora]

- 08 O [scusate solo un attimo]
 09 Ma [ah bahi] win? hna?
 [si va bene] dove? qui?
- 10 M hna (.) f f l lghurfa l akhara miytin w raba tach hm? La-
 haqach hna fatrat el haml katmur b had el tariqa fatrat el
 haml tkun rab'in usbu' much bel el achuhur huma yi-
 hasbu[hum]
- qui (.) nella- nell'ultima stanza la duecentoquattordici hm?
 perchè qui il periodo di gravidanza passa in questo modo il
 periodo di gravidanza è di quaranta settimane non
 con[tano]
- 11 P [hm]
 12 Ma [ah]
 [si]
- 13 M araba'in usbu' awal liqa' yikun ma'a el muwalida ta'mal
 ma'ak el milaf min ba'd ila lqaw ma'ndk hata muchkil
 tab'ak el muwalida ila kan chi muchkil kata'tik l tabiba ach-
 nahuwa el muchkil achnu ya'ni el muchkil huwa il kan
 muchkil sucar muchkil taght 'ali hata man el mara ila jat mu-
 taakhira rubama had yiqadru yihawluk 'and el doctora hm?
 Ya'ni taqadri takuni lyuma 'and Simonetta w man ba'd
 tab'ak el [doctora]
- i mesi bensì le settimane il primo incontro è con l'ostetrica
 prepara con te la cartella e dopo se non hai problemi ti se-
 gue l'ostetrica altrimenti ti passa alla dottoressa cioè quali
 problemi il problema può essere il diabete o problema della
 pressione alta oppure la donna quando arriva tardi per que-
 sto potrebbero passarla alla dottoressa hm? quindi oggi
 puoi essere da Simonetta e dopo ti segue la
 [dottoressa]
- 14 Ma [hm]
 (0.8)
- 15 M lahaqach jiti fi fatra mutaakhira min el haml hm?
 perchè sei arrivata negli ultimi mesi della gravidanza hm?
- 16 Ma hm hm hm ya'ni ila 'andaha machakil wala muchkila tahawl
 lel doctora
 hm hm hm cioè se ha dei problemi o un problema passa
 dalla dottoressa

- 17 M Ya'ni ila 'tawk el doctora matghulich ana 'andi muchkil la
 hata el wazn ila kan 'andik kabir yi'tiwk doctora wakha yi-
 kun saghir yi'tiwk ta doc[tora] wa ila tabqai 'and el muwa-
 lida
 quindi se ti passano alla dottoressa non dire io ho qualche
 problema no anche il peso quando è molto si passa dalla
 dottoressa o quando è piccolo il feto ti danno alla
 dottoressa [ressa] altrimenti rimani dall'ostetrica
- 18 Ma [ah]
 [si]

- (7.0)
 allora::
 19 O hna fi fatrat el haml raha tkun kima ghlt lik arba'in usbu'
 20 M kula chahar arba'ni yum t'amlu taqriban visita 'and el
 doctora aw el muwalida qabal el visita raki ta'amli tahalil
 el dam tijbihum ma'ak min ba'd kayna majmu'a ta'achi'a
 inti baqa lik wahda li ta'amliha safi
 qui nel periodo della gravidanza è come ti ho detto di qua-
 ranta settimane ogni mese circa o quaranta giorni hai una
 visita con la dottoressa o l'ostetrica prima della visita fai gli
 esami del sangue e li porti con te e poi c'è una serie di eco-
 grafie a te resta una da fare

Nell'esempio 3.23, l'ostetrica spiega la sequenza dei futuri appuntamenti, rivolgendosi alla paziente e a suo marito ("voi avete due appuntamenti") e aggiungendo alcune informazioni sull'utilità di comparare la precedente ecografia con quella che viene qui pianificata. Nel turno 02, il marito sembra evidenziare comprensione attraverso un segnale minimo ("sì"), che non solo non è sufficiente ad assicurare che la comprensione c'è stata, ma non assicura inoltre che ci sia stata da parte della paziente. Infatti, la mediatrice avvia la traduzione al turno 03, introducendola con una espressione culturale ricorrente ("inshaallah"), sul cui significato ci soffermeremo nel capitolo 6. La prima parte della traduzione è molto vicina all'originale dell'ostetrica. Tuttavia, nel turno 05, la mediatrice ricorda che è necessario portare l'ecografia precedentemente fatta in Tunisia e, nel turno 07, inizia a esplicitare il significato della spiegazione, anzitutto sostituendo i giorni del mese con i giorni della settimana, quindi rendendo più concrete le date degli esami. Questa esplicitazione continua nei turni 10 e 13, dove la mediatrice spiega come funziona l'ecografia in Italia per quanto riguarda il modo di calcolare il periodo (non mesi, ma settimane, con un implicito riferimento alla differenza nelle procedure tra Tunisia e Italia). Nel turno 15, la mediatrice aggiunge, tra le ragioni per monitorare possibili problemi, il fatto che la paziente è arrivata

in Italia a gravidanza avanzata. Nei turni 13, 15, 17 e 20, la spiegazione dell'ostetrica viene sviluppata, chiarendo i motivi per cui si controllano i possibili problemi e la procedura. Nel turno 09, il marito della paziente (che per il resto ha seguito la formulazione con segnali di comprensione) contribuisce a promuovere la formulazione traduttiva attraverso la richiesta di un chiarimento, che la mediatrice non traduce, scegliendo di rispondere direttamente.

In questo caso, la formulazione traduttiva include sia esplicitazioni, sia sviluppi: la traduzione non è quindi soltanto una traduzione, ma un mix di traduzione ed espansioni autonome della mediatrice. Va osservato che, come nel caso precedente, le espansioni sono pensate a beneficio della paziente, che non ha familiarità con la prassi italiana e non conosce (bene) le differenze tra le prassi dei due paesi in cui è stata seguita per la propria gravidanza.

L'Esempio 3.24 è un po' diverso dai precedenti.

Esempio 3.24 RH negativo

- 01 O okay (.) la mamma ha ha invece un [gruppo sanguigno] che ha il fattore R H negativo (.) quindi ehm potrebbe succedere questo che (.) il s- se il bambino (.) o la bambina [prende] [bambina]
- 02 Ma
- 03 O il gruppo sanguigno comunque del papà (0.7) ehm i (.) il sangue della mamma potrebbe sviluppare (.) degli anticorpi (.) ehm contro il fattore R H che a lei è sconosciuto perché lei ce l'ha negativo e il papà è positivo (.) quindi insomma per evitare (.) che la mamma sviluppi ehm delle sostanze contro il sangue (.) della bambina bisogna fare (.) una puntura che è protettiva (.) eh? (0.7) .h ehm è un 'immunoprofilassi eh? vengono iniettate delle sostanze che impediscono questa reazione (.) e protegge anche per le gravidanze future (.) perché nelle altre gravidanze siccome c'è già stata la sensibilizzazione in questa gravidanza la risposta può essere (.) più forte (.) hm?

- 04 M katghulik bi anahu 'andaha Rhésus négatif w el bant mumkin takhud fasilat el dam ta'k walakin el dam ta' el um yimkin yikawn des anticorps hm? Bach mandiruch had el mas'ala bach ntafadaw hada lazim huma yidughu liha wahd el ibra inshaallah mli tji 'and el doctora ghada dug liha [wahda]
- ti ha detto che ha Rh negativo e la bambina potrebbe prendere il tuo sangue ma il sangue della mamma potrebbe sviluppare degli anticorpi hm? affinché questo non succeda per

evitare questa cosa bisogna che loro le facciano una puntura se Dio vuole quando verrà dalla dottoressa gliene farà [una]

- 05 Ma [inshaallah]
[se Dio vuole]

In questo caso, la spiegazione dell'ostetrica al turno 01 è tecnica e ridondante ed è tesa a spiegare le difficoltà che possono insorgere al parto quando il bambino ha il fattore RH del sangue diverso dalla mamma. Arriva comunque a una spiegazione più colloquiale ("insomma per evitare che la mamma sviluppi sostanze contro il sangue"). Mantiene poi un doppio registro, colloquiale e tecnico, per spiegare come si interviene in questi casi. Il marito della paziente sembra capire qualcosa, ma la mediatrice comunque traduce, riassumendo la spiegazione dell'ostetrica ed evitando eccessivi tecnicismi e ridondanze, ad esempio spiegando che la puntura evita l'effetto di contrasto degli anticorpi, ma senza dire che si tratta di un'immunoprofilassi. Il punto conclusivo della mediatrice sottolinea comunque la questione "risolutiva", che cioè sarà il medico che farà alla paziente un'iniezione per evitare problemi.

Anche nell'esempio 3.25, la spiegazione dell'ostetrica è molto lunga e tecnica. È interessante notare che dopo una prima parte della spiegazione, mediatrice e ostetrica si accordano per completare la lunga spiegazione dell'ostetrica e renderla in un'unica soluzione alla paziente (turno 04).

Esempio 3.25 amniocentesi e rischio down

- 01 O allora noi non sappiamo per quale motivo si verifica questo problema (.) con molta probabilità sono tanti fattori che interferiscono e causano questo problema però un fattore che ha un peso importante (.) è l'età della mamma (.) quando la mamma ha più di trentacinque anni di età il rischio di avere un bambino con la sindrome di Down è considerato un rischio alto hm? (0.9) quando la mamma è più giovane noi non possiamo mai dire che il rischio è zero ma diciamo che (.) si abbassa sì quando la mamma è più giovane (.) però anche una donna che partorisce a diciotto anni noi non possiamo darle la sicurezza che il rischio è zero più basso ma eh (.) .h la signora ha trentadue anni (.) non ha ancora trentacinque veri e propri però siamo un po': lì (.) allora a trentacin- se avesse già trentacinque anni si potrebbero fare gratuitamente bero fare degli esami più mirati passati anche gratuitamente (.) .hh l'esame più specifico è l'amniocentesi (.) se non mi capite vi faccio tradurre [da: ehm]

- 02 Ma [(??)] è l'ultimo

(0.9)

03 M

04 O

si andiamo avanti poi: [faccio il riassunto]

[eh (.) okay] (.) l'amniocentesi è una puntura che si fa nella pancia della mamma si va a prendere un po' di liquido quando la gravidanza è al qu- a quattro mesi (.) e si fa l'analisi delle cellule di questo liquido e sappiamo se il bambino ha un numero normale di cromosomi oppure no (.) hh questo esame però ha un rischio tecnico l'un percento che in seguito alla punturina fatta nella pancia (.) ehm (.) che (.) va a pungere il palloncino che è contenuto il liquido del bambino (.) può succedere che questo sacco si possa rompere se questo succede (.) con molta difficoltà e con molta (.) la gravidanza riesce ad andare avanti con molta probabilità la gravidanza si interrompe (.) hh per lei sarebbe anche a pagamento costa circa sulle cinquecento euro e il rischio tecnico di questa ehm inconvenientemente diciamo è di circa uno percento (.) e non dipende dal medico bravo o meno bravo è un rischio tecnico (.) cioè esiste (.) s:e però voi dite non vogliamo rischiare (.) perché questo è un esame che noi consideriamo invasivo ha un piccolo rischio (.) si può fare un altro esame che però dà un risultato un po' diverso (.) mentre l'amniocentesi ci dà la lettura dei cromosomi quindi sappiamo se sono normali vedendoli guardandoli (.) c'è un altro esame che: (.) non ha rischio per il bambino perché è un esame che è composto da due parti una prima parte è un prelievo di sangue fatto alla mamma (.) e si va a dosare alcune sostanze che dalla placenta del bambino vengono immesse nel sangue della mamma (.) op- e:: la seconda parte invece è (.) una parte ecografica che non è un'ecografia standard ma specifica particolare (.) che va a misurare lo spessore della plica nucleale del bambino cioè la piega del collo del bambino (.) questi valori vengono messi assieme da una macchina da un computer che come risposta ci dice (.) se il vostro bambino o la vostra bambina (.) ha una probabilità bassa o alta di avere malattie cromosomiche (.) se il risultato ci dice probabilità bassa facciamo un'ipotesi (.) a caso così buttiamo una cifra a caso uno su diecimila (.) ovviamente ci mettiamo abbastanza tranquilli perché la probabilità che questo bambino possa avere dei problemi è veramente

molto bassa (.) però anche se è molto bassa non significa sicurezza e garanzia perché noi non possiamo dire (.) no- non sarà proprio lui l'unico bambino sfortunato ad avere questa eh problematica (.) se però il risultato dell'esame dovesse dire probabilità alta (.) non è anche lì una certezza (.) una sicurezza però è già un campanello di allarme (.) che ci fa sospettare che forse ci potrebbe essere veramente un problema (.) allora in questo caso (.) l'altro esame di cui vi ho parlato io prima l'amniocentesi vi viene passato gratuitamente (1) quindi questo esame il primo esame composto da due parti ci dà una risposta di probabilità però non ha rischio per il bambino se il risultato dice che c'è rischio alto si passa all'altro esame

05 M

okay [traduco]

06 O

[questo] primo esame doppio è però gratuito limitatamente ai posti disponibili [volevo dirglielo]

07 M

[a prescindere dal]la età

08 O

a prescindere dall'età

09 M

allora (.) hiya tghulik ana kima charaht likum qbila el masar ta' el haml kima ghalt likum mli tasta ml mara f-f chahar arba'in yum fahs tahalil kula talat achulur ta'ml achi'a ya'ni majmu'at tahalil majmu'at achi'a li lil asaf chadid raha matbiyinch lina ila kant chi l'aga f l [bebe'] allora (.) ti ha detto quello che vi ho spiegato prima il percorso della gravidanza come vi ho detto una volta al mese ogni quaranta giorni una visita degli esami ogni tre mesi viene fatta l'ecografia [quindi una serie di esami e di ecografie] che sfortunatamente non ci mostrano se c'è un handicap nel [bambino]

10 Ma

una:: [se] c'è

11 M

ila kant l'aga f l bebe' matbiynuch idan ach n'amlu? Kayn kayn tahli- ehm fuhus ukhra mudaqaqa aktar eli hiya tbiyin lil insan li yibghi yi- li yibghi yi' malaha bach yi[chuf wach kayn] muchkil

nel caso ci sia un handicap nel bambino non lo mostrano quindi cosa facciamo? ci sono ci sono analisi- ehm altri esami più specifici che mostrano alla persona che vuole vuo- che vuole farli di modo che ve[da se c'è un] problema

12 P

[??]

- 13 Ma (??)
 eh: kayn juj anwa' wahd smiytu l'amniocentesi huwa li rahum takhud- yakhdu chwiyyat el ma man e:- man sac li fih el bebè wi yihalaluh bach yichufu wach kayn hunaka khaya ehm eli katbayn lina ana el- el- el- fih eh ikhtilalat fi cromosomat bita' e el bebè
- 14 M
 eh: ci sono due tipi uno che si chiama amniocentesi in cui prende- prendono un po' del liquido e:- dal sacco amniotico in cui si trova il bambino e lo analizzano per vedere se ci sono cellule ehm che ci mostrano che- che- che- si sono anomalie nei cromosomi del bambino
- 15 Ma ehm si
- 16 M
 li kay- kayqadru yikunu- yibiynu lina wach kayn i' aqa i' aqa min naw' eh:- bahal daba un mongolien che pot- potrebbero essere- mostrarci se c'è un handicap un handicap del tipo eh:- come ad esempio la sindrome di down
- 17 P
 hm binisba l talata achuhur [hada (??) ya 'ni tawsal] hm per quanto riguarda i tre mesi [questo (??) significa che raggiunge]
- 18 M
 [wla] ya 'ni [eh]- eh? (??)
 [oppure] cioè [eh]- eh? (??)
- 19 Ma
 [(??)] (??)
 [ah]
 [si]
- 20 P [(??)]
- 21 P
 arba 'at chuhur ta' mlu tahalil?
- 22 M
 a quattro mesi vengono fatti gli esami?
 ah (.) min ba' d min ba' d ntakalmu 'ala el muda binisba l- hiya na' mlk tarjama lil hajat li ghalat eh min- (.) ila e:: ehm (.) hadi hiya l' amniocentesi ghalt lik kayn wahd el khatar kaykun wahd el khatar tiqni hm li kayiwqa' f wahd fi el mya hm? Ana mli yi' amlu lik el ibra f sac bach yachdu tahlila mumkin el sac yit- yitqata' w titih el bebè hm? (.) wahd fi el mya kayiwqa' had el khatar (.) Binisba lik enti e 'andik eh tnayn w talatin sana khaski ila bghiti t'amlh khaski takhalasi taqriban [khamsimyat euro] si (.) dopo dopo parliamo dei tempi per quanto riguarda il- adesso ti traduco le cose che ha detto da (.) se e:: ehm (.) questa è l'amniocentesi ti ha detto che c'è un rischio c'è un rischio tecnico hm che può succedere nell'un per

cento dei casi hm ? quando ti fanno il prelievo dal sacco per prendere il liquido il sacco potrebbe rom- rompersi e puoi perdere il bambino hm? (.) nell'un per cento dei casi può succedere questo (.) Per quanto riguarda te che hai eh trentadue anni se lo vuoi fare devi pagare circa [cinquecento euro]

[ah khamamyat euro

(??)]

[si cinquecento euro

(??)]

li fuq min khamasa w talatin sana rahum yi' amluh bi balach 'lach? Lahaqach el khatar bi el isaba b i' aqa kayktar bnisba l maraa li tahmal min ba' d khamasa w talatin sana (.)

mayi' nich ana li hamlat f tamantach sana ma 'ndahach khatar kayn el khatar walakin huka lifuq min khamasa w talatin sana el khatar yitla' w w yibqa ghadi w yitla' hm 'achan hada li fuq mn khamasa w talatin sana raki takhlasi qbal [la]

chi ha sopra i trentacinque anni glielo fanno gratis perché? perché la probabilità di un handicap aumenta nella donna che rimane gravida dopo i trentacinque anni (.) questo non significa che se rimane gravida a diciotto anni non c'è questa possibilità però è così chi ha più di trentacinque anni è [più a rischio e] più avanza nell'età più aumenta questa possibilità per questo chi ha più di trentacinque anni paga chi ne ha meno [no]

[hm]

kayn wahd akhar mayichakalch khatar 'ala hayat el bebè huwa li kalamtkum 'alih kayn juj anwa' ta' tahalil yi' amlu lik tahlil ta' el um w yi' amlu l'ecographie ta' el wald l'ecographie yi' abru lih la nuque dyalu la nuque dyalu w yi' amlu had el arqam bjuj yi- 'an tariq e: macchina hiya taghulik w ta' ti el arqam el nisba lmi' awiya lil isaba b- lil isaba b l i' aqa ila kan wahd 'ala 'achra alaf raha nisba mi' awiya nazla walakin matdmnch likum anahu machi hadak yikun waldkum (.) dak el wahd 'ala 'achara alaf lil asaf yiqdar yikun wald eh- fhamti? (.) ila kan el nisba el mi' awiya raha mrtaf a e: ya' ni rah taqdar takun i' aqa w huma yihawlukum t' amlu tahlil el awal l' amniocentesi li f had el hala ta' amluh bi balach [fhamti?]

23 Ma

24 M

25 P

26 M

c'è un altro che non ha rischi per la vita del bambino è quello di cui vi ho parlato ci sono due tipi di esami fanno un esame alla madre e fanno un'ecografia al bambino un'ecografia in cui gli misurano la sua nuca la sua nuca e sommano queste cifre fa- attraverso una e: macchina è lei che gli dice gli dà una percentuale della possibilità di- di un handicap nel caso sia uno su diecimila è una percentuale bassa ma non vi garantisce che il vostro bambino (.) non possa essere lui quel uno per cento che può essere- hai capito? (.) se la percentuale è alta e: vuol dire che potrebbe esserci un handicap e loro vi indirizzano per fare l'esame di prima l'amniocentesi che in questo caso viene fatto gratis [hai capito?]

- 27 P °[okay fhamt]°
 °[okay ho capito]°
 (2.5)
 28 M quando che si fa l'amniocentesi la: [ehm]
 29 O [se-] sedici settimane
 30 M [quattro] mesi [si]
 [sedic-] [arba'at achuhur] l'amniocentesi
 [a quattro mesi]

L'ostetrica avvia un turno di spiegazione piuttosto lungo, che riguarda le possibilità di scelta dell'esame per verificare eventuali problemi di deformazione del feto, al termine del quale invita implicitamente la mediatrice a tradurre ("se non mi capite vi faccio tradurre"). Tuttavia, la mediatrice rifiuta l'invito esplicitando la sua preferenza per un riassunto successivo: questo rifiuto sembra motivato dal fatto che quanto fin qui spiegato dall'ostetrica non produce un'informazione sufficientemente significativa per la paziente e il marito; in effetti si tratta di una fase preliminare della spiegazione. L'effetto di questa scelta è quello di promuovere un nuovo lunghissimo turno di spiegazione, che include numerosi dettagli sugli esami, che alla fine la mediatrice cerca, con qualche difficoltà, di fermare (turno 06). Finalmente, al turno 10, la mediatrice inizia una complessa traduzione, che contiene un riassunto di quanto detto dall'ostetrica, delle esplicitazioni e degli sviluppi. Un paradosso evidente è che questa traduzione è avviata con un riferimento esplicito al fatto che l'autrice della spiegazione è l'ostetrica ("hiya tghulik"/"ti ha detto"). Questo riferimento evidenzia l'importanza del turno di spiegazione dal punto di vista medico (infatti, non è presente quando la mediatrice sviluppa aspetti organizzativi), benché in realtà la traduzione sia una formulazione che modifica in modo piuttosto significativo ciò che è stato detto dall'ostetrica.

Al turno 10, la mediatrice fa riferimento ad una propria precedente spiegazione sull'ecografia, aggiungendo che questa ecografia di cui si era parlato non rivela alcunché sui rischi di "handicap". Nei successivi turni 11 e 16, la mediatrice riprende ancora il rischio di "handicap", che era stato velocemente accennato dall'ostetrica, esplicitandolo. Questa esplicitazione preliminare prepara il terreno al successivo riassunto delle informazioni molto dettagliate dell'ostetrica sull'amniocentesi, sull'età della gravidanza e sui rischi ad essa correlati, sull'esame alternativo e sui problemi e risultati che può dare (turni 14-28). In questa fase, anche la paziente e il marito contribuiscono a promuovere la formulazione traduttiva della mediatrice con le loro domande. A una di queste domande, che riguarda la tempistica dell'esame, la mediatrice non risponde, rinviando la risposta a una fase successiva (turno 22). Non è chiaro se la mediatrice ha dimenticato o perso l'informazione fornita dall'ostetrica. In ogni caso, in questo modo la mediatrice può concludere la sua complessa formulazione traduttiva, senza perdere il filo, e girare successivamente all'ostetrica la domanda della paziente per poi rispondere con una traduzione. In questa risposta, i tempi dell'esame vengono "tradotti" da settimane in mesi, con implicito riferimento alle conoscenze della paziente maturate in Tunisia, dove si usano i mesi per calcolare i tempi della gravidanza. Passiamo ora all'ultimo esempio (3.26) di questa sezione.

Esempio 3.26 epilessia

- 01 D la cosa ovviamente importante è un po' la storia che lei ha,
 > le cose che invece un pochino ci preoccupano diciamo <
 (.) che è importante che loro sappiano (.) .hh eh: è la storia,
 cioè com'è stata la cosa nel senso che è stata anche un po'
 una sorpresa per noi perché lei si è ripresa molto presto, subito;
 è stata rianimata anche po:co, quindi devo dire che ha avuto una ripresa molto rapida (0.2) la sorpresa è stata un pochino quella notte che appunto invece è partita con queste convulsioni ed è stata intubata [addirittura
 [si]
 02 M
 03 D quindi insomma è stata proprio male in quel momento lì (.) allora, un po' questo andamento è chiaramente preoccupante perché fa pensare anche a qualcosa di: di sofferenza prima forse del fatto proprio del parto, dove lei ha sicuramente avuto un fatto acuto, però fa pensare anche a qualcosa che possa essere un po' più datato, alcune ore prima del parto stesso, di una sofferenza forse più cronica
 04 M mhm:

05 D cosa che è anche un po' avallata dalla risonanza magnetica
 .hh che è l'altra cosa che ci preoccupa (.) eh: la risonanza
 magnetica fa vedere delle immagini un po' più diffuse di ap-
 parente sofferenza (.) queste immagini preoccupano >nel
 senso che sono in zone< che possono dare degli effetti poi
 su quello che è sia la motilità sia sull'aspetto cognitivo,
 però:: questo è quello che abbiamo in mano ora (.) tutte cose
 che sicuramente la inseriscono in una bambina a rischio di
 problematiche neurologiche, questo è bene che lo sappiamo
 (.) a fronte di questo però è una bimba che ha fatto un buon
 percorso in questo ultimo periodo quindi devo dire che
 l'aspetto clinico fa anche spereare in qualcosa che forse non è
 così grave come [potremmo pensare

06 M [°si°
 07 M the doctor said that he want to let you understand
 the story of this baby, how she was born (.) 'cause never
 have this good aspect of= because he was worried, every-
body was worried after she was born (.) because when they
 carried out exam and (?) immediately after some time after
 some days, they were also surprised too, 'cause what hap-
 pened to her suppose to give her problems, every problems.
 (2.0)> you know in Africa we have children that this con-
 vulsions do worried<, but most of us don't know what it is,
 they don't know how since this convulsions can kill 'cause
 when convulsions come, you know how it is? ((mima il
 tremito)) you have seen before? It can kill 'cause it can par-
alyze somebody (.) so: they were surprised the way the baby
 pit up, you know? Now there is no damage in her, they
 don't discover any damage any damage in her, in exams
 they have done. (.) 'cause the exam of the machine they did
 before, that would check how the convulsions is going to
damage, you understand?

08 P °°mm°°
 09 M so: the way she just recovered immediately and now she's
 ok, she's mo:ving, she's eating by herse:lf (2.0) at the be-
 ginning she was (.) I came here to visit her and I saw her (.)
 and me too I was worried! >I tried to talk with you just to
 try to relax you< so: when I saw her I was having these
 fears, but thank God for (?) knowledge and knowledge of
 her (.) Lord God that, you know, did everything and now::
 everything is ok

10 P °°Ye|:s°°
 11 Ma |yes

Nei turni 01, 03 e 05, l'operatore fornisce una lunga spiegazione, sottoli-
 neando subito quello che "è importante che loro sappiano", e ribadendolo
 ancora nel turno 05. Si tratta del riferimento sia alla problematicità del caso,
 sia al percorso positivo che fa sperare che la neonata non abbia avuto grossi
 danni in conseguenza della crisi epilettica. Il discorso del medico è piuttosto
 tecnico, e nel contempo ha un significato psicologico e relazionale evidente
 (l'ambivalenza tra speranza e preoccupazione). La mediatrice, come
 nell'esempio 3.24 con la paziente con sangue RH negativo, esordisce nella
 traduzione al turno 07, sottolineando l'autorità epistemica del medico ("the
 doctor said") e ciò che il medico ritiene importante. La traduzione della me-
 diatrice punta tutto sugli aspetti psicologici e relazionali (speranza e preoc-
 cupazione), evitando quasi completamente il linguaggio tecnico (parla sol-
 tanto di "macchine" ed "esami" in modo generico) e sottolineando anche che
 "in Africa" l'epilessia è legata a credenze popolari che ne fanno una malattia
 mortale, quando invece può essere curata. Inoltre, sottolinea la sua espe-
 rienza diretta del caso, evidenziando come lei stessa fosse spaventata, ma
 come poi tutto si sia risolto per il meglio. Dunque, da un lato la formulazione
 traduttiva consiste in un riassunto piuttosto sintetico dell'analisi medica,
 dall'altro in un'esplicitazione e in uno sviluppo degli aspetti psicologici e re-
 lazionali che riguardano la preoccupazione per la bambina e la speranza che
 tutto vada per il meglio dato che non ci sono stati danni cerebrali significativi.

In sintesi, il tipo di traduzione che abbiamo visto in questa sezione mette
 in luce l'aspetto interpretativo della mediatrice, che sviluppa quanto detto
 dall'operatore sanitario in direzioni che tengono in considerazione il punto
 di vista del paziente. Queste formulazioni combinano:

1. Riassunti, che elidono soprattutto l'uso di termini medici tecnici e le
 ridondanze delle spiegazioni mediche.
2. Esplicitazioni, che riguardano soprattutto gli aspetti medici rilevanti
 per il paziente.
3. Sviluppi, che riguardano spesso aspetti organizzativi e procedurali de-
 gli esami o delle visite da fare, spesso descritti in modo sbrigativo dalle
 operatrici
4. Sviluppi che riguardano aspetti medici (esempi 3.20 e 3.21, rispettiva-
 mente su un ritardo mestruale e su aborti progressi) o aspetti psicolo-
 gici e relazionali (esempio 3.26, sulla neonata con crisi epilettiche).

Inoltre, le mediatrici tendono a modificare nella traduzione le cattive no-
 zie o gli aspetti che possono destare preoccupazioni, in due modi opposti:
 da un lato, evitandoli (se ad esempio non c'è più motivo di preoccuparsene),

dall'altro esplicitandoli. Si può ipotizzare che entrambe le strategie abbiano la funzione di motivare le pazienti e accrescere la loro fiducia nei confronti della medicina, e che quindi vengano usate in situazioni diverse in relazione a questa funzione, talvolta sottolineando i rischi, talaltra evitando di introdurre fonti di ansia, talaltra ancora bilanciando le due cose (V. esempio 3.26).

Le formulazioni traduttive segnalano in modo chiaro l'agency della mediatrice, cioè la sua autorità epistemica, benché paradossalmente possano essere accompagnate con una frase del tipo "lei ti sta dicendo". Le mediatrici ridisegnano e ri-focalizzano i contributi delle operatrici, adattandoli a quelle che si aspettano essere le esigenze delle pazienti. Sulle formulazioni traduttive hanno influenza sia i modi in cui l'operatore presenta la sua domanda o spiegazione (più o meno dettagliatamente, con linguaggi diversi), sia i contributi attivi di pazienti (e mariti delle pazienti), attraverso domande o commenti, che rendono più complicata la sequenza da tradurre.

7. Traduzione di sostegno e come coordinamento della comunicazione diretta tra i partecipanti

Come abbiamo detto nel capitolo 1, gli operatori sono più tranquilli e soddisfatti se riescono a comunicare direttamente con i pazienti. Per quanto venga apprezzata, la mediazione linguistica crea un'intermediazione che impedisce all'operatore di rapportarsi in modo diretto al paziente. Una delle funzioni della mediazione linguistica è proprio promuovere una comunicazione diretta tra operatore e paziente quando questi riescono a parlarsi nonostante le barriere linguistiche. La mediatrice può "sorvegliare" l'andamento della comunicazione, intervenendo soltanto quando coglie una difficoltà e per il resto lasciare che operatore e paziente parlino tra loro. Vediamo una serie di esempi.

Esempio 3.27 *testicular*

- 01 M so it is possible that you don't have anything. But this thing-
the doctor who has to see- to value to say how the (??) the
doctor that will see you.
02 D dimmi!
03 P I want to know, I: because before I had ehm: (testicular)
(testicular)
04 D esatto, volevo sapere:
05 P before- before I did the operation every time it worried me
(??) before I did the operation:
06 D before I did -?
07 M before- prima di: l'intervento, aveva fatto un intervento.

- 08 D l'hai fatto quest'intervento tu?
09 M have you done the operation?
10 P yes.
11 D ma com'è che lo chiama?
12 M testicol-
13 D no, pressure io ho capito pressure!
14 M operation, sì! Intervento.
15 D ah! Operation! Okay! Allora: ha eseguito: (2.0) E prima
avevi sempre male qui?
16 M before you: you were having pain here?

Abbiamo già visto, nell'esempio 3.19, quello in cui l'ostetrica spiegava alla paziente che doveva usare uno speculum più grande, come nell'uso della lingua inglese possano verificarsi tentativi di comunicazione diretta, sia da parte dell'operatore, sia del paziente. L'esempio 3.19 evidenzia una collaborazione tra mediatrice e operatore. Anche l'esempio 3.27 evidenzia questa collaborazione: al turno 01 la mediatrice sta traducendo un precedente contributo dell'operatore, quando, percependo un segnale da parte del paziente, l'operatore interviene rivolgendogli direttamente in italiano (turno 02). Al turno 04, l'operatore incoraggia il paziente a parlare in inglese, dando ad intendere di capire. Al turno 06, tuttavia, evidenzia la sua difficoltà nel comprendere la lingua del paziente, cosicché la mediatrice interviene in suo aiuto. Dopodiché l'operatore continua a chiedere l'aiuto della mediatrice per capire ciò che dice il paziente, e al turno 15 si arriva alla comprensione della comunicazione, seguita da un ritorno all'italiano nella domanda che segue, che viene quindi tradotta dalla mediatrice (turno 16). Pertanto, al termine della sequenza, si ripristina la mediazione linguistica.

Sequenze di collaborazione di questo tipo sono abbastanza frequenti. In qualche caso, abbiamo anche osservato operatori che conducono direttamente in inglese l'interazione, facendosi aiutare solo occasionalmente dalla mediatrice.

I tentativi di parlare la lingua del paziente non sono limitati all'inglese, anche se sono certamente più frequenti in questa lingua. Nell'esempio 3.28 vediamo un operatore sanitario che ha imparato un po' di arabo.

Esempio 3.28 *hamdu lilallah*

- 01 P hamdu lilallah
02 D hamdu lilallah
03 M hamdu lilallah brava
04 P hamdu lilallah

- 05 D sette quarantacinque (.) questo me l'hanno insegnato su a S.
 ((pace))
 06 M hamdu lilallah
 07 D hamdu lilallah (.) vuol dire grazie a Dio (.) si grazie sto bene
 08 M sempre così hamdu lilallah

La paziente (turno 01) risponde a una domanda della mediatrice che le ha chiesto come sta. L'operatrice interviene mostrando di conoscere l'espressione usata dalla paziente in arabo, che quindi ripete in modo appropriato. La mediatrice plaude a questa modesta, ma coraggiosa dimostrazione di conoscenza della lingua, sottolineando la sua approvazione (turno 3). Nei turni successivi, mentre l'operatrice scrive alcuni dati al computer, la sequenza continua vertendo su come l'operatrice ha imparato l'espressione e con un'affermazione della mediatrice sulla frequenza di questa espressione nella lingua araba. In questo, come in altri esempi, la manifestazione di modeste conoscenze linguistiche o dell'interesse per il significato della lingua del/la paziente sono trattati come rilevanti per promuovere l'interesse dell'operatore nei confronti dei pazienti e del loro modo di comunicare.

Nell'esempio 3.29, sono la paziente e il marito a mostrare di conoscere l'italiano e quindi ad usarlo nell'interazione per comunicare con l'operatore.

Esempio 3.29 gemelli in famiglia

- 01 O e:: ritorniamo alla famiglia della signora (.) persone che hanno problemi dell'umore tipo ansia depressione attacchi di [panico]
 02 Ma [ehm] no (.) no
 03 P [no]
 04 O no bene okay (.) gemelli? ne avete in famiglia?
 05 P [ehm sì:]
 06 Ma [gemelli] no ehm::: il loro zio ((risata)) [((risata))]
 07 P [sì lo zio ehm]
 08 O [lo uno] zio è gemel[lo]?
 09 P [sì]
 10 Ma [gemello sì]
 11 O (0.6)
 12 Ma [(lui è)]
 13 O [quindi] è il fratello di papà
 14 O (0.6)
 15 P no è il fratello [di: mamma]
 16 Ma [ehm] [ah::]
 17 O [di mamma]

- 16 P Sì
 17 M ha due gemelli [ehm sì]
 18 Ma [no]
 19 O no è un gemel[lo (.) ha due ha due ha avuto due] [gemelli] (.)
 naturali però
 20 M [ah no (.) ha avuto due gemelli]
 21 P [sì]
 22 Ma [(gemelli)]
 23 P [(??)]
 24 Ma [naturali] naturali una femmina e un maschio sì
 25 O hm (0.8) [allora]
 26 M [walakin] haml b tariqa [tabi' iya]?
 27 P [ma] è rimasta incinta [in modo naturale]?
 [tabi' iya]
 [in modo naturale]
 28 Ma [tabi' i]
 [naturale]
 29 O zio materno ha detto due gemelli

Nella prima parte, la conversazione è in italiano tra l'ostetrica, da una parte, e la paziente e suo marito dall'altra (turni 01-25). Tuttavia, al turno 26, la mediatrice passa all'arabo. Il motivo di questo passaggio è che non è certa della comprensione del turno 19 dell'ostetrica da parte della coppia. Nel turno 19, l'inferenza dell'ostetrica ("ha due, ha due ha avuto due gemelli (.) naturali però") è piuttosto complicata sul piano linguistico, in quanto contiene un'esitazione che non rende facilmente comprensibile la frase ed è conclusa con un avvertivo che non appare molto logico. A questa frase si sovrappongono sia un'auto-correzione della mediatrice, che aveva capito diversamente prima, sia una conferma della paziente. Dopo una sovrapposizione tra marito e paziente, al turno 24 il marito conferma che i gemelli sono "naturali" e aggiunge un maschio e una femmina. Questo crea un'ambiguità sul fatto che il marito possa aver inteso biovulari, cioè i "fratelli" gemelli, quindi l'ostetrica esplicita il senso di "naturali" in una domanda chiara in arabo, trovando conferma, sempre in arabo, da parte sia della paziente, sia del marito. Non è necessario a questo punto tradurre la conferma, dato che non modifica la comprensione che si era prodotta in precedenza, per cui l'interazione continua con il turno dell'ostetrica.

Quest'ultima categoria mostra dunque un tipo di traduzione "di ausilio" che sostiene l'interlocuzione diretta tra i partecipanti e subentra solo in caso di (presunta) difficoltà. È interessante che la comunicazione diretta in questi

casi sia sostenuta anche sul piano relazionale, evitando di inibire gli interlocutori che vogliono/possono parlare tra loro e anzi fornendo quel piccolo aiuto che consente di farlo senza rischiare malintesi.

In conclusione, in questo capitolo abbiamo visto forme di mediazione che pur con notevoli differenze, che vanno da lunghe espansioni e trasformazioni a piccole "imbeccate" per chiarire punti che consentono l'interlocuzione diretta, si basano sulla traduzione come elemento chiave per mettere in relazione i partecipanti e per il coordinamento della comunicazione. La nostra posizione, che consegue alla nostra ricerca, è che la traduzione sia una forma di mediazione molto complessa e variegata, ma fondamentale per creare comprensione, attenzione e spazio per i contributi dei partecipanti. Altre forme di mediazione presentano rischi molto superiori nella comunicazione, che vedremo nel prossimo capitolo.

4. La perdita di coordinamento nella mediazione linguistica

1. L'inadeguatezza della mediazione linguistica

Un considerevole numero di studi internazionali sottolinea l'inadeguatezza della mediazione linguistica nei vari ambiti di applicazione (medico, giudiziario, scolastico, sociale, investigativo). Questa inadeguatezza è ricondotta a deficit nella traduzione, che tuttavia sono spesso associati a motivazioni più ampie, che riguardano le gerarchie sociali che coinvolgono interpreti e mediatori, i quali, consapevolmente o meno, collaborano con le istituzioni nel ridurre o persino annullare la voce dell'immigrato.

In questa sezione, intendiamo esplorare le ragioni del malfunzionamento della MLC a partire dai nostri dati, che per molti aspetti portano a considerazioni diverse da quelle presenti nella letteratura internazionale. L'aspetto generale che intendiamo sottolineare è il *rischio* della MLC: le azioni di mediazione sono sempre rischiose, poiché possono sempre produrre effetti non voluti. L'imprevedibilità dell'interazione, e quindi il rischio dell'azione, sono ineliminabili. Talvolta, il rischio si manifesta come inadeguatezza dell'azione: si tratta di capire come ciò accada, per porvi rimedio.

2. Interlocuzione diretta tra mediatrice e operatore o paziente

Abbiamo visto nel capitolo 3 che le mediatrici ascoltano attivamente operatori e pazienti per cogliere gli aspetti rilevanti delle loro spiegazioni o delle loro risposte. In altri casi, interloquiscono con operatori e pazienti per commentare le loro affermazioni e comprendere meglio ciò che deve essere trattato. Nel caso degli operatori, si tratta di forme di collaborazione nella costruzione di spiegazioni, nel caso dei pazienti si tratta di forme di sostegno alle spiegazioni. È interessante notare come in questi casi le mediatrici non si limitino a incoraggiare le narrazioni dei loro interlocutori, ma collaborino con loro, in particolare con gli operatori, interloquendo attivamente. Tutta-

1. Español de la medicina

Ana María Ruiz Martínez

1. Introducción

El nacimiento y el desarrollo de la lengua de especialidad de la medicina es paralelo al avance de la ciencia y a las necesidades que tienen los profesionales de este campo del saber a la hora de transmitir el conocimiento adquirido. Dado que la medicina como ciencia avanza en la explicación racional de las regularidades del mundo que observa e incorpora todos los éxitos tecnológicos para el control de las enfermedades y la curación de muchas de ellas, el discurso que emplea para expresar los conceptos propios debe ser objetivo, preciso y claro. Como no podía ser de otra manera, esta realidad se refleja también en la diversidad de textos que, principalmente desde la segunda mitad del siglo XX, vienen siendo un claro testigo del gran desarrollo de la ciencia y las tecnologías médicas.

Los especialistas en la enseñanza de la lengua española reconocen desde hace varias décadas la existencia del lenguaje específico de la medicina, al igual que hay otros lenguajes científicos y técnicos (lenguaje de las matemáticas o lenguaje de la química). Si bien es verdad que esta variedad sectorial mantiene mayoritariamente la misma gramática y la misma base fonético-fonológica y prosódica que la lengua general, no podemos pasar por alto la creación paulatina de un metalenguaje propio, que permite la comunicación formal y funcional entre todos los especialistas que comparten la misma actividad profesional, independientemente de que se trate de la intervención de un médico en un congreso, la publicación de resultados en una revista especializada o la interacción entre un médico y su paciente. A la luz de esta realidad, se comprenderá realmente qué queremos decir cuando afirmamos que el conocimiento científico de la medicina se expresa a través de un lenguaje específico y que ese lenguaje propio condiciona la existencia de esa misma ciencia. No obstante, conviene distinguir entre sí el lenguaje científico es empleado por los expertos en medicina para interactuar entre ellos (intercambio especializado) o la lengua es usada en aquellas situaciones en las que se tratan temas científicos, pero no entre profesionales, o si el destinatario del mensaje es un público general y, por ende, no especialista (intercambio público). Por lo que se refiere al primer tipo de lenguaje científico, este puede utilizarse por escrito en diversas publicaciones científicas (libros, monografías, artículos en revistas especializadas) o de manera oral en conferencias, coloquios, sesiones clínicas, seminarios, etc. En relación con él, los especialistas en educación médica consideran que los estudiantes de preclínicas (de los tres primeros cursos) aprenden alrededor de 15 000 palabras. Y en cuanto al lenguaje empleado en el intercambio público, este aparece en las publicaciones (folletos informativos, infografías, carteles, revistas) y programas (espacios en la televisión, debates radiofónicos) destinados a la divulgación. Aunque esta distinción resulta muy útil, en este capítulo nosotros adoptamos una visión amplia a la hora de presentar la caracterización del lenguaje de especialidad de la medicina, puesto que consideraremos todos los rasgos que son propios de esta lengua científica, independientemente de los interlocutores que la utilicen (entre especialistas o entre estos y el público general), del canal escrito u oral por el que se transmite y de la situación en la que se produzcan los intercambios comunicativos.

Antes de ocuparnos de las características lingüísticas del lenguaje de la medicina, conviene acercarnos a los ámbitos de trabajo en los que se emplea esta lengua de especialidad, a las situaciones comunicativas y a los tipos de discurso más característicos.

En relación con los ámbitos en los que se usa la lengua, es preciso tener en cuenta el elevado número de ramas y especializaciones oficiales que hay dentro de la medicina (más de cincuenta). De manera muy general, suele hablarse de ocho campos básicos en la medicina asistencial, aunque no podemos olvidar que hay otras profesiones que, aunque no son médicas, también se desarrollan dentro del ámbito sanitario, como es el caso de los enfermeros, los auxiliares, los psicólogos, los fisioterapeutas o los farmacéuticos. Desde una perspectiva global, los principales campos laborales del médico asistencial son:

- Clínico: incluye la mayoría de las especializaciones (medicina general y de familia, cardiología, neumología), realiza diagnósticos y desarrolla un tratamiento.
- Quirúrgico: trata un problema diagnosticado aplicando una cirugía.
- Médico-quirúrgico: combina procedimientos clínicos y quirúrgicos (oftalmología).
- Laboratorio: examina muestras (de sangre, orina, heces, secreciones) y otras pruebas diagnósticas (resonancias magnéticas, placas), sin tener un trato directo con el paciente.
- Forense: valora las lesiones de una persona e investiga las causas de la muerte.
- Laboral: revisa las condiciones de salud de los trabajadores y se ocupa de las lesiones y enfermedades originadas en el ámbito laboral.
- Preventivo: evita que la enfermedad se origine o la trata en sus primeros estadios.
- Deportivo: trata cualquier problema originado por el deporte (muscular, óseo, ligamentos).

Además de la medicina asistencial, los campos de acción de la medicina abarcan también la investigación (estudios para desarrollar tratamientos, investigaciones epidemiológicas), la docencia (formación de nuevos profesionales de la medicina), la administrativa (dirección de un hospital) y la informativa (participación y conducción de programas de opinión, redacción de artículos informativos sobre enfermedades y su prevención).

Por lo que se refiere a las situaciones comunicativas en las que se va a emplear el lenguaje de la medicina, el estilo de lengua que predomina es formal y la heterogeneidad es el rasgo más característico de dichas situaciones en función de los participantes, del mensaje en sí, del canal empleado y del código utilizado para codificar el contenido que se pretende transmitir. Pensemos que la comunicación, sea oral o escrita, se produce en contextos muy diversos en los que pueden darse algunas de las siguientes situaciones de comunicación:

- Consulta de atención primaria: revisión del niño sano por parte del pediatra, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión.
- Consulta de un ginecólogo: realización de una citología, exploración mamaria.
- Intervención quirúrgica: explicación de la metodología seguida en una operación de rodilla o en una cesárea.
- Cargos institucionales: informe acerca de la gestión económica anual de un hospital, presentación de protocolos (por ejemplo, el de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía contra las enfermedades transmisibles), foro acerca del control de la calidad asistencial desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Docencia: clase magistral o práctica (por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá).

Y si atendemos, por último, a los rasgos generales del discurso, debemos tener muy presente que la función referencial es la dominante, donde la objetividad, la precisión de los términos, la neutralidad y la eficacia comunicativa están por encima de lo estético y de los valores expresivos o subjetivos. Además de emplear un discurso efectivo para informar, el profesional de la medicina también puede utilizarlo con una función conativa para transmitir instrucciones, como, por ejemplo, cuando explica la manera en la que hay que seguir un tratamiento o el protocolo de actuación ante una maniobra concreta. Además de las dos funciones básicas señaladas (referencial y conativa), en el discurso médico son características también las construcciones y unidades lingüísticas que son propias de la descripción y la definición (*es, es como, tiene, en forma de, sirve para*); el razonamiento lógico, las argumentaciones y las demostraciones (*por lo tanto, en consecuencia, se obtiene, se deduce que*); la citación y la referencia (*de acuerdo con, según*); y la enunciación de resultados (*se puede concluir, en conclusión, se puede decir*).

2. Análisis de la lengua de especialidad

Independientemente de que en la lengua de la medicina se manifiesten los aspectos de la lengua general, es posible distinguir una serie de rasgos que la particularizan como lengua de especialidad.

2.1. Análisis del lenguaje verbal

Como hemos adelantado en la *Introducción*, se ha ido creando paulatinamente un metalenguaje propio que permite la comunicación formal y funcional entre los profesionales que comparten la misma actividad profesional. Por esta razón es el nivel léxico el que presenta un mayor número de unidades específicas (terminología) que, en muchas ocasiones, son exclusivas de esta lengua de especialidad.

En relación con el nivel **léxico**, su grado de especialización va a depender del tipo de discurso en el que nos encontremos: mientras que en un discurso entre especialistas aparecerá un vocabulario altamente específico y sin reformular, en otras clases de discursos, próximos a la variedad de la divulgación, habrá menos tecnicismos y más reformulación. De manera general, podemos hablar de los siguientes aspectos:

- Terminología médica que muy raras veces aparece en la lengua común (*diuresis, percutáneo, litiasis*).
- Palabras utilizadas también en la lengua común (*pomada, crema, preparado, estómago, ansiedad, fiebre*).
- Vocabulario que se encuentra en la frontera entre la lengua común y la lengua especializada (*tópico, fármaco, epidermis, antiinfeccioso*).

En cuanto a la **semántica**, la lengua de especialidad se caracteriza por el empleo de términos monosémicos. La búsqueda de la exactitud no impide que a veces encontremos casos de:

- Polisemia: tanto en términos (*compensación* se utiliza en dos especialidades distintas como son la cardiología y la psiquiatría; *depresión* se emplea en la terminología médica y en la lengua común), como en siglas (*EM* puede significar 'esclerosis múltiple' para el

neurólogo, '*estenosis mitral*' para el cardiólogo, '*estancia media*' para el gestor y '*electromiograma*' para el rehabilitador).

- Sinonimia: en las siglas (*BC, BCO, BOCI, BNCO, BCNO* para la bronquitis) y en los términos (*mano valga, carpus curvus, deformidad de Madelung* o *subluxación de Madelung*).
- Usos metafóricos en ciertas combinaciones de palabras (*cultivar una célula, aislar una proteína, atacar una bacteria*) y en algunas comparaciones (*trompas de Eustaquio*).

Por lo que se refiere a la **morfología**, los principales aspectos afectan a la formación de palabras y a las combinaciones sintagmáticas. De ellos damos cuenta a continuación:

- Neologismos a partir de morfemas griegos y latinos: *sub-*, *sobre-*, *ante-*, *-rragia*, *-oso*, *-osis* o *-itis* (*subcostal, sobrehidratación, antecubital, hemorragia, coaguloso, artrosis, dermatitis*). También son frecuentes los compuestos a partir de términos clásicos (*gastropatía, gastrotomía, hepatomegalia*).
- Sintagmas terminológicos (*estrato córneo, úlcera duodenal, flujo sanguíneo, accidente isquémico transitorio, tolerancia inmunológica*) y unidades fraseológicas específicas o colocaciones (*desbridar la herida, fijar el miembro, fabricar un anticuerpo, generar una respuesta inmunitaria*).
- Abreviaciones: abreviaturas (*Med. clin. 'medicina clínica'; Serv. neurol. 'servicio de neurología'*), siglas (*SEC 'Sociedad Española de Cardiología'; DCA 'dermatitis de contacto alérgica'; UCI 'unidad de cuidados intensivos'*) y acrónimos (*TAC 'tomografía axial computarizada'*).
- Nominalizaciones a partir de verbos (*liberación, solubilización*) y sustantivaciones desde adjetivos (*científico, analgésico, anticoagulante*).
- Epónimos (*área de Broca, síndrome de Asperger, fiebre de Malta, coloración de Giemsa*). A veces se emplean para crear verbos y adjetivos (*pasteurizar y pasteurizado, de Pasteur, químico francés del siglo XIX*).
- Extranjerismos innecesarios, sobre todo procedentes del inglés: *baby-led weaning* (alimentación complementaria a demanda) o el uso de *like* para hacer referencia a enfermedades que se parecen a otras (*enfermedad de Kawasaki-like*).

En relación con la **sintaxis**, nos encontramos con los siguientes rasgos:

- En la interacción médico-paciente, dominan las formas instruccionales (*Tiene que tomar la medicación; Debe bajar de peso*) y referenciales (*Me duele la rodilla*).
- Primera persona del plural como fórmula de modestia (*Pensamos que; en nuestra opinión*).
- Se pierde la referencia temporal y es frecuente el verbo en presente y tercera persona del singular (*La quemadura epiteliza bien*).
- Construcciones impersonales y voz pasiva o pasiva refleja (*Se ha realizado una exploración mamaria*).
- Descripción con adjetivos para el color, el tamaño, la forma, la consistencia o la textura (*pulso pequeño, pulso amplio y saltón, erupción blanquecina*).
- Abuso del gerundio de posterioridad (*El niño fue diagnosticado de bronquiolitis, realizándosele las pruebas correspondientes dos horas más tarde*).

Para finalizar, si nos fijamos en la **ortotipografía**, hay que mencionar estos hechos:

- Representación gráfica de los términos a través de símbolos: *mg* (miligramo), *rd* (dosis absorbida), *h* (hora).
- En muchas abreviaciones se combinan letras, números, guiones y signos matemáticos: *ACxFA* (arritmia completa por fibrilación auricular), *M+Am* (miopía acompañada de astigmatismo), *G3 P2 A1 C0* (3 gestaciones, 2 partos, 1 aborto y ninguna cesárea).
- Abuso de las mayúsculas, que procede de la traducción literal de textos en inglés: sustantivos como *corazón*, *adrenalina* o *migraña* aparecen con frecuencia en mayúscula.
- Uso de interrogantes en los títulos de los artículos con una finalidad efectista: *Terminología de la cirugía de acceso umbilical: ¿una nueva Babel?; Hipoferritinemia y tics: ¿asociación casual o causal?*

2.2. Análisis del lenguaje no verbal

Uno de los discursos médicos más estudiados por los especialistas en comunicación no verbal es la interacción médico-paciente: la información que capte el profesional le permitirá conocer y diagnosticar mejor a sus pacientes, ser más sensible con su estado emocional y llegar más fácilmente a acuerdos con ellos; asimismo, los pacientes interpretan la información emitida por el profesional de una manera positiva o negativa, dado que, en cierta manera, queda retratada la autoimagen del profesional en su comportamiento no verbal. Los estudios muestran que los hechos no verbales son muy importantes para transmitir emociones y sentimientos, regular y confirmar los mensajes verbales, y mantener la relación médico-paciente y la autoimagen del especialista. A continuación, presentamos los componentes más destacados.

2.2.1. Rasgos paralingüísticos

Los estudios que analizan el tono de voz que tienen los médicos, las enfermeras y los pacientes demuestran que, a través del tono, se reflejan estados emocionales y experiencias muy satisfactorias. Estos trabajos evidencian una relación directa entre el tono de voz positivo del profesional y la tranquilidad del paciente.

Por otro lado, el volumen de la voz demuestra tener un papel muy activo en la comunicación asertiva: frente a un volumen bajo (comunica inseguridad y temor), un volumen muy alto (se relaciona con la agresividad y prepotencia) o un volumen monótono (produce inseguridad), el tono asertivo debe ser uniforme (ofrece seguridad). Asimismo, la entonación y la modulación de las palabras son, también, muy importantes a la hora de transmitir las emociones y facilitar la empatía.

Dentro del paralinguaje ocupa un lugar destacado el silencio. Durante la interacción médico-paciente, el silencio facilita el diálogo interno que ayuda a comprender las emociones y a tomar decisiones. En la práctica médica el silencio funcional permite alargar el tiempo de consulta, mejora la calidad de las entrevistas, facilita un acercamiento al paciente y contribuye a crear un clima de serenidad y concentración. Suele haber un intervalo de dos segundos entre la respuesta del paciente y la nueva pregunta.

2.2.2. Rasgos kinésicos

En la comunicación médico-paciente, estructurada normalmente en una interacción de preguntas y respuestas, se activan de manera especial los siguientes componentes kinésicos:

a. Gestos

Destacan los gestos ilustradores (enfatan lo que dice el profesional), reguladores (regulan el flujo de la interacción, como los cabeceos) y adaptadores (reducen la tensión de la conversación).

b. Posturas

Se ha diferenciado entre posturas abiertas (de frente al interlocutor y con los brazos y piernas que denotan una actitud claramente de apertura) y posturas cerradas (los brazos están cruzados y se vinculan con la desconfianza o, incluso, con el rechazo si se da la espalda).

c. Expresión facial

Dado que la relación entre los interlocutores está basada en la sinceridad del médico y en la demanda de información por parte del paciente, el lenguaje facial del profesional médico debe generar confianza en el paciente. La cara cumple un papel informativo fundamental, dado que su apariencia se vincula con las diversas emociones (sorpresa, alegría, miedo, enfado). La sonrisa está muy presente a la hora de recibir o despedir al paciente, facilitar el flujo de la comunicación, provocar un ambiente de confianza y disminuir la tensión que pueda surgir en la comunicación. Es uno de los factores más importantes en la generación de empatía entre el médico y el paciente.

d. Mirada

Durante la interacción la mirada permite establecer y mantener la relación entre los interlocutores, en el sentido de que los ojos siguen y valoran las reacciones que provoca un interlocutor en el otro (se muestra empatía con el paciente), establecen los turnos de habla o regulan la conversación y expresan sentimientos y emociones (afecto y solidaridad emocional hacia el paciente). La mirada y el contacto visual-facial deciden, en gran medida, el ritmo, las reacciones de los interlocutores y el flujo conversacional.

e. Contacto físico

El más frecuente es el contacto funcional, que se produce cuando el médico toca al paciente para hacerle una exploración física y cuando lo ayuda a levantarse de la camilla o a caminar. También existe el contacto social o de cortesía, que se activa cuando se estrecha la mano de un paciente durante la recepción o la despedida. Este segundo tipo de contacto es un componente muy significativo para manifestar empatía (dar apoyo, comunicar cordialidad, reducir la sensación de soledad). En algunos casos, el contacto físico provoca incomodidad entre los pacientes, de ahí la importancia de controlar que la forma del contacto sea coherente con la situación concreta en la que se realiza. Por esta razón, los profesionales médicos deben estar atentos a la respuesta del paciente para detectar la citada incomodidad.

2.2.3. Rasgos proxémicos

En el uso e interpretación del espacio que hacen los interlocutores hay un factor determinante: la distancia que hay entre ellos. En muchas actividades a las que son sometidos los pacientes

se traspasa la distancia considerada *íntima* (de 15 a 45 cm): valoración del fondo de ojo, exploraciones ginecológicas o realización de un tacto rectal. Con bastante frecuencia, estas pruebas generan en el paciente la pérdida de privacidad y la sensación de indefensión, manifestada muchas veces a través del lenguaje verbal. En este sentido, suele afirmarse que la distancia íntima queda invadida en la entrevista clínica cuando se realiza cualquier tipo de exploración. Además de la distancia íntima, se han distinguido otros tipos de distancias en relación con la entrevista clínica o interacción médico-paciente:

- Personal (de 45 cm a 1 m): el paciente revela confidencias o cuenta asuntos personales.
- Social (de 1 m a 3.5 m): el paciente está sentado al otro lado de la mesa para contar lo que le ocurre o preocupa.
- Pública (más de 3.5 m): es la utilizada en otros contextos propios de la medicina, como en discursos públicos y conferencias.

2.2.4. Factores ambientales

Hay ciertos factores ambientales que influyen y condicionan la relación entre el médico y el paciente. Se han considerado factores tan diferentes como la estructura del edificio, el mobiliario de la consulta, la temperatura y la luz de la habitación, la decoración y el color de la misma, y el ruido ambiental que exista (a veces, puede convertirse en un claro ejemplo de contaminación acústica). Todos estos inciden en los mensajes que intercambian profesionales y pacientes. Aunque han sido mucho menos estudiados, dentro de los factores ambientales se ha incluido también la apariencia y el aspecto del profesional (color de la piel, género, formas corporales, edad, vestimenta, uso de la bata); componente no suficientemente estudiado pero que proporciona información que, en algunos contextos, puede ser de utilidad para el paciente.

A modo de conclusión, los estudios sobre comunicación no verbal en la interacción médico-paciente demuestran que la mayor satisfacción entre los pacientes se produce cuando el médico aumenta el contacto visual facial, adopta una postura que indica disposición inclinándose hacia delante en la mesa, hay cabeceos y realiza gestos que transmiten cercanía. La cantidad de tiempo que el médico pasa mirando al paciente y su tono de voz también se relacionan con una mayor confianza y seguridad.

2.3. Análisis multimodal

En la práctica médica está muy presente la información proporcionada, principalmente, por las pruebas de imagen, los gráficos, las infografías y las gráficas.

Las pruebas de imagen (o el diagnóstico por imágenes) son un elemento esencial para el diagnóstico temprano de patologías y la emisión de un diagnóstico rápido y eficaz. Son indicadas por un médico especialista o de familia en función de los síntomas y la parte del cuerpo que deba examinarse. Entre las más utilizadas están los rayos X, las ecografías, la *eco doppler*, la tomografía axial computerizada (TAC), la resonancia magnética, la densitometría ósea y la mamografía.

Los gráficos presentan datos abreviados para conseguir que su interpretación resulte rápida y fácil, y ayudan a detectar tendencias y predecir comportamientos, buscando las regularidades

y descubriendo relaciones entre los factores examinados. En medicina los gráficos informan sobre enfermedades, desórdenes en el cuerpo humano, fluidos, etc.

Las infografías son utilizadas con especial intensidad en el marketing digital médico y están al servicio de una comunicación clara y efectiva. La combinación del color, las estadísticas, los dibujos, las fotografías y los datos genera un contenido fácil de interpretar, proporcionando la información de una manera organizada y sencilla. El éxito de las infografías se explica porque son más llamativas visualmente que el texto y atraen con más facilidad la atención del usuario. Su presencia es cada vez más frecuente y su empleo ha modernizado y revolucionado la manera en que los profesionales de la medicina se relacionan con el paciente.

Cuando una persona es ingresada en un hospital, las gráficas de constantes vitales son el instrumento por excelencia que refleja su estado de salud: en el eje vertical los trazos separan los valores numéricos que toman las constantes vitales (temperatura, número de pulsaciones, número de respiraciones), y en el eje horizontal los trazos dividen las fracciones del tiempo (por horas o por días).

Además de los elementos presentados, en los textos y discursos médicos se dan cita otros procedimientos muy útiles como, por ejemplo, las referencias bibliográficas, las citas de autor, la presentación de la información por medio de tablas, diagramas, dibujos, esquemas o fórmulas.

3. Recursos

Los recursos accesibles en la red para el profesor de español son muy heterogéneos, tanto por la temática que desarrollan (salud pública, administración sanitaria, sanidad ambiental), como por el lugar de la actividad profesional (centro de salud, hospital, organización humanitaria, facultad de medicina).

A. Consulta de definiciones

Para conocer el significado de los términos especializados recomendamos el ***Diccionario de términos médicos***, de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Otros recursos, mucho más limitados en el número de entradas, son los glosarios alojados en la página web de hospitales (Clínica Universidad de Navarra, ***Diccionario médico***), universidades (Universidad de Salamanca, ***Dicciomed. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico***) o compañías aseguradoras (Asefa Salud, ***Diccionario de términos médicos***). Por otro lado, son muy prácticos los diccionarios por especialidades, como el ***Diccionario de términos médicos***, elaborado por el Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular, o el ***Glosario*** de la Sociedad Española contra el Cáncer. Este tipo de obras es numeroso y su acceso suele ser gratuito.

B. Clases magistrales, ponencias y congresos

Son numerosas las intervenciones de diferentes profesionales que están disponibles en YouTube. Junto a estas charlas, conferencias y ponencias, que podríamos denominar *particulares*, tienen un gran valor didáctico los vídeos proporcionados por los perfiles oficiales de:

- Instituciones prestigiosas, como la *Clínica Universidad de Navarra*, donde aparecen más de un centenar de ruedas de prensa, documentales, historias de la clínica, vídeos y chat, jornadas o preguntas frecuentes.
- Canales y diarios especializados, como *Redacción Médica*, que informa de la actualidad de las administraciones, los profesionales y las empresas del sector sanitario.
- Proyectos educativos, como *Aprendemos Juntos (BBVA)*, para difundir pautas saludables y conseguir, así, una vida mejor.

C. Documentación normativa

Los documentos que regulan las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, dentro del *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, se organizan en cinco grandes áreas: Salud y prevención, Excelencia clínica, Equidad, Tecnologías de la información y Recursos humanos. Estos documentos garantizan la igualdad en la atención sanitaria y su máxima calidad, con independencia del lugar en el que residan los ciudadanos.

D. Publicaciones especializadas

La promoción, el fomento y la difusión de las actividades médicas (sean docentes, investigadoras o asistenciales) es llevada a cabo por diversas administraciones, fundaciones e instituciones. De entre los diferentes organismos que cuentan con revistas periódicas en Internet, queremos resaltar los siguientes:

- **Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social**. La *Revista Española de Salud Pública* está especialmente recomendada para disponer de material sobre salud alimentaria, programas de intervención comunitaria relacionados con las enfermedades cardiovasculares o la sanidad ambiental.
- **Organización Médica Colegial de España**. El *Archivo. Revista del Colegio General de Colegios Oficiales de Médicos* da a conocer noticias de actualidad a través de la realización de debates (eutanasia, mejoras en la atención primaria), foros (medicamentos esenciales, precariedad laboral), entrevistas o congresos nacionales e internacionales.
- Real Academia Nacional de Medicina de España. El *Boletín de Actualidad* informa sobre los actos organizados por la institución (exposiciones, conferencias, jornadas monográficas).

Junto a estos organismos que cuentan con publicaciones periódicas, también puede consultarse la web de otras instituciones desde las que se accede a un enorme caudal de materiales: **Escuela Nacional de Sanidad (ENS)**, **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y Consejerías de Sanidad³.

En cuanto a la difusión de publicaciones clásicas vinculadas con la Medicina, la consulta de **Elsevier Iberoamérica** se hace imprescindible. Este proveedor de información biomédica ofrece acceso libre a un gran número de revistas vinculadas con las ciencias de la salud⁴.

³ Como ejemplo, puede consultarse la **Consejería de Salud** de la Comunidad de Madrid.

⁴ Los cinco campos en los que se recogen las revistas, ordenadas alfabéticamente, son los siguientes: enfermería; fisioterapia y rehabilitación; logopedia, foniatría y audiolgía; medicina; radiodiagnóstico.

Dentro del ámbito específico de la Medicina, la consulta de las revistas de referencia se ha organizado a partir de 36 especialidades médicas. Las revistas de acceso abierto en la web podemos organizarlas en dos grupos:

- Revistas que abordan temas generales sobre medicina (*Educación Médica*, *Revista Clínica Española* o *Revista Española de Educación Médica*).
- Revistas por especialidades (*Anales de Pediatría*, *Archivos de Bronconeumología* o *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*).

Para concluir, hacemos alusión a la biblioteca virtual [Scielo España](#), integrada por una colección de más de cincuenta revistas científicas españolas sobre las ciencias de la salud (medicina, enfermería y farmacia).

4. Documentación de trabajo

La documentación de trabajo de los profesionales médicos puede llegar a ser muy numerosa y, por ende, variada, sobre todo si tenemos en cuenta que la comunicación puede llevarse a cabo no solo a través del discurso oral y escrito, sino también mediante la consulta de imágenes o gráficos, por ejemplo. Si de manera específica nos centramos en la documentación sanitaria, de la que forman parte los diferentes documentos que genera la atención directa al paciente y que dan cuenta de las actuaciones sanitarias, comprobamos que la cantidad de textos escritos manejados es bastante significativa. En este sentido, el registro y la buena organización de esta documentación no solo influye muy positivamente en la calidad de la asistencia que reciben los pacientes, sino también en el control de la información que lleva a cabo el personal sanitario, en el rápido acceso a los datos para los estudios médico-sanitarios o epidemiológicos, en la transmisión de la información entre los profesionales que atienden a una persona y en la planificación y gestión de los recursos sanitarios. En aras de un manejo ordenado de todos estos documentos, los docentes de español pueden emplear la siguiente distinción:

- Documentación sanitaria clínica: documentos de la atención primaria y documentos de la atención hospitalaria (documentos médicos y documentos de enfermería).
- Documentación sanitaria no clínica.

La documentación sanitaria clínica abarca todos los documentos generados en la atención que recibe cualquier paciente. En la atención primaria se emplean fundamentalmente tres:

- La historia clínica: recolecta todos los datos vinculados con la situación y evolución de un paciente a lo largo del proceso asistencial, refleja la atención continuada e incluye las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.
- La historia de enfermería: da cuenta de los cuidados recibidos (control de la hipertensión, vacunación).
- El impreso de solicitud de pruebas complementarias: canaliza la petición de una prueba médica a otro centro sanitario.

Por lo que se refiere a los documentos empleados en la atención hospitalaria, conviene separar los documentos médicos de los documentos de enfermería. Los documentos médicos muestran la atención médica y son cumplimentados por todos los facultativos que atienden a un paciente. El documento más importante es la historia clínica hospitalaria, que amalgama toda la información que genera la atención especializada dispensada a un paciente (estado, resultados de todas las pruebas e intervenciones a las que es sometido, tratamientos prescritos

o procedimientos diagnósticos y terapéuticos). Aunque no sean exactamente iguales en todos los hospitales —suele variar el nombre, el diseño del contenido y el orden—, los documentos que siempre están incluidos en cualquier historia clínica hospitalaria son los siguientes: hoja clínico-estadística, solicitud y autorización de ingreso, anamnesis y exploración física, evolución, órdenes médicas, informes de exploraciones complementarias e informe clínico de alta. A los anteriores, se pueden añadir otros documentos en función de la atención individualizada que precise un paciente (hoja de interconsulta, informe de anestesia, informe quirúrgico, consentimiento informado, informe de urgencias y alta voluntaria). Independientemente de que cada centro hospitalario diseñe sus modelos de impresos, estos llevarán siempre el membrete del centro sanitario, así como las etiquetas adhesivas, que recogen los datos del paciente cuando ingresa y se incluyen en cada documento de petición.

Los documentos de enfermería reflejan la asistencia realizada por el personal de enfermería y los auxiliares: valoración de enfermería, administración de tratamientos o de medicación, planificación de cuidados y evolución, gráfica de enfermería e informe de alta. Como documentos complementarios están las hojas de quirófano y de preparación para la cirugía, los registros de urgencias y el control de exámenes complementarios. Con relación al formato de esta documentación, no hay un modelo unificado para todos los hospitales.

En cuanto a la documentación sanitaria no clínica, la organización y el funcionamiento de un hospital necesita una serie de documentos que afectan a otros servicios que se realizan desde los laboratorios, la farmacia, la administración o el mantenimiento. Los documentos generados son solicitudes, albaranes o peticiones, entre otros muchos.

5. Propuestas didácticas

Compartimos seis propuestas didácticas que esperamos que sean útiles para los docentes y estudiantes interesados por el español de la medicina.

ACTIVIDAD 1. Beneficios de la lactancia materna	
Material necesario	Revistas especializadas en Pediatría: <i>Anales de Pediatría</i> o <i>Revista Pediatría Atención Primaria</i> .
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redactar un plan de actuación para colaborar activamente en la defensa de la leche materna. 2. Recoger cinco ventajas de la lactancia. 3. Utilizar el vocabulario específico relacionado con la pediatría.
Breve descripción de la actividad	<p>Preparación de un texto escrito con el que los profesionales sanitarios del Centro de Salud de Torreperogil (Jaén) trabajarán activamente para proteger a mamás y bebés.</p> <p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El texto debe tener una extensión de una hoja. 2. Posibles partes: a) actuaciones de las instituciones sanitarias para facilitar la lactancia, b) papel de la sociedad, la familia y los medios de comunicación para defenderla y c) argumentos a favor. 3. Elegir un título que sea representativo. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda de noticias sobre alimentación infantil. 2. Anotación de términos e ideas fundamentales. Individual. 3. Discusión previa de cada parte del protocolo. Por grupos.
Método de trabajo	Individual y grupal.

ACTIVIDAD 2. <i>Glosario de términos</i>	
Material necesario	<u><i>Diccionario de términos médicos</i></u> y <u><i>Diccionario médico</i></u> .
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionar una dolencia con sus síntomas y su tratamiento. 2. Buscar y familiarizarse con la terminología básica de la profesión. 3. Demostrar exactitud en la selección del vocabulario.
Breve descripción de la actividad	<p>Confección de un glosario —con sus definiciones— para describir oralmente los síntomas y el tratamiento del catarro, la cervicalgia, la acidez, la gripe y la lumbalgia.</p> <p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección de seis términos mínimos relacionados con los síntomas y el tratamiento de cada dolencia. 2. Exposición oral de las definiciones. 3. Evaluación del contenido aprendido. 4. Turno de preguntas y respuestas tras la presentación de cada grupo. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intercambio de información sobre las experiencias personales con alguna de las dolencias citadas. Por grupos. 2. Un portavoz recogerá los términos empleados por cada estudiante. 3. El listado recolectado se contrastará con los datos obtenidos tras la realización de la actividad.
Método de trabajo	Grupal para cada dolencia.

ACTIVIDAD 3. Interacción médico-paciente sobre una enfermedad infecciosa	
Material necesario	Portales de las Consejerías de Sanidad que informan de la vacunación infantil, como, por ejemplo, la Comunidad de Madrid.
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intercambiar información, de manera oral, sobre una enfermedad incluida en el calendario de vacunación infantil. 2. Dominar los aspectos de comunicación verbal y no verbal que se activan en la interacción médico-paciente. 3. Emplear el vocabulario específico para realizar la presentación de una manera precisa.
Breve descripción de la actividad	<p>Simulación de una interacción médico-paciente. Para ello, un alumno interpreta al médico que informa sobre una enfermedad muy infecciosa y otro, al padre o a la madre de un niño que va a recibir la vacuna.</p> <p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo estimado de la interacción: 10 minutos. 2. Elaboración de un listado de términos para describir una enfermedad. Formato de la ficha: a) nombre clínico, b) ¿qué es?, c) signos y síntomas, d) tratamiento y e) prevención. 3. Preparación de los turnos de habla que corresponden a posibles preguntas y respuestas. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observación del calendario de vacunación infantil y elección de unas de las enfermedades. 2. Lectura de noticias relacionadas con la enfermedad elegida. 3. Selección de aquellos fragmentos que recojan explícitamente la información para elaborar la ficha.
Método de trabajo	Por parejas.

ACTIVIDAD 4. Charla con un dermatólogo	
Material necesario	Discursos orales de reconocidos especialistas, como, por ejemplo, los difundidos por la <u>Clínica Universidad de Navarra</u> .
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar el cumplimiento de los rasgos de la lengua de la medicina (objetividad, claridad, neutralidad). 2. Saber en qué consiste la función representativa gracias al discurso oral que emplea un especialista en dermatología.
Breve descripción de la actividad	<p>Estudio de una entrevista, una charla o una conferencia y elaboración de un mapa mental sobre el cáncer de piel. Se colgará en el aula de la clase.</p> <p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la idea central, las ramas y las palabras clave. 2. Búsqueda en el diccionario del vocabulario que no se conoce. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura de un texto sobre la estructura de la piel y respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuánta superficie ocupa la piel en un individuo adulto? ¿Cómo se llama el sistema que compone la piel? 2. Búsqueda de las diferencias que hay entre el lunar y el melanoma y de las palabras que se corresponden con la regla ABCDE, empleada para la autoexaminación de la piel. 3. Visionado en YouTube de anuncios utilizados para denunciar y prevenir el cáncer de piel.
Método de trabajo	Individual.

ACTIVIDAD 5. La UVI móvil	
Material necesario	<u>Diccionario de términos médicos</u> y <u>Diccionario médico</u> .
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer el equipamiento sanitario mínimo que hay en una UVI móvil. 2. Buscar en la web las imágenes correspondientes. 3. Simular una presentación en PowerPoint en la Facultad de Medicina, para describir y explicar el funcionamiento de los aparatos a los alumnos de 1.º curso. 4. Dominar el discurso académico y conocer las estrategias verbales y no verbales en la comunicación profesor-alumno.
Breve descripción de la actividad	<p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo estimado de la presentación oral: 15 minutos. 2. Determinación del número de aparatos que se quieren presentar y anotación de sus funciones principales. 3. Diseño del PowerPoint en consonancia con una presentación oral formal. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación sobre el equipamiento a través de noticias consultadas en Internet. 2. Visionado de algún vídeo disponible en YouTube para disponer de un modelo real de clase magistral.
Método de trabajo	Por parejas.

ACTIVIDAD 6. *Las campañas de promoción de la salud*

Material necesario	Revistas sobre Medicina general, por ejemplo, <i>Educación Médica</i> o <i>Revista Española de Educación Médica</i> .
Objetivos de la propuesta	<ol style="list-style-type: none">1. Elaborar un cartel informativo.2. Elegir argumentos coherentes para informar sobre la diabetes, la hipertensión y la anorexia.3. Describir, informar y recomendar, prestando una atención especial a la cohesión de la información.
Breve descripción de la actividad	<p>Creación de tres campañas diferentes de promoción de la salud para evitar una enfermedad.</p> <p>Directrices para el alumnado:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aspectos incluidos: presentación y descripción de la enfermedad, población a la que va dirigida la campaña y qué se busca evitar.2. Elección de un eslogan original. <p>Pasos previos (recomendados):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Búsqueda de información y puesta en común de los recursos consultados.2. Elaboración de un esquema con la información pertinente.
Método de trabajo	Grupal.

6. Referencias bibliográficas

- Aleixandre-Benavent, R., Bueno Cañigral, F. J., y Castelló Cogollos, L. (2017). Características del lenguaje médico actual en los artículos científicos. *Educación Médica*, 18(2), pp. 23-29.
- Cuervas Argüelles, R. (2014). El español de las ciencias de la salud y su enseñanza, en E. Bravo-García, E. J. Gallardo-Saborido, I. Santos de la Rosa y A. Gutiérrez Rivero (Eds.), *Investigaciones sobre la enseñanza del español y su cultura en contextos de inmigración* (pp. 377-402). Sevilla/Helsinki: Universidad de Sevilla/Universidad de Helsinki.
- Flórez Lozano, J. A., Martínez Suárez, P. C., y Valdés Sánchez, C. (2000). Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina Integral*, 36(3), pp. 79-113.
- Florián Reyes, M. L., y Ruiz Martínez, A. M. (2005). *Ciencias de la salud. Manual de español profesional*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Gutiérrez Rodilla, B. (2005). *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- Macmillan Education (2019). *Documentación clínica*.
- Morris García, E. K., Ruiz Martínez, A. M., y García Arriola, M. (2019). *Profesionales de la salud. Curso de español*. Madrid: enCLAVE/ELE.
- Ortego Antón, M. T. (2008). *La enseñanza de lenguas de especialidad: el español de las ciencias de la salud*. Memoria de Investigación. Universidad de Alcalá.
- Ruiz Martínez, A. M. (2004). El español de los servicios de salud: algunas consideraciones sobre su didáctica, en S. M. Saz (Ed.), *Actas del XXXVIII Congreso Internacional de la Asociación Europea de Profesores de Español* (pp. 285-295). Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología,
- Sanz, A. (2001). La enseñanza de lenguas especiales a estudiantes extranjeros: el español de la medicina, en J. García de Enterría (Coord.), *La enseñanza/aprendizaje del español con fines específicos* (pp. 41-53). Madrid: Edinumen.
- Rodríguez Sanza, J., Kurtz Lunab, C., y Álvarez-Ude Coterac, F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), pp. 401-409.

7. Bibliografía recomendada

Anales de Pediatría.

Aprendemos Juntos (BBVA).

Archivos de Bronconeumología.

Asefa Salud. *Diccionario de términos médicos*.

Clínica Universidad de Navarra. *Diccionario médico*.

Clínica Universidad de Navarra.

Escuela Nacional de Sanidad (ENS).

Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular. *Diccionario de términos médicos*.

LA TRADUCCIÓN A LA VISTA EN EL ÁMBITO MÉDICO-SANITARIO: UN CASO DIDÁCTICO

Gianluca Pontrandolfo

gpontrandolfo@units.it
Universidad de Trieste – IUSLIT

Resumen

El presente estudio examina un caso didáctico que recrea fielmente una mediación profesional auténtica llevada a cabo en un hospital de Trieste. El análisis se basa en una muestra de transcripciones de traducción a la vista (TAV) realizadas por estudiantes del último curso de la *Laurea Magistrale in Traduzione Specialistica e Interpretazione di Conferenza (curriculum integrato)* de la Universidad de Trieste. El foco del análisis recae en dos géneros que el mediador sanitario tiene que manejar con cierta soltura: a) el formulario de consentimiento informado [TAV it>es cuyo destinatario es el paciente]; b) la historia clínica [TAV es>it cuyo destinatario es el personal médico]. A partir de una reflexión sobre el producto de traducción (las reformulaciones realizadas por el alumnado), en términos de problemas, errores y estrategias, el análisis detecta las áreas más problemáticas de la TAV y brinda consideraciones preliminares para la formación de mediadores lingüísticos y culturales.

Abstract

“Sight Translation in healthcare settings: a case-study”

This paper focuses on a training case-study which simulates a professional mediation carried out in a hospital in Trieste. The analysis is based on a collection of transcripts of sight translations performed by students in their last year of the MA in Specialised Translation and Conference Interpreting (mixed curriculum) of the University of Trieste. The focus of the analysis is on two genres which the mediator has to manage with ease: a) the informed consent form [sight translation it>es whose addressee is the patient]; b) the clinical history [sight translation es>it whose addressee is the medical staff]. By reflecting upon the translation product (i.e. the students' renditions) in terms of problems, errors and strategies, the paper identifies the most problematic areas and provides preliminary considerations for the training of linguistic and cultural mediators and interpreters.

Palabras clave: Traducción a la vista (TAV) en el ámbito sanitario. Simulación didáctica. Problemas. Errores. Estrategias.

Keywords: Sight translation in healthcare setting. Training simulation. Problems. Errors. Strategies.

Manuscript received on April 11, 2015 and accepted for publication on September 19, 2015.

1. Premisas

Una de las tareas que más a menudo tienen que llevar a cabo los mediadores lingüísticos y culturales¹ en el ámbito médico-sanitario es la traducción a la vista (TAV) (véase, entre otros, Jiménez Ivars & Hurtado Albir 2003) de documentos esenciales para la realización de distintas actividades, desde una simple consulta médica hasta una delicada intervención en el quirófano.

En la mayoría de los casos, al mediador no se le proporciona el texto de antemano y eso le obliga a traducir a la vez que lee por primera vez (*traducción a ojo o a primera vista*, Jiménez Ivars & Hurtado Albir 2003: 50), actividad que genera una serie de dificultades y requiere la adopción de distintas estrategias.

Aunque representa una de las modalidades traductoras más empleadas en contextos sanitarios profesionales, la atención de la comunidad investigadora no se ha centrado mucho en la TAV ni en traductología (Hurtado Albir 2011: 83), ni en los estudios sobre la interpretación/mediación en el ámbito médico (Niemants 2012; Valero-Garcés et al. 2014), y además, ni desde la perspectiva didáctica (véanse, entre otros, Zorzi 2007; Carreras i Goicoechea & Pérez Vázquez 2009) ni desde la vertiente profesional (véanse, entre otros, Valero Garcés 2008; Burckhardt et al. 2009; Rodríguez Cala & Llevot Calvet 2011; Iacono 2013). Desde la vertiente académica, la TAV sigue representando una estrategia pedagógica (Jiménez Ivars & Hurtado Albir 2003: 54), es decir, un instrumento más que una modalidad traductora y, por tanto, una actividad propedéutica de la interpretación simultánea y/o consecutiva (véanse, entre otros, Viezzi 1989; Weber 1990; Moser-Mercer 1994; Viaggio 1995; Ballardini 1998). Por lo que se refiere al ámbito médico-sanitario, no existen, hasta hoy, investigaciones sistemáticas que aborden el delicado tema de la TAV en dicho sector.

El presente estudio sienta sus bases en una simulación didáctica que recrea fielmente una mediación profesional real. El análisis se basa en una

1. Para Pöchhacker (2008: 11 y ss.) la mediación lingüística es inevitablemente mediación cultural.

muestra de transcripciones de TAV realizadas por estudiantes del último curso de Máster (*Laurea Magistrale en Traduzione Specialistica e Interpretazione di Conferenza- curriculum integrato*) de la Universidad de Trieste. El foco del análisis se dirige a dos géneros que el mediador sanitario tiene que manejar con cierta soltura:

- a) el formulario de consentimiento informado (Cecilia Ramos 2012);
- b) la historia clínica (De la Prieta Miralles 2002).

En a) el destinatario de la TAV es el paciente, mientras que en b) es el personal médico-sanitario; este cambio de función del texto y destinatario –lego vs. experto– tendría que afectar, evidentemente, a las estrategias y técnicas empleadas por el mediador.

A partir de una reflexión sobre el producto de traducción (las reformulaciones realizadas por el alumnado), en términos de problemas, errores y estrategias (Jiménez Ivars 1999), el análisis detecta las áreas más problemáticas de la TAV y brinda consideraciones preliminares para la formación de mediadores lingüísticos y culturales (Isasa 2014).

En el marco de la mediación entre lenguas afines, español-italiano (Bazzocchi & Capanaga 2006), el estudio combina los dos enfoques a la TAV: profesional (TAV con función comunicativa) y pedagógico (TAV con función instrumental) (Jiménez Ivars & Hurtado Albir 2003: 47-49).

En los apartados siguientes, tras presentar los cimientos teóricos y metodológicos de la investigación realizada (§ 2), se esboza el diseño del estudio, haciendo hincapié en el perfil del alumnado, la tipología de encargo, el experimento de TAV y el cuestionario (§ 3). En § 4 se presentan los resultados, desglosados mediante un análisis cuantitativo y cualitativo, mientras que en § 5 se hace un rápido balance del estudio y se brindan consideraciones finales y propuestas para investigaciones futuras.

2. Los cimientos: preguntas de investigación, hipótesis y objetivos

Las preguntas de investigación que han inspirado el estudio se enmarcan tanto en el ámbito profesional como didáctico. Con respecto al primero, sería interesante abordar las siguientes preguntas preliminares:

- 1) ¿Cuáles son las características de esta modalidad traductora (con respecto, por ejemplo a la interpretación bilateral)?
- 2) ¿Qué tipologías de problemas engendra y cuáles son las estrategias de gestión típicas del ámbito médico-sanitario?

Desde el punto de vista didáctico, y en estricta conexión con las preguntas precedentes, la pregunta inspiradora es la siguiente: ¿Están listos los recién licenciados de Trieste para trabajar como mediadores en el ámbito médico-sanitario?

A este respecto, se parte de la hipótesis de que los alumnos no están listos para gestionar encargos de TAV en el ámbito médico-sanitario y necesitan una formación *ad hoc*: la actividad es altamente compleja no solamente por las dificultades técnicas del ámbito médico-sanitario –p. ej., la terminología, que, como se deduce de § 4.3, representa la preocupación principal y la principal fuente de estrés para el alumnado–, sino también porque, más sencillamente, los aprendices no están acostumbrados a esta modalidad traductora y apenas tienen experiencia didáctica en este campo (véase § 4.3).

La relevancia y justificación del estudio radica en la necesidad de mapear el campo desde una triple perspectiva: por una parte, es fundamental conocer las necesidades de los usuarios (tanto el personal sanitario como los pacientes); por otra, desde la perspectiva del alumnado, es fundamental que los aprendices sepan reconocer sus áreas débiles para potenciarlas, si se quiere trabajar en este ámbito profesional; por último, desde el punto de vista del profesorado, puede resultar útil reconocer cuáles son las exigencias formativas específicas de los alumnos para que en consecuencia puedan organizar sus clases.

Con respecto al objetivo, cabe distinguir entre uno a corto plazo, es decir, brindar propuestas específicas a partir de las exigencias formativas y las áreas débiles del alumnado, identificadas en el marco del estudio, y otro a largo plazo, o sea, mejorar la calidad del servicio de mediación proporcionado y formar de manera más puntual a los mediadores intentando establecer puentes de comunicación entre el mundo médico-sanitario y el mundo académico (formación de mediadores).

3. El estudio

3.1. El perfil del alumnado

Con el objetivo de identificar problemas, errores y estrategias en una simulación de encargo real de TAV se ha llevado a cabo un experimento que ha contado con la participación de una muestra reducida de alumnos.² Se trata,

2. Se comparte la afirmación de Gile (1991: 60), citado en Jiménez Ivars (1999: 240): “Students can be used when enough evidence is available to indicate that they are comparable to professionals in the type of behaviour under study”.

más específicamente, de 8 alumnos de la *Laurea Magistrale in Traduzione Specialistica e Interpretazione di Conferenza (curriculum integrato)* a punto de licenciarse que han cursado la asignatura Traducción especializada español-italiano II. El módulo de 30 horas se centra en la traducción médica y saca partido de la diversificación “vertical” del discurso especializado (Calvi 2009: 28-32), según el enfoque de la aproximación gradual (Pontrandolfo, en prensa). Su objetivo es presentar las características de los distintos niveles de especialidad (Mapelli 2009: 113-120), desde la divulgación hasta los textos científicos, analizando los distintos géneros discursivos, desde el folleto divulgativo para pacientes (García Izquierdo 2009) hasta el artículo de investigación dirigido a expertos de medicina, pasando por los géneros intermedios como el consentimiento informado, la historia clínica, el prospecto de medicamentos, el caso clínico, etc. El grupo elegido para el experimento ya tiene conocimientos básicos del lenguaje médico (español e italiano) y ha traducido textos escritos complejos pertenecientes a este ámbito.

3.2. El diseño del estudio

El estudio se ha articulado en cuatro etapas:

a) Sesión informativa en la que a los alumnos se les explicaba el encargo³ de mediación (7 días antes de la simulación):

*L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia del Rachide "Sandro Agostini" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova vi contatta per svolgere una mediazione linguistica durante un intervento chirurgico a cui dovrà sottoporsi una paziente boliviana. Il coordinatore infermieristico che vi contatta non vi fornisce molte informazioni sulla tipologia di intervento chirurgico. Vi riferisce soltanto quanto segue:
Si tratta di una giovane paziente boliviana con problemi di lombalgia. Le radiografie della colonna vertebrale sembrerebbero indicare una sacralizzazione di L5, alterazioni importanti di tipo degenerativo e, a livello L4-L5, la presenza di un'ernia discale. Sarà sottoposta tra una settimana a trattamento chirurgico di ernia discale lombare. Il vostro contributo sarà fondamentale non solo per la comunicazione medico/infermiere-paziente, ma anche nella ricostruzione della storia clinica della paziente. La signora è arrivata da poco in Italia e non parla italiano; il personale medico e infermieristico non conosce lo spagnolo, ma riesce a cogliere qualche informazione per via dell'affinità tra le due lingue.*

3. Sobre la importancia del *translation brief* en contextos profesionales reales, véanse Nord (1997a, 1997b: 46-48); Fraser (2000); Mossop (2007: 110-112).

Aunque una semana para la preparación al encargo no es un plazo de tiempo real desde el punto de vista profesional, se ha creído suficiente y adecuado, considerando que se trata de un grupo de alumnos que empiezan a enfrentarse a contextos profesionales y no están acostumbrados todavía a trabajar a ritmos elevados típicos del mundo real. En esta misma línea, se coloca la decisión de proporcionar a los aprendices toda la información contenida en el encargo, si bien en contextos reales son pocos los mediadores que reciben todos esos detalles.

Es importante señalar que se ha decidido no desvelar la naturaleza del encargo (TAV) en esta etapa para evaluar en la fase final d) cómo se han preparado los alumnos y si se esperaban una TAV. Como se desprende del cuestionario (§ 4.3), 7 alumnos no habían pensado en esta modalidad traductora y esto tiene relevancia, *mutatis mutandis*, también para el ámbito médico-sanitario real, donde la TAV sigue empleándose mucho y donde los mediadores, muy a menudo, no se esperan traducir a ojo documentos médicos y, por tanto, no están preparados adecuadamente para el encargo.

b) Breve fase de introducción en la que se presenta al alumnado el contexto específico en el que va a desarrollarse la simulación (algunos minutos antes de la etapa c):

Sei arrivato/a in reparto.

Il coordinatore infermieristico ti spiega che il tuo contributo si articolerà in due parti:

1) TAV ES>IT: ricostruzione della storia clinica del paziente con l'infermiere specializzato e anestesista

2) TAV IT>ES: assistenza al paziente nella compilazione della "Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso ad atto sanitario specifico", nello specifico, nell'atto relativo alle tecniche anestesilogiche.

In sostanza, dovrai informare il paziente circa il trattamento anestetico: esiti prevedibili dell'anestesia, rischi ed eventuali complicanze del trattamento e ulteriori informazioni di carattere anestesilogico (analgesia postoperatoria, problemi, procedure successive, etc.).

La fase b) representa una breve etapa de calentamiento, que responde a la necesidad de explicar, una vez más, el contexto en el que van a mediar y, sobre todo, aclarar que se trata de una traducción a la vista y no, como la mayoría se esperaba, de una simulación de una interpretación dialógica.

c) Simulación de la TAV propiamente dicha (es-it/it-es): cabe señalar que, en esta fase c), el alumnado no tenía posibilidad alguna de interactuar con el destinatario de la TAV y esto ha representado un reto adicional del encargo.

d) Cuestionario final: el cuestionario final (§ 4.3) está parcialmente basado en Jiménez Ivars (1999: 350-351). Siguiendo a la autora, se ha concebido como un instrumento de medida de problemas detectados en la TAV, causas de los problemas y estrategias de resolución (1999: 242-243).

Los objetivos del cuestionario han sido dos: por una parte, evaluar la autopercepción del alumnado en relación con sus *performances*; por otra, identificar las dificultades subjetivas del alumnado (p. ej., la terminología) frente a las dificultades objetivas detectadas *ex post* (mediante un baremo de evaluación). Algunas preguntas del cuestionario estaban orientadas a definir el perfil del alumno (experiencia profesional, método de preparación, observaciones personales generales).

3.3. Los textos

Los textos elegidos para el experimento son textos reales producidos en el ámbito profesional.

3.3.1. El texto español

El primer texto (473 palabras) –elegido para la TAV español-italiano– recoge tres informes extraídos de la historia clínica de una paciente que acude al Hospital Clínico San Carlos de Madrid por problemas de lumbalgias: un informe radiológico del Servicio de Radiodiagnóstico del mismo hospital, un informe de urgencias y un informe de alta de urgencias. El destinatario de la TAV, en este caso, es el personal médico-sanitario que necesita, a través del mediador, enterarse de la historia clínica de la paciente.

Para evitar dificultades adicionales a los alumnos, los textos originales de los informes que confluyen en la primera parte de TAV (es-it) han sido pasados al ordenador, ya que estaban escritos a mano por el personal médico del país de origen de la paciente.

Desde el punto de vista textual, los informes se presentan como textos medianamente complejos y exhiben muchas de las características del lenguaje médico (para el español, véanse, entre otros, Galán Rodríguez & Montero Melchor 2002; Martín Camacho 2004; Vivanco Cervero 2006; Mapelli 2009; para el italiano: Serianni 2005, 2007: 89-106).

Por lo que se refiere al campo léxico-terminológico, destaca el uso de elementos léxicos condensados o abreviados (Mapelli 2009: 106): siglas (RX, L5, S1, 1N, N; siglas combinadas con símbolos: VHB +), acrónimos (U.P.A.) y abreviaciones (col. lumbar, anteced. pers., comp., Fdo., etc.), además de símbolos que corresponden a unidades de medidas (mg, h, ½, etc.).

Los tecnicismos puros se presentan como unidades simples (lumbalgia, cifoescoliosis, fisura, fractura; con sufijos tan productivos en el lenguaje médico como *-ción*: bipedestación, sedestación) y complejas (compuestos por *disyunción* –síndrome miccional, apófisis espinosas lumbares, ligamento peroneo astragalino, varo forzado, exploración general, resaltes óseos–, por *sinapsia* –sacralización de L5, fusión del arco posterior de S1–, *contraposición* –esguince-distensión– o *yuxtaposición* –columna lumbosacra–). Se señala también el empleo de denominaciones de medicamentos (generales: diclofármaco, ibuprofeno; y propias: diacepam, myolastan, Valium) y de dos términos marcados culturalmente (U.P.A., médico de atención primaria).

Desde el punto de vista morfosintáctico, cabe destacar el uso generalizado de la despersonalización, mediante el empleo de la 3ª persona, que difumina la figura del sujeto-locutor, de la pasiva refleja con *se* (*se observa, se administró, se administra, se le explica, etc.*) y de verbos con sujeto inanimado (Mapelli 2009: 107) (*existir, presentar, apreciar, etc.*).

Un rasgo típico del género textual “historia clínica” es la omisión de artículos, preposiciones, auxiliares que pueden deducirse del contexto y de los conocimientos compartidos por los interlocutores, sin menoscabo de la comprensión del texto (Mapelli 2009: 109), como se desprende de los siguientes ejemplos:

- (1) Defecto de fusión del arco posterior de S1.
- (2) Mujer de 31 años con anteced. pers. de lumbalgias ocasionales.
- (3) No alergias medicamentosas conocidas.
- (4) No síndrome miccional acompañante. Poco dolor en bipedestación.
- (5) No dolor a la palpación sobre apófisis espinosas lumbares.
- (6) No dolor en resaltes óseos.

La nominalización desempeña también un papel importante en el texto: *sacralización* de L5, *alineación* de cuerpos vertebrales, *flexión* de la columna lumbar, No dolor a la *palpación*, con dolor a la *presión*, etc., junto a la adjetivación explicativa (Mapelli 2009: 110): Radiología *simple*, partes *blandas*, Lumbalgia *aguda*, Mejoría clínica *evidente*, *Poco* dolor, lumbalgias *ocasionales*, *adecuada* alineación de cuerpos vertebrales, movilidad *lateral*, flexión *ventral*, etc.

Con respecto a los tiempos verbales, se observa una oscilación entre el presente de indicativo (*se observa, existe, tiene, aporta, está, no puede, se administra, acude, no recuerda, etc.*), que es el tiempo dominante⁴ en los

4. “El presente de indicativo [es] típico de las definiciones, las descripciones, la exposición y la observación de procedimientos y experimentos [...] [y] llega a dar un tono de universalidad y atemporalidad a los enunciados” (Mapelli 2009: 110).

informes objeto de estudio, y el futuro (estar en combinación con el subjuntivo presente con idea de futuro: cuando esté; acudirá, etc.) y pretérito perfecto (no ha mejorado) e indefinido (se administró), con una escasa presencia de estructuras modales deónticas (Caminar con bastones de descarga, no apoyar pie al menos 1 semana).

Desde el punto de vista textual, los informes parecen poco cohesionados y coherentes y no manifiestan los rasgos que suelen exhibir los textos técnico-científicos, como la progresión temática lineal y constante del contenido (Mapelli 2009: 113). Además de la falta de coherencia en el uso de la 3ª y 1ª persona (p. ej., presenta aumento de partes blandas vs. no aprecio signos de fisura), cabe señalar el choque de registro que se produce en el documento redactado por el doctor. Al estilo impersonal y técnico se contraponen el estilo informal típico de la lengua hablada, como se desprende de los siguientes ejemplos:

(7) se ha agachado a meter unas cosas y ya no podía estirarse

caracterizado por el empleo de *verba omnibus* (Briz 1996: 44, 60), como el proverbio “meter” y del prosustantivo “cosas”;

(8) La flexión ventral de la columna prácticamente no puede realizarla

donde se evidencia el orden marcado de las palabras, que responde a la función pragmática de la topicalización y al realce informativo de los elementos (Briz 1996: 39). La dislocación a la izquierda está marcada por el clítico acusativo “la” y el tema que aparece en la periferia izquierda, típica de la lengua hablada (Briz 1998).

Si bien destaca la ausencia de marcadores discursivos y señalizadores, se señala la presencia de enumeraciones, útiles sobre todo en las secciones textuales que cada historia clínica dedica al tratamiento a seguir.

Se evidencian también faltas ortográficas (p. ej., en *zon referida, pero-neo *astraglino, complementacion, etc.) que, junto a una puntuación casi ausente, dificultan la lectura del texto.

3.3.2. El texto italiano

El segundo texto (475 palabras) –escogido para la TAV italiano-español– es una sección de un consentimiento informado en uso en un hospital de Trieste⁵ que se refiere a la anestesia loco-regional (anestesia espinal y epidural), técnica

5. Su denominación oficial es: *Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso ad atto sanitario specifico; atto specifico: tecniche anestesiologiche*. Se trata de un texto bastante estandarizado, como testimonian los modelos disponibles en la red.

que, con toda probabilidad, se va a emplear en la intervención quirúrgica de la paciente simulada en el encargo. El destinatario de la TAV, en este caso, es el paciente que tiene que saber⁶ en qué consiste el tratamiento anestesiológico que le van a suministrar.

A diferencia del texto español, el italiano es mucho más estructurado, coherente y cohesionado. Su claridad estriba en su función o *skopos* (Nord 1997a): el destinatario final del texto es el paciente (no experto) que, antes de operarse, tiene que saber cómo funcionan las anestесias y cuáles son los beneficios y los problemas que de las mismas puedan derivar.

Desde el punto de vista terminológico, destaca la alternancia de tecnicismos de registro elevado (*cefalea, anestesia generale inalatoria e/o endovenosa, ematoma peridurale, etc.*) y no elevado (*riduzione della frequenza cardiaca* en vez de *bradicardia, calo della pressione arteriosa* en vez de *ipotensione, formicolio agli arti inferiori* en vez de *parestesia, etc.*), con una prevalencia de estos últimos. La presencia de paréntesis explicativos en el texto confirma el corte típico de la comunicación médico-paciente (Montalt & González Davies 2007: 230).

Muchos de los términos técnicos se refieren a sedes anatómicas (*liquor cerebro-spinale, colonna vertebrale lombare, dura madre, osso sacro, colonna vertebrale toracica, etc.*).

Por lo que atañe a los aspectos morfosintácticos, también en el texto italiano domina el estilo impersonal que intenta ocultar la presencia del agente (si ricorre *ad una anestesia generale, è necessario passare all'anestesia, si associa a calo, viene spesso preceduta da, L'iniezione viene praticata nello spazio peridurale, etc.*). Con respecto a los tiempos verbales, domina el presente y el futuro en la parte final (*il paziente sarà sorvegliato, sarà trasferito al reparto, etc.*).

El texto se caracteriza por un alto porcentaje de estructuras modales con el verbo “poder”, que expresan probabilidades, una estrategia de tutela empleada por el personal médico-sanitario en el caso de complicaciones que puedan surgir tras la anestesia (*la complicità più grave si può manifestare, Le anestесie peridurali possono causare aree di formicolio, etc.*) y que llega a

6. La estructura sanitaria y los médicos están obligados por ley a proporcionar al paciente información adecuada y exhaustiva sobre el tratamiento médico (véanse el nuevo código de deontología médica de diciembre de 2006, capítulo IV, arts. 33/38; el Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa del 4/04/1997, capítulo ii, arts. 5-6-8-15, y las recomendaciones de la Comisión bioética de la SIAARTI *Società Italiana di Anestesia, Anelgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva*).

su máxima expresión la oración que cierra el documento (*Nessuna procedura anestesiológica può essere comunque priva di rischi*).

Locuciones adverbiales como *di regola* y *di norma* (empleada dos veces) se insertan en la misma línea defensiva de autotutela contra el riesgo de complicaciones que puedan afectar a la salud de los pacientes.

Se señalan también estructuras condicionales que expresan hipótesis y probabilidades (*Nel caso di un insufficiente effetto e/o durata dell'anestesia regionale o di una sua eccessiva diffusione è necessario passare all'anestesia generale vera e propria. / Se invece sarà necessario un prolungamento del monitoraggio clinico e strumentale sarà trasferito al reparto di Terapia Intensiva secondo l'indicazione dell'anestesista-rianimatore*).

Desde el punto de vista textual, la progresión temática es lineal: la atadura cohesiva es asegurada también por el empleo de marcadores discursivos (*nel caso di, invece, pur, etc.*), ausentes en el texto español, y por la recurrencia⁷ (*la cui incidenza varia da 1,6 a 2 casi ogni 10.000 anestesie. Tale incidenza si è ridotta*).

3.4 Errores y estrategias

La Tabla 1 recoge el baremo de evaluación empleado. La propuesta adapta e integra el baremo de Hurtado Albir (1999: 120), Mossop (2007: 125) y Hurtado Albir (2015).⁸

(A) TRANSFERENCIA	(B) CONTENIDO	(C) LENGUAJE
Exactitud [<i>accuracy</i>] Falso sentido (FS) No mismo sentido (NMS) Integridad [<i>completeness</i>] Adición (AD) Supresión (SUP)	Lógica [<i>logic</i>] Contrasentido (CS) Sinsentido (SS) Hechos [<i>facts</i>] Errores factuales (FACT)	Adecuación [<i>tailoring</i>] Léxico (LEX) Calcos (CAL) Sublenguaje [<i>sub-language</i>] Terminología (TERM) Idiomaticidad [<i>idiom</i>] Fraseología (FRAS) Norma Gramática (GRAM)

Tabla 1. Baremo de evaluación empleado para el análisis de los errores en la TAV

7. “La recurrencia es uno de los recursos cohesivos más empleados en los textos científicos y técnicos, ya que permite remarcar el tema del discurso y, por consiguiente, la coherencia del razonamiento” (Mapelli 2009: 111).

8. La terminología relativa al metalenguaje de la revisión está parcialmente basada en Parra Galiano (2005: 143).

Por lo que atañe a las estrategias, se han adaptado las técnicas identificadas por Jiménez Ivars (1999: 252-255) al contexto médico-sanitario:

1. Omitir elementos de información
2. Seleccionar la idea fundamental
3. Evitar el mismo orden de palabras
4. Traducir palabra por palabra
5. Evitar el equivalente automático
6. Inventar
7. Avanzar en la lectura
8. Repetir, retomar el texto
9. Decir lo primero que viene a la mente
10. Releer la frase
11. Basarse en el contexto
12. Parafrasear
13. Generalizar
14. Razonar
15. Explicitar/Determinologizar

4. Análisis de los resultados

El objetivo de esta sección es destacar los problemas de traducción más relevantes surgidos durante la simulación del encargo y las soluciones traductorales empleadas por el alumnado. Por razones de síntesis, se presentan los casos más llamativos, dejando el análisis puntual y pormenorizado para estudios futuros más extensos sobre el tema.

Por lo que atañe a la presentación de los resultados, se propone una sección dedicada a los errores (§ 4.1), una a las estrategias (§ 4.2) y una al cuestionario (§ 4.3).

4.1. Errores

4.1.1. Errores en la TAV ES>IT: análisis cuantitativo y cualitativo

El análisis cuantitativo de los errores cometidos por los estudiantes en la dirección español-italiano evidencia las áreas más problemáticas (véase la Figura 1): omisiones (30%), falsos sentidos (21%) y calcos (18%). Hay que distinguir entre la omisión voluntaria de información –estrategia (véase § 4.2)– y la omisión debida a una dificultad de comprensión del texto origen (TO). En este segundo caso, se trata de las omisiones debidas a la comprensión del texto que Barik (1994) denomina *comprehension omissions*⁹ y que generan una pérdida de significado importante.

9. Barik distingue entre las siguientes categorías de omisiones detectadas en la interpretación simultánea: *skipping omissions* (supresión de una palabra, muy a menudo un adjetivo calificativo o de un enunciado que no altera la estructura gramatical ni determina pérdidas de significado); *comprehension omissions* (supresiones debidas a la falta

Es interesante notar que la terminología (10%) no representa un escollo significativo, en claro contraste con las dificultades percibidas por el alumnado (véase § 4.3).

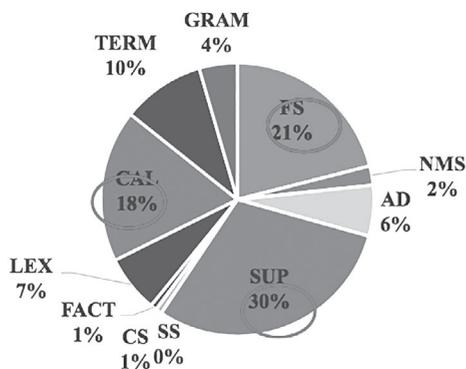


Figura 1. Errores en la TAV ES>IT

A continuación se presentan ejemplos relacionados con las tipologías de errores más frecuentes (omisiones, falsos sentidos y calcos).

(9)	Exploración general: Presenta aumento de partes blandas en zona referida con dolor a la presión y en la flexión plantar y <u>varo forzado</u>	T1: la visita generale mostra un aumento di (.) di di parti (.) blande eh (.) eh riferisce dolore alla pressione e alla flessione plantare eh: (.) [SUP]
(10)	Enfermedad actual: Acude por dolor <u>en antepie</u> [sic], más a nivel de ligamento peroneo <u>astrag[allino]</u> , no recuerda antecedente traumático.	T6: eh: si è recata al eh: pronto soccorso perché registr- perché soffriva di eh: un dolore ehm: in posizione ehm: (.) (DEGLUTISCE) soffriva di un <u>dolore della colonna vertebrale</u> [FS] (.) eh: (.) più al livello del: legamento peroneo as- del legamento peroneo [SUP] e non si ricorda di nessun precedente traumatico.

de comprensión por parte del intérprete y que determinan una interrupción y pérdida semántica); *delay omissions* (supresiones debidas al retraso de traducción del texto por parte del intérprete que, para seguir el ritmo del texto original, omite algunas de sus partes); *compounding omission* (el intérprete combina elementos pertenecientes a dos enunciados diferentes, omitiendo partes de ellos; el contenido resulta ser parcialmente alterado).

En el ejemplo (9) la omisión [SUP] es debida a un problema terminológico: el alumno T1 no conoce la maniobra del varo forzado (en italiano ‘manovra in varo equino forzato’) que afecta la rodilla y que se utiliza para descartar lesiones del ligamento lateral externo y omite que la paciente refiere dolor también durante dicha maniobra.

En el caso del ejemplo (10) la omisión del adjetivo “astragalino” (en el texto original falta la [a]) determina una generalización semántica, ya que no se especifica la sede puntual del dolor en el ligamento peroneo. Se señala también el falso sentido producido por la traducción de “dolor en antepié” con “dolore della colonna vertebrale” lo cual confirma que el alumno T6 no tiene clara la anatomía del cuerpo humano, aspecto fundamental que cada mediador que trabaje en el ámbito médico-sanitario no puede no conocer.

(11)	Informe de alta de urgencias Hora llegada: 14.03 Hora de <u>alta</u> : 14.42	T3: dunque per quanto riguarda eh la: il ricovero eh la paziente è arrivata alle quattordici e tre ed è stata <u>ricoverata</u> [FS/CS] alle quattordici e quarantadue
(12)	Datos clínicos: Dolor lumbar <u>RX</u> COL. LUMBAR Informe: Como variante anatómica [...]	T5: La paziente accusava dolore nella zona: lombare, eh: in particolare nella <u>parte destra</u> [FS][SUP] ed è stato eh: rilevato-a una sacralizzazione di L5.
(13)	Tratamiento al alta: - Hielo local <u>según se le explica</u>	T1: il trattamento dopo: la lu- l'uscita eh: ghiaccio (.) ghiaccio s- (.) la nella zona affetta quand- a <u>quando ce n'è bisogno</u> [FS]

Los ejemplos (11), (12) y (13) presentan errores graves [FS] ya que el oyente (en el caso simulado, el personal sanitario) no puede darse cuenta de la inexactitud semántica. En (11), el horario de alta se interpreta como horario de hospitalización y no como horario de salida del hospital; en (12) “RX” unánimemente conocida como sigla para indicar la radiografía es interpretada, en cambio, como “parte derecha” (aunque en español su abreviatura sería ‘dcha.’); en (13) la modalidad de aplicación del hielo según las indicaciones del personal médico cambia en la versión de T1, que la interpreta de manera distinta: hielo en el caso de que haga falta.

Los problemas de interferencia y, en particular, la tendencia al calco léxico, morfosintáctico o textual en el texto meta se presentan con una alta

frecuencia por las afinidades entre español e italiano (Calvi 2001: 332). Los siguientes ejemplos presentan casos de calcos léxicos [CAL].

(14)	<p>INFORME: Como variante anatómica se observa sacralización de L5. Existe una adecuada <u>alineación</u> de cuerpos vertebrales, sin pérdida de altura de cuerpos vertebrales ni de los espacios intervertebrales lumbares.</p>	<p>T4: come dati clinici viene riportato un dolore lombare e: il referto ah: appunto prevede una sacralizzazione della vertebra L cinque eh <i>esiste</i>: una:: <i>viene anche riportata</i> un'adecuada(!) eh adeguata: <u>allineazione</u> [CAL] dei corpi vertebrali <i>non c'è</i> la paziente <i>non riporta</i> perdita di: di altezza dei corpi vertebrali e nemmeno negli: negli spazi intervertebrali lombari</p>
(15)	<p>Se <u>administró</u> Diclofarmaco intramuscular a su llegada, que no ha mejorado la movilidad.</p>	<p>T1: si: le abbiamo <u>amministrato</u> [CAL] di- diclofarmaco intramuscolare al suo arrivo che però non non ha migliorato la mobilità</p>
(16)	<p>Rx pie, no aprecio signos de fisura y/o fractura, lesiones calcificadas <u>altura</u> tarso astragalina.</p>	<p>T4: nelle prove diagnostiche è stata effettuata una radiologia del piede dove non viene accertata [GRAM] nessun segno di frattura- dove non viene si verifica nessun segno di frattura o [SUP] di lesioni calcificate all'<u>altura</u>[CAL] del tarso</p>

Los ejemplos (14), (15) y (16) evidencian el influjo de la lengua origen en la lengua meta: “allineazione” en vez de ‘allineamento’, “amministrato” en vez de ‘somministrato’, “altura” en vez de ‘altezza’.

Es interesante notar que en (14) el alumno T4 utiliza lo que Straniero Sergio (en prensa), en el marco de la interpretación simultánea, denomina *double renditions* (Dal Fovo 2013: 420-423), o sea, la producción de dobles traducciones equivalentes para expresar una misma unidad léxica del TO. En el corpus de análisis la mayoría de las ocurrencias de estos binomios está relacionada con la necesidad, por parte del alumnado, de acercarse al registro médico, como se desprende de (14) donde los verbos generales “esistere” y “essere” son remplazados enseguida por el verbo “riportare”, típico del vocabulario médico. Otros casos detectados son ejemplos de autocorrección (“y permanecer en el cuarto donde sea donde está hospitalizado”) o de aproximación al término más puntual y preciso (“Eh: además eh: hay eh: unos unos éxitos unos beneficios unos resultados del tratamiento”).

Como destaca Straniero Sergio, muchas veces dichos binomios responden simplemente a una especie de autocomplacencia por parte de los intérpretes al demostrar dominio de la lengua y capacidad de “jugar con sinónimos” ante su ausencia de autonomía semántica.¹⁰

En (16) se señala también la falta de concordancia entre “accertata” y “segno” y la omisión de “fisura” en el doblete “fisura y/o fractura”. La diferencia semántica entre los dos términos reside en que en la fisura la rotura del hueso no provoca discontinuidad entre los dos extremos (en italiano sería una ‘lussazione’), mientras que en la fractura los dos extremos del hueso se separan (técnicamente una ‘frattura’ en italiano).

4.1.2 Errores en la TAV IT>ES: análisis cuantitativo y cualitativo

En la vertiente italiano-español, los errores más comunes se concentran en el campo lingüístico –calcos (46%), errores gramaticales (25%)– y semántico –omisiones (14%) y falsos sentidos (8%)– (Figura 2).

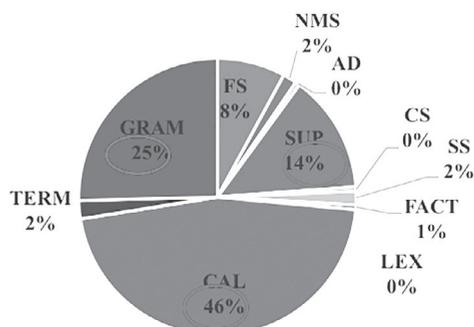


Figura 2. Errores en la TAV IT>ES

En la dirección italiano-español, casi la mitad de los errores se debe a interferencias lingüísticas. Los calcos [CAL] afectan no solamente los tecnicismos (17), sino también unidades léxicas de la lengua general (18).

10. “The practice of retroactive elaboration, whereby alternatives are continuously provided, may even reveal a sort of self-complacency on the part of the interpreter, in showing off his or her linguistic skills. ‘Playing with synonyms’, then, would compensate the interpreter’s lack of semantic autonomy, foregrounding his or her role as a producer of a text of which s/he is not the owner” (Dal Fovo 2013: 423, citado por Straniero Sergio en prensa).

- | | | | |
|--|--|--|---|
| (17) ¹¹ | reparto, anestesista, profesionista, cateterE, antidolorificos, anestesia, arteriosa (presión), suministrar, complicanzas, anestésicos, terapia | | |
| (18) | durada, monitoración, única (dosis), garantida, se efectúa, etc. | | |
| (19) | <table border="1"> <tr> <td>Talvolta prima della procedura si ricorre ad una anestesia generale inalatoria e/o endovenosa, di norma senza intubazione.</td> <td>T1: Eh: tal vez [CAL>FS] antes de la procedura [CAL] se recurre [CAL] eh: a una anestesia general eh: ehm: eh: (.) eh: que se eh: (.) eh: (:) que se aspira o: (.) en eh: (.) endovenosa.</td> </tr> </table> | Talvolta prima della procedura si ricorre ad una anestesia generale inalatoria e/o endovenosa, di norma senza intubazione. | T1: Eh: tal vez [CAL>FS] antes de la procedura [CAL] se recurre [CAL] eh: a una anestesia general eh: ehm: eh: (.) eh: que se eh: (.) eh: (:) que se aspira o: (.) en eh: (.) endovenosa. |
| Talvolta prima della procedura si ricorre ad una anestesia generale inalatoria e/o endovenosa, di norma senza intubazione. | T1: Eh: tal vez [CAL>FS] antes de la procedura [CAL] se recurre [CAL] eh: a una anestesia general eh: ehm: eh: (.) eh: que se eh: (.) eh: (:) que se aspira o: (.) en eh: (.) endovenosa. | | |

En el ejemplo (19) el alumno T1 está completamente influenciado por su lengua materna y produce tres calcos consecutivos: “tal vez” (que genera también un falso sentido), “procedura” y “recurrir”.¹¹

Los problemas gramaticales, o sea, errores lingüísticos debidos a las diferencias estructurales entre español e italiano, representan otra categoría que se ha detectado con frecuencia en la TAV IT>ES.

Los ejemplos (20) y (21) evidencian errores gramaticales [GRAM] en el empleo del subjuntivo con valor de futuro (20) o de hipótesis (21).

- | | | |
|------|--|---|
| (20) | Quando le sue condizioni cliniche <u>saranno</u> ritenute di assoluta sicurezza, potrà far ritorno al reparto di degenza. | T1: Cuando sus condiciones clínicas <u>serán</u> [GRAM] eh: seguras eh: podrá return podrá volver a: a su eh: reparto [CAL] [...]. |
| (21) | Nessuna procedura anestesiológica può essere comunque priva di rischi, <u>pur praticata</u> da professionisti esperti, prudenti e attenti. | T4: Y: tenemos que decir que toda procedura [CAL] anestesiológica tiene algún riesgo eh: eh: aunque <u>está</u> [GRAM] practicada por profesionales expertos y eh: muy eh: atentos. |

Con respecto a las supresiones [SUP] en la TAV IT>ES, un caso interesante es el que proporciona el ejemplo (22). El texto en cuestión aparece en el TO al final y enmarcado en un cuadro con los caracteres en negrita, para subrayar que se trata de un elemento muy importante que el paciente debe conocer. Tres de ocho aprendices no tradujeron el texto, lo cual representa una omisión muy grave y que puede tener importantes consecuencias legales.

11. Se indican con letras mayúsculas las incorrecciones fonológicas de los alumnos, como por ejemplo anestesia en vez de anestesia y terapia, o anestésicos en vez de anestésicos.

(22)	Nessuna procedura anestesiológica può essere comunque priva di rischi, pur praticata da professionisti esperti, prudenti e attenti.	T3: [SUP] T5: [SUP] T7: [SUP]
(23)	Liniezione viene praticata nello spazio peridurale (tra la <u>dura madre</u> e la parete del canale vertebrale) dove viene posizionato un sottile catetere a livello: [...]	T6: la anestesia epidural eh: el fármaco se inyecta en el espacio peridural es decir entre eh: la: pared del canal vertebral y [SUP] el espacio: ehm: al lado [GEN] donde se posiciona un catéter muy sutil eh:

En (23) el alumno T6 omite la referencia al tecnicismo anatómico “dura madre” que se mantiene en la misma forma en español (duramadre).

4.2 Estrategias

4.2.1 Estrategias en la TAV ES>IT: análisis cuantitativo y cualitativo

Desde el punto de vista de las estrategias empleadas por el alumnado en la TAV de los informes al italiano, cabe destacar que la estrategia más empleada ha sido la generalización (31%) seguida por la omisión (25%) y la integración de información con finalidades fáticas (18%).

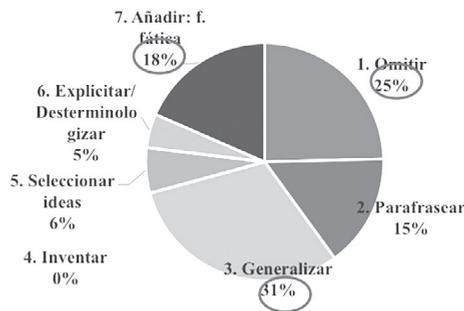


Figura 3. Estrategias en la TAV ES>IT

Por lo que se refiere a la dirección español-italiano, la estrategia de la generalización suele emplearse tanto para resolver problemas léxicos o terminológicos (24) como para acelerar la TAV y omitir información no esencial para la economía textual (25).

(24)	Tras la exploración, se administra también 1 <u>ampolla</u> de Valium® (Diacepam).	T2: Ehm: dopo la: dopo l'esame fisico (DEGLUTISCE) eh: è stato somministrato anche eh: un: mm: è stato somministrato anche un: [...] <u>del</u> [Generalización] valium (il diacepam)
(25)	Código diagnóstico: Área: AREA 5 LA PAZ Fecha ingreso: 29/07/2006 Hora: 19:38 Fecha alta: - Especialidad: UNIDAD PRIMERA ASISTENCIA 1N Parte judicial: Si/NO Clave Hospital: 280066	T8: (.) a cui in seguito si trovano altri dati quali l'ora (.) e l'unità in cui è stata ricoverata (.) e quindi qui poi di seguito gli altri dati (.) [Generalización + Omisión]

En (24), el alumno T2 no sabe cómo traducir “ampolla” y generaliza utilizando el partitivo “del” (un poco de). Claramente, en contextos reales dicha estrategia no sería adecuada ya que la precisión de la información proporcionada al personal sanitario es fundamental para evaluar el tratamiento del paciente.

En (25), en cambio, el alumno T8 adopta la estrategia de la generalización para no detenerse en los datos que aparecen en el encabezamiento del informe, considerados no esenciales.

La estrategia de la generalización se relaciona con la estrategia de la paráfrasis, empleada con un porcentaje inferior (15%) para resolver o evitar problemas terminológicos. La mayoría de los casos de paráfrasis detectados está asociada a dificultades de naturaleza terminológica, como se desprende de los ejemplos (26) y (27).

(26)	EXPLORACIÓN GENERAL: Presenta aumento de partes blandas en zona referida con dolor a la presión y en la flexión plantar y varo forzado. No dolor en <u>resaltes óseos</u> .	T7: per quanto riguarda l'esame obiettivo ehm: si eh: (.) si dic- si descrive un: aumento di ehm: parti rilassate [TERM>FS] nella: nella zona eh interessata dal dolore ehm: per quanto riguarda la ehm: (.) la palpazione e <u>la pressione effettuata dal personale medico</u> [AD!] e una flessione plantare [SUP] ehm: ma non: non si riscontra dolore ehm: <u>a livello: osseo</u> [Paráfrasis]
------	--	--

(27) ENFERMEDAD ACTUAL: Acude por dolor <u>en antepié</u> , más a nivel de ligamento peroneo astraglino, no recuerda antecedente traumático.	T2: Ehm: non ha mm: non ha problemi particolari [Generalización] e per quanto riguarda la sua malattia attuale lei si presenta qui a visita per un dolore mm: (...) <u>nella parte: superiore del piede</u> [Paráfrasis + FS], più al livello del legamento peroneo / più al livello del legamento peroneo [...]
---	--

En (26) el problema terminológico que determina la generalización es “resaltes óseos” que T7 traduce mediante el genérico “a nivel óseo”. Además del error de supresión debido a la omisión de la maniobra del varo forzado, se señala también la adición no justificada de “presión efectuada por el personal médico”, licencia que se toma el traductor sin saber si efectivamente el dolor a la presión era debido a una intervención del personal sanitario. Es más, dicha interpretación está en contra de las características del género discursivo (véase la despersonalización en § 3.3.1). Otro ejemplo de paráfrasis se encuentra en (27) para solucionar el problema terminológico “antepié”, o sea, la parte anterior del pie, formada por los cinco metatarsianos y las falanges de los dedos correspondientes (equivalente del italiano “avampiede”). La elección del alumno es equivocada, ya que en la “parte superior” del pie no se suelen incluir los dedos.

Por lo que atañe a la segunda estrategia más empleada, la omisión, los casos se refieren casi siempre a elecciones conscientes de suprimir información considerada secundaria, como en el ya citado ejemplo (25), es decir, omisiones de encabezamientos de documentos en los que abundan siglas, códigos y números.

La estrategia de la adición fática es interesante porque confirma la intención del alumnado de mantener el control y el contacto del diálogo, a pesar de la situación poco real del encargo, donde no tenían posibilidades de interacción con el destinatario de la TAV (véase § 3.2). Si en (28) la adición no genera errores, dado que responde a la exigencia de introducir el documento, en (29), en cambio, las intervenciones autónomas del aprendiz no están justificadas y haber tomado la iniciativa genera problemas.¹²

12. En los estudios sobre la mediación en el ámbito médico-sanitario el tema del *footing* (el conjunto de posiciones y actitudes que el interlocutor puede asumir con respecto a los otros participantes en la interacción social, a lo que está ocurriendo y a sus propias palabras, Iacono 2014: 146) ya ha sido explorado a partir de los estudios de Goffman (1981: 325-326), Wadensjö (1998: 91-92), Merlini & Favaron (2007: 116-117). Se remite a Iacono (2014) para un análisis claro y sintético de las principales alineaciones del intérprete-mediador en el ámbito médico-sanitario.

(28)	HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS INFORME DE URGENCIAS [...]	T7: per quanto riguarda il secondo documento eh viene descritta in maniera molto più eh dettagliata eh: quella che è la situazione eh della della paziente ehm: (.) c'è una descrizione ehm:
(29)	23:45 – Mejoría clínica evidente	T7: alle ehm: alle undici e quarantacinque <u>quindi eh parecchie ore dopo eh</u> : [!] che la paziente è stata: si è rivolta al servizio di assistenza: sanitaria c'è eh c'è stato un miglioramento dal punto di vista clinico abbastanza evidente <u>dovuto presumibilmente alla somministrazione del: farmaco</u> [!]

En (29) una simple anotación se convierte en una explicación e interpretación arbitraria y autónoma del contexto: T7 no solo comenta el horario de mejoría del paciente (“muchas horas después del ingreso”), lo cual tiene una valoración subjetiva y, de alguna forma, negativa, sino que también comenta las razones de la mejoría, añadiendo que presumiblemente se trata de la acción del medicamento. Claramente, la estrategia adoptada en dicho contexto no es adecuada en absoluto, ya que el mediador no tiene que olvidar su papel y convertirse en doctor.

4.2.2 Estrategias en la TAV IT>ES: análisis cuantitativo y cualitativo

Con respecto a las estrategias adoptadas en la TAV al español, se señala una alta frecuencia de adiciones fáticas (27%), aunque el resultado es, de alguna manera, influenciado por la elección de dicha estrategia por parte de un alumno en particular, lo cual altera los resultados globales. También la paráfrasis (21%) y la generalización (18%) se sitúan entre las estrategias más empleadas por parte de los aprendices, junto a la explicitación (16%).

El empleo de dichas estrategias puede interpretarse como un esfuerzo, por parte de los alumnos, de tener en cuenta al destinatario de la TAV (el paciente), que es un lego y puede no conocer los tecnicismos de la materia.

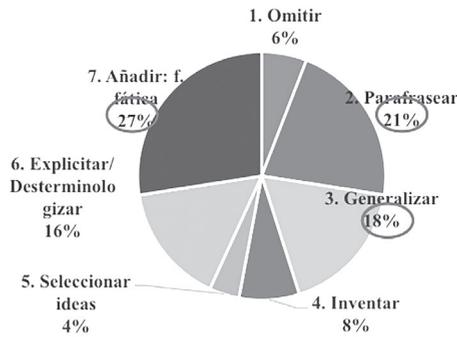


Figura 4. Estrategias en la TAV IT>ES

Añadiduras fáticas son por ejemplo las que figuran en (30) y (31), donde T7 y T8 introducen lo que van a traducir para mantener un contacto con el destinatario (en este caso el paciente).

(30)	2. ANESTESIA LOCO REGIONALE [...] 	T7: bien eh: entonces aquí están algunos documentos que explican eh: lo que: eh: lo que es la: anestesia que: se va a realizar y: lo que son los efectos secundarios que puede que puede implicar.
(31)	ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PREPOSTO [...] 	T8: (.) le voy ahora a explicar los efectos (.) previsibles (.) del: tratamiento que () aquí le estamos () explicando.

También en el caso de la TAV italiano-español, la estrategia consistente en parafrasear el contenido está relacionada con problemas léxico-terminológicos, como se desprende de los ejemplos (32) y (33).

(32)	Al termine dell'intervento chirurgico il paziente sarà sorvegliato per un periodo idoneo nella <u>sala di risveglio</u> .	T3: Después de la operación eh: el paciente será monitorizado durante un periodo idóneo <u>en la sala en la que eh: se se despertara</u> [Paráfrasis].
(33)	Ulteriori informazioni di carattere anestesiológico. <u>Analgesia</u> postoperatoria [...] 	T1: Eh: más información de carácter eh: eh: de de de la anestesia eh: el eh: del <u>tratamiento del dolor</u> [Paráfrasis] postoperatorio

En (32) la unidad léxica problemática es “sala di risveglio” (sala de recuperación), parafraseado por T3 con “en la sala en la que se despertara”, donde el subjuntivo imperfecto resulta poco adecuado y transmite la idea de que la sala puede ser cualquiera y no una específica y dedicada a ese fin.

En (33) el término “analgesia” es parafraseado con “tratamiento del dolor” lo cual puede interpretarse bien como una paráfrasis debida a una dificultad terminológica, bien como estrategia consciente por parte del alumno, empleada para desteterminologizar el término para el destinatario lego (Campos Andrés 2013). En efecto, la explicitación y la desteterminologización han sido empleadas frecuentemente (16%) por parte de los alumnos para facilitar la comprensión y recepción del texto por parte del paciente no experto (véase (34)).

(34)	L'anestesia spinale si associa a calo della pressione <u>arteriosa</u> (33%), <u>riduzione della frequenza cardiaca</u> (13%), nausea (18%), <u>cefalea</u> (3,9%).	T8: Los riesgos (.) del tratamiento (.) son (.) puede bajar la la presión (.) <u>de la sangre</u> (.) también (.) usted podría sufrir de <u>dolor de cabeza</u> , de mareo y también (.) podría bajar la (.) <u>frecuencia de su corazón</u>
------	---	--

En el ejemplo (34) se nota cómo T8 explicita los tecnicismos médicos (*arteriosa*, *frequenza cardiaca*, *cefalea*) y elimina también los porcentajes, posiblemente por considerar que el destinatario lee a la vez el texto con el mediador y se da cuenta de la incidencia estadística medida en porcentajes de cada uno de los riesgos.

4.3 Cuestionario: resultados

El objetivo de este párrafo es presentar los resultados de las secciones más llamativas del cuestionario post-TAV rellenado por los aprendices.

Con respecto al método de preparación adoptado, la totalidad señala que la actividad principal para preparar el encargo fue la búsqueda en línea de textos especializados en ambas lenguas orientada a la elaboración de un glosario terminológico sobre el tema de la mediación. Como ya se ha señalado, la terminología representa, para el alumnado, el escollo principal de los textos médicos.

Es interesante notar que entre las expectativas del alumnado acerca de la tipología de mediación que se le iba a pedir no figuraba la TAV. De hecho, 7 de 8 alumnos no se esperaban una TAV, sino una clásica interpretación dialógica (con problemas de interacción paciente-personal sanitario), lo que confirma que la TAV sigue siendo una actividad infravalorada en contextos tanto didácticos como profesionales.

En lo que atañe a la experiencia previa de encargos de TAV, desde la vertiente tanto didáctica como profesional, los datos proporcionados son relativamente bajos: una media de 12 horas en total, la mayoría de las cuales en las aulas universitarias como preparación a la interpretación bilateral y consecutiva. Se confirma la consideración inicial sobre la concepción de la TAV como actividad propedéutica más que modalidad traductora.

Otros parámetros interesantes son los datos relativos a la autoevaluación del nivel de comprensión del TO en relación con el nivel de dificultad percibido en la fase de producción de la TAV. La Tabla 2 sintetiza las puntuaciones medias de los alumnos.

Nivel de comprensión del TO		Nivel de dificultad percibido en la producción de la TAV	
ES	7,2/10	ES>IT	7,2/10
IT	8,3/10	IT>ES	7,3/10

Tabla 2. Nivel de comprensión del TO y dificultad percibido por el alumnado.

Como se desprende de la Tabla 2, la comprensión del TO no representa un verdadero problema, mientras que el nivel de dificultad percibido en la fase de reformulación de los contenidos es alto. Para interpretar este dato cabe considerar las respuestas a las secciones siguientes del cuestionario, en las que se hace hincapié en los elementos de traducción problemáticos, sus causas y las soluciones empleadas para resolverlos.

Todos los problemas de traducción detectados pertenecen al área de la terminología: términos técnicos, siglas, acrónimos y unidades léxicas de uso frecuente en el lenguaje médico. Solamente 1 de los 8 alumnos indicó también problemas adicionales ligados a la dificultad para construir un discurso fluido debida a la modalidad TAV.

Con respecto a las causas es interesante notar que la causa principal explicitada en el cuestionario fue la comprensión de contenidos del TO (23%), en neto contraste con los datos de la Tabla 2, la dificultad en encontrar el equivalente buscado (23%) y la dificultad para mantener la debida distancia del TO en términos de interferencia (22%).

En lo que atañe a la solución que los alumnos eligieron para resolver dichos problemas, la solución más mencionada fue la selección de la idea fundamental (30%), seguida por otras soluciones que suponen el 34% del total (p. ej, omisiones, proximidad al TO, empleo de sinónimos, retrasos en la traducción).

Por último, respecto a la autoevaluación del grado de resolución de los problemas de traducción, en una escala de 0 (mal o no resuelto) a 3 (resuelto muy bien), la media de los resultados se sitúa en la parte baja: el 52% evaluó de manera totalmente negativa sus soluciones (0), el 37% negativa (1) y el 11% positiva (2). Ninguno estuvo totalmente satisfecho con las soluciones adoptadas.

La Tabla 3 sintetiza la valoración global negativa de la TAV por parte de los aprendices, insatisfechos frente al encargo.

Parámetros	Autoevaluación
exactitud (contenido)	5,5/10
integridad	5,5/10
expresión en IT	6,1/10
expresión en ES	5,2/10
sublenguaje (terminología)	4,3/10
idomaticidad (fraseología)	5,1/10
percepción general	4,7/10

Tabla 3. Autoevaluación del alumnado por parámetros.

Esta conciencia de las dificultades y de los errores cometidos representa un buen punto de partida para planificar programas de formación didáctica específica.

En la parte final del cuestionario, dedicada a observaciones generales sobre la actividad, todos los encuestados evidenciaron la “falta de naturalidad en la tarea”, o sea, el hecho de que la situación simulada no era real, ya que, durante la TAV, no pudieron comunicar con el destinatario del texto y aclarar dudas.

Cabe subrayar que en la simulación realizada no se añadieron –voluntariamente– dificultades típicas de los contextos profesionales reales que hubieran complicado aún más el encargo, como, por ejemplo: la ya citada accesibilidad de los documentos, escritos a mano con la grafía del personal médico; problemas relacionados con el *setting*, o sea, el contexto espacial donde el mediador lleva a cabo sus tareas (en el quirófano, en la sala de espera, en el pasillo frente al quirófano, en la habitación del enfermo, etc.) y las prendas (batas, mascarillas faciales, etc.) que muchas veces tienen que llevar, los ruidos que suelen caracterizar dichos ambientes, etc.; dificultades relacionadas con las personas: la actitud del personal médico-sanitario y de los pacientes, que no siempre es previsible y que incide de manera significativa en la prestación del mediador;

la rapidez con la que se desarrollan todos los procedimientos y las tareas;¹³ el tiempo insuficiente de preparación para el encargo en comparación con los 7 días concedidos para preparar el experimento, un lapso temporal prácticamente irreal en la práctica profesional.

Si el alumnado ha tenido problemas en un contexto de relativa tranquilidad, en un lugar “aséptico”, traduciendo sin ningún tipo de distracción y en total autonomía (con la única “molestia” del grabador de voz), es muy probable que, en contextos reales, no hubiera llevado a cabo el encargo de manera satisfactoria.

5. Consideraciones conclusivas: un rápido balance

Una evaluación holística del experimento debería considerar todos los aspectos relacionados con la calidad desde la vertiente profesional, un concepto polifacético que se puede enfocar desde distintos puntos de vista. Además de la correspondencia con el sentido del mensaje original, de la cohesión lógica de la versión, de la corrección en el uso terminológico y de la corrección gramatical –temas que han sido objeto de la presente contribución– habría que considerar también un elemento fundamental de toda interacción oral, es decir, el tema de la fluidez de la prestación. Es precisamente en esta área donde subyacen elementos cruciales como el tiempo, las pausas y las vocalizaciones, que han representado un obstáculo importante para el alumnado y que serán analizados con mayor profundidad en publicaciones futuras.

Volviendo a la pregunta inicial (¿Están listos los alumnos para trabajar como mediadores en el ámbito médico-sanitario?), el experimento realizado ha permitido confirmar la hipótesis inicial, o sea, que los aprendices no están acostumbrados a gestionar encargos de TAV y, por lo tanto, no están todavía listos para el mundo profesional sanitario.

Las áreas de mejora y, por ende, más relevantes para los profesores que trabajen en la combinación español-italiano, son las siguientes: interferencias (calcos de distinta tipología causados por afinidad entre los dos idiomas, pero también como estrategia de protección frente a los tecnicismos de la materia); accesibilidad (*fruibilità*) y naturalidad en la ejecución y producción del texto meta. En general, se revela necesaria una mayor conciencia del encargo y del papel fundamental desempeñado por el mediador.

13. Por razones de síntesis no se ha podido abordar el tiempo de la ejecución de la TAV que representa un factor crucial en toda mediación lingüística. Los aprendices tardaron una media de 11 minutos en cada encargo (ES>IT e IT>ES), un arco temporal demasiado largo para las exigencias médico-sanitarias.

Ahora bien, hay que considerar también otro aspecto no secundario: no todos los mediadores que trabajan en el ámbito médico-sanitario tienen formación universitaria y preparación en el campo de la traducción y la interpretación. Los alumnos que hoy no están listos para trabajar profesionalmente podrán estarlo mañana, recibiendo una formación *ad hoc* en este sector, que haga hincapié no solamente en los aspectos lingüísticos y traductológicos, sino también en el lado psicológico de la profesión y en la gestión del estrés en contextos tan delicados como los sanitarios. Se trata de un auspicio para el futuro de la profesión; las recientes iniciativas en el ámbito académico italiano¹⁴ demuestran que el interés efectivamente está creciendo y que existe el potencial para atribuir a esta profesión, tan importante para una sociedad cada vez más multiétnica, el reconocimiento oficial que merece.

Referencias bibliográficas

- BALLARDINI, Elio. (1998) "La traduzione a vista nella formazione degli interpreti." *InTRAlinea* 1. Versión electrónica: <http://www.intralinea.org/archive/article/La_traduzione_a_vista_nella_formazione_degli_interpreti>
- BARIK, Henri C. (1994) "A description of various types of omissions, additions and errors of translation encountered in simultaneous interpretation" En: Lambert, Sylvie & Barbara Moser-Mercer (eds.) 1994. *Bridging the gap: Empirical research in simultaneous interpretation*. Ámsterdam & Filadelfia: John Benjamins, pp. 121-137.
- BAZZOCCHI, Gloria & Pilar Capanaga. (2006) *Mediación lingüística de lenguas afines: español/italiano*. Bolonia: Clueb.
- BRIZ, Antonio (2010 [1996]) *El español coloquial: situación y uso*. Madrid: Arco/Libros.
- BRIZ, Antonio. (1998) *El español coloquial en la conversación*. Barcelona: Ariel.
- BURCKHARDT, Adil. Q; Hilda-Wara Revollo; Francisco Collazo; Cristina Wisiers Würth & Jannat El Harrak. (2009) "La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos." *Norte de Salud Mental* 35, pp. 56-66.
- CALVI, Maria Vittoria. (2001) "La traduzione nell'insegnamento linguistico." En: Melloni, Alessandra; Rafael Lozano & Pilar Capanaga (eds.) 2001. *Interpretar, traducidr textos de las culturas hispánicas*. Bolonia: Clueb, pp. 327-342.

14. Un programa de formación interesante y específico es el Máster en Traducción y Mediación intercultural organizado por la Universidad de la Calabria (<http://www.termcoord.eu/wp-content/uploads/2014/11/traduzione-e-mediazione-interculturale.pdf>) o el Curso de Alta Formación en Asistencia lingüística para el ámbito judicial organizado por la Universidad de Bolonia (<http://www.unibo.it/it/didattica/corsi-di-alta-formazione/2014-2015/assistenza-linguistica-per-lambito-giudiziario-formazione-permanente>).

- CALVI, Maria Vittoria. (2009) "Las lenguas de especialidad." En: Calvi, Maria Vittoria; Cristina Bordonaba Zabalza; Giovanna Mapelli & Javier Santos López (eds.) 2009. *Las lenguas de especialidad en español*. Roma: Carocci, pp. 15-38.
- CAMPOS ANDRÉS, Olga. (2013) "Procedimientos de desteterminologización: traducción y redacción de guías para pacientes." *Panace@* 14:37, pp. 49-52.
- CARRERAS I GOICOECHEA, María & María Enriqueta Pérez Vázquez (eds.) (2009) *La mediación lingüística y cultural y su didáctica. Un nuevo reto para la Universidad*. Bolonia: Bononia University Press. Versión electrónica: <http://www.contrastiva.it/baul_contrastivo/dati/barbero/Iciar_Alonso_Baigorri.pdf>
- CECILIA RAMOS, Luciana. (2012) "El consentimiento informado." *Panace@* 13:36, pp. 294-298. Versión electrónica: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-revistilo_LCRamos.pdf>
- DAL FOVO, Eugenia. (2013) "The language of interpreters on television: characteristics, tendencies, and idiosyncrasies." En: Desoutter, Cécile; Dorothee Heller & Michele Sala (eds.) 2013. *Corpora in specialized communication Korpora in der Fachkommunikation Les corpus dans la communication spécialisée*. Bérghamo: CELSB, pp. 411-434.
- DE LA PRIETA MIRALLES, Virtudes. (2002) "La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos." *Panace@* 3:8, pp. 36-39. Versión electrónica: <<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n8-PrietaMiralles.pdf>>
- FRASER, Janet. (2000) "The broader view: how freelance translators define translation competence." En: Schäffner, Christina & Beverly Joan Adab (eds.) 2000. *Developing Translation Competence*. Ámsterdam: John Benjamins, pp. 51-62
- GALÁN RODRÍGUEZ, Carmen & Jesús Montero Melchor. (2002) *El discurso tecnocientífico: la caja de herramientas del lenguaje*. Madrid: Arco/Libros
- GARCÍA IZQUIERDO, Isabel. (2009) *Divulgación médica y traducción: el género información para pacientes*. Berna: Peter Lang.
- GILE, Daniel. (1991) "Methodological Aspects of Interpretation (and Translation) Research." *Target* 3:2. pp. 153-174.
- GOFFMAN, Erving. (1981) *Forms of Talk*. Oxford: Blackwell.
- HURTADO ALBIR, Amparo (ed.) (1999) *Enseñar a traducir. Metodología en la formación de traductores e intérpretes*. Madrid: Edelsa.
- HURTADO ALBIR, Amparo. (2011) *Traducción y Traductología. Introducción a la traductología*. Quinta edición revisada. Madrid: Cátedra.
- HURTADO ALBIR, Amparo. (2015) *Aprender a traducir del francés al español. Competencias y tareas para la iniciación a la traducción*. Madrid & Castellón: Edelsa & Univ. Jaume I.
- IACONO, Eleonora. (2013) *Interazioni, ruoli e strategie di cortesia nell'interpretazione italiano-spagnolo in campo medico*. Palermo: Università degli Studi di Palermo. Tesis doctoral. Versión electrónica: <<https://iris.unipa.it/retrieve/>>

- handle/10447/102412/137469/Tesi%20dottorale%20Iacono%20Eleonora.pdf>
- IACONO, Eleonora. (2014) “La alineación verbal del intérprete en un corpus de entrevistas médicas español-italiano.” *Estudios de Traducción* 4, pp. 145-160. Versión electrónica: <<http://revistas.ucm.es/index.php/ESTR/article/viewFile/45373/42693>>
- ISASA, Luna. (2014) “Formación del profesional sanitario en la comunicación con el paciente extranjero: estrategias y recursos.” *Panacea@* 15:40, pp. 243-257. Versión electrónica: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_isasa.pdf>
- JIMÉNEZ IVARS, Amparo. (1999) *La traducción a la vista. Un análisis descriptivo*. Castellò de la Plana: Universitat Jaume I. Tesis doctoral. Versión electrónica: <<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/29703/jimenez-tdx.pdf?sequence=1>>
- JIMÉNEZ IVARS, Amparo & Amparo Hurtado Albir. (2003) “Variedades de traducción a la vista. Definición y clasificación.” *Trans* 7, pp. 47-57. Versión electrónica: <http://www.trans.uma.es/Trans_7/t7_47-57_AJimenez.pdf>
- MAPELLI, Giovanna. (2009) “El lenguaje técnico-científico.” En: Calvi, Maria Vittoria; Cristina Bordonaba Zabalza; Giovanna Mapelli & Javier Santos López (eds.) 2009. *Las lenguas de especialidad en español*. Roma: Carrocci, pp. 101-120.
- MARTÍN CAMACHO, José Carlos. (2004) *El vocabulario del discurso tecnocientífico*. Madrid: Arco/Libros.
- MERLINI, Raffaella & Roberta Favaron. (2007) “Examining the ‘voice of interpreting’ in speech pathology.” En: Pöchhacker, Franz & Miriam Schlesinger (eds.) 2007. *Healthcare Interpreting*. Ámsterdam & Filadelfia: John Benjamins, pp. 101-137.
- MONTALT, Vincent & Maria González Davies. (2007) *Medical translation step by step: learning by drafting*. Manchester: St. Jerome.
- MOSER-MERCER, Barbara. (1994) “Aptitude testing for conference interpreting: Why, when and how.” En: Lambert, Sylvie & Moser-Mercer, Barbara (eds.) 1994. *Bridging the gap: Empirical research in simultaneous interpretation*. Ámsterdam & Filadelfia: John Benjamins, pp. 57-68.
- MOSSOP, Brian. (2007) *Revising and Editing for Translators*. Manchester: St. Jerome.
- NIEMANTS, Natacha. (2012) *Traduzione e mediazione nell’interpretazione dialogica in ambito sanitario: ruolo o responsabilità? Una risposta interazionista*. Modena: Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Tesis doctoral. Versión electrónica: <<http://www.dailyinterpreter.com/phd-thesis.pdf>>
- NORD, Christiane. (1997a) *Translation as a Purposeful Activity. Functionalist Approaches Explained*. Manchester: St. Jerome.

- NORD, Christiane. (1997b) "Defining Translation Functions. The Translation Brief as a Guideline for the Trainee Translator." En: Lörscher, Wolfgang (ed.) 1997. *Translation Studies in Germany. Ilha do Destierro*, Special Issue, pp. 39-53. Versión electrónica: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/desterro/article/download/9208/9484>>
- PARRA GALIANO, Silvia. (2005) *La revisión de traducciones en traductología: aproximación a la práctica de la revisión en el ámbito profesional mediante el estudio de casos y propuestas de investigación*. Granada: Universidad de Granada. Tesis doctoral. Versión electrónica: <<http://hera.ugr.es/tesisugr/15472905.pdf>>
- PÖCHHACKER, Franz. (2008) "Interpreting as Mediation." En: Valero Garcés, Carmen & Anne Martin (eds.) 2008. *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas*. Ámsterdam & Filadelfia: John Benjamins, pp. 9-26.
- PONTRANDOLFO, Gianluca. (en prensa) "Aproximación gradual a la traducción jurídica: un recorrido didáctico." *JoSTrans, Journal of Specialised Translation* Issue 26/2016.
- RODRÍGUEZ CALA, Ana & Núria Llevot Calvet. (2011) "La mediación intercultural: una realidad en los hospitales." En: García Castaño, Francisco Javier & Nina Kressova (eds.) 2011. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada: Instituto de Migraciones, pp. 1065-1073.
- SERIANNI, Luca. (2005) *Un treno di sintomi: i medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*. Milán: Garzanti.
- SERIANNI, Luca. (2007) *Italiani scritti*. Bologna: Il Mulino.
- STRANIERO SERGIO, Francesco. (en prensa) *Double Renditions in Simultaneous Interpreters' Output. A Corpus-based Research*. Trieste: EUT.
- VALERO GARCÉS, Carmen. (2008) *Formas de mediación intercultural. Traducción e Interpretación en los servicios públicos. Conceptos, datos, situaciones y práctica*. 2ª edición. Granada: Comares.
- VALERO GARCÉS, Carmen; Bárbara Navaza & Lissie Wahl-Kleiser. (2014) "Introspectiva y retrospectiva de la traducción e interpretación médica." *Panacea@ 15:40*, pp. 165-167. Versión electrónica: <<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40-editorial.pdf>>
- VIAGGIO, Sergio. (1995) "The Praise of Sight Translation (and squeezing the Last Drop thereout of)." *The Interpreters' Newsletter* 6, pp. 33-42.
- VIEZZI, Maurizio. (1989) "Sight Translation: An Axperimental Analysis." En: Dodds, John (ed.) 1989. *Aspects of English: Miscellaneous Papers for English Teachers and Specialists*. Udine: Campanotto, pp. 109-140.
- VIVANCO CERVERO, Verónica. (2006) *El español de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Arco/Libros.
- WADENSJÖ, Cecilia. (1998) *Interpreting as interaction*. Londres & Nueva York: Longman.

- WEBER, Wilhelm K. (1990) "The Importance of Sight Translation in an Interpreter Training Program." En: Bowen, David & Margareta Bowen (eds.) 1990. *Interpreting - Yesterday, Today, and Tomorrow*, Ámsterdam & Filadelfia: John Benjamins, pp. 44-52.
- ZORZI, Daniela. (2007) "Note sulla formazione dei mediatori linguistici." *Studi di Glottodidattica* 1:1, pp. 112-128.

NOTA BIOGRÁFICA / BIONOTE

GIANLUCA PONTRANDOLFO es doctor en ciencias de la interpretación y traducción y profesor asociado de traducción general y especializada español-italiano en el Departamento IUSLIT (Departamento de Ciencias Jurídicas, del Lenguaje, de la Interpretación y de la Traducción) de la Universidad de Trieste. Combina su actividad profesional de traductor autónomo con la investigación académica, que se centra en los aspectos terminológicos y fraseológicos del lenguaje jurídico, enfocados desde una perspectiva contrastiva (español, italiano, inglés) y mediante la lingüística de corpus. Su tesis doctoral abarca el tema de la fraseología especializada en un corpus trilingüe de sentencias penales (COSPE), en línea con las demás publicaciones sobre lengua y derecho. Sus intereses de investigación se centran además en géneros especializados y análisis textual para la traducción, didáctica de la traducción, lingüística de corpus. Es miembro agregado del CERLIS, Centro de Investigación sobre las lenguas de especialidad, de la Universidad de Bérghamo.

Dr. GIANLUCA PONTRANDOLFO is currently Adjunct Professor at the University of Trieste (IUSLIT, Department of Legal Language, Interpreting and Translation Studies), where he lectures on general and specialised translation from Spanish into Italian. He combines his activity as free-lance translator with his academic and research projects. His research activity focuses on translation-oriented legal terminology and phraseology, from a contrastive (Spanish, Italian, English) and corpus perspective. In line with his PhD thesis, which deals with a quali-quantitative study of legal phraseology in a trilingual corpus of criminal judgments (COSPE), his publications focus on the relationship between language and law. His research interests also focus on specialized genres, including textual analysis applied to translation, translator training and corpus linguistics. He is member of the CERLIS (Research Centre on Languages for Specific Purposes) of the University of Bergamo (Italy).