

La interpretación en los Estados Unidos: deficiencias y posibles soluciones

Bogumila Michalewicz*

Múltiples y variadas son las posibilidades que se le ofrecen al individuo bilingüe en el campo laboral, en los Estados Unidos, aunque, lamentablemente, los candidatos no siempre ofrecen lo que se espera de ellos. La injustificada idea de que toda persona *bilingüe* puede traducir o interpretar de un idioma a otro, tan válida como pensar que todo el que tiene dos piernas puede bailar como Nijinski, prevalece aún entre los que se ocupan de contratar intérpretes y traductores en muchos campos que requieren profesionalismo e idoneidad, por sus implicaciones y consecuencias. Muy pocas han sido las veces en que me sorprendió la buena calidad de una interpretación; en la mayoría de las situaciones, me sigue sorprendiendo la falta de honestidad profesional y de conocimientos de los llamados intérpretes y traductores autodidactas, y la falta de criterio y de responsabilidad de quienes los contratan.

A veces, por suerte, las traducciones pueden ser revisadas y corregidas a tiempo. No ocurre lo mismo con las interpretaciones —a menos que hayan sido grabadas, y alguien idóneo pueda evaluarlas, lo que sucede con poca frecuencia y siempre a posteriori—, en las que quedan impunes los errores más garrafales, y pueden dejar un tendal de víctimas si se cometen en el campo médico o legal.

A pesar de que lo he comentado en otros artículos, lo repetiré aquí, ya que indigna sobremanera el hecho de que en los Estados Unidos, donde se le exige a un fontanero o a un electricista una licencia debidamente legalizada por el Estado y por la asociación gremial para poder realizar su trabajo, la función del intérprete médico, en una abrumadora mayoría de los casos, está en manos de «voluntarios» con insuficiente o ninguna preparación. La ironía es que, en las peores de las circunstancias, el fontanero puede causar una gotera; el electricista, un cortocircuito, pero hubo interpretaciones en hospitales que causaron muerte o invalidez a las víctimas, y quedaron impunes. En ningún otro ambiente como en el hospital, nos damos cuenta de la importancia de la correcta interpretación; sin embargo, es el lugar menos controlado.

Hasta el momento, no existe un examen o un curso preparatorio que separe a los incompetentes lingüísticos con apellido español —que básicamente es el criterio más frecuente que utilizan las personas que contratan a los intérpretes en los hospitales y en las clínicas del país— de los que, por lo menos, dominan los dos idiomas y tienen conciencia de las responsabilidades que sus servicios implican para el bienestar del paciente.

Veamos una breve descripción de los requisitos para las diferentes modalidades y campos de la interpretación, ya que podrían brindar diferentes alternativas para los que se empeñan en ser «intérpretes».

Para comenzar, me gustaría definir algunos términos básicos:

- Traducción es el reemplazo del texto en un idioma (idioma fuente) por un texto en otro idioma (idioma objetivo), de manera que ambos textos sean equivalentes en significado, registro y estilo.
- Interpretación es el proceso oral del reemplazo de un idioma por otro, de modo que se mantenga el significado, el registro, el estilo y el tono del idioma fuente en el idioma objetivo. Las modalidades de la interpretación más utilizadas son: la interpretación consecutiva, situación en que el intérprete espera que el orador termine una secuencia o enunciado, y lo verbaliza en el idioma objetivo, mientras el orador permanece callado, y simultánea, en la que el intérprete y el orador hablan casi al mismo tiempo (por lo general, en una conferencia o con el equipo portátil, el intérprete sólo oye al orador, y los participantes oyen la voz del intérprete a través de los auriculares mientras ven al orador). Es la modalidad más recomendable para una buena comunicación médico-paciente, ya que en esa situación, el intérprete permanece al margen, casi invisible, mientras se desarrolla la comunicación verbal y metaverbal entre los protagonistas. A veces, se emplea la modalidad sumaria de interpretación, que es una variante de la consecutiva y consiste en que el orador pronuncia un discurso relativamente largo, y el intérprete da una versión resumida del original cuando el orador termina su exposición. En algunas situaciones legales, financieras o médicas, el intérprete es llamado a traducir en forma oral un documento escrito; esta modalidad se llama traducción a la vista.

Fuera del círculo de personas habituadas a asistir a conferencias internacionales, la mayoría del público no tiene una idea clara de la función del intérprete, pero bien sabemos que éstos han existido desde la Antigüedad, y se puede decir con justeza que es la profesión más antigua del mundo, mucho más antigua que la traducción, ya que la tradición oral precede a la escrita.

Considerando que el lenguaje humano es un sistema muy complejo, en el que intervienen factores culturales, sociales, psicológicos y fisiológicos, es obvio que para transferir correctamente las expresiones de una lengua a otra, cada cual con sus peculiaridades, se deben cumplir severos requisitos.

Ser intérprete es una profesión que exige capacidades lingüísticas y no lingüísticas, naturales y no naturales. Si bien la capacidad de escuchar es natural y, a través del entrenamiento, se puede refinar y agudizar hasta niveles poco comunes, no es

* Intérprete médica, especializada en psiquiatría. Nueva York (Estados Unidos). Dirección para correspondencia: interword@earthlink.net

natural aislar, traducir y verbalizar unidades significantes al mismo tiempo que se escuchan las siguientes y se continúa con el proceso de manera prácticamente ininterrumpida. Por eso, considero que esta capacidad es adquirida, no natural, y que requiere años de entrenamiento.

Como regla general, los que deseen estudiar interpretación ya deben poseer los conocimientos lingüísticos necesarios, y los esfuerzos deben enfocarse en los aspectos no lingüísticos, o sea, en las técnicas. Durante estos últimos cincuenta años, diferentes sistemas de entrenamiento han sido diseñados por profesionales que enseñan en las escuelas más destacadas, y la capacitación va mejorando junto con el refinamiento de las infraestructuras técnicas. A eso debemos agregar la necesidad de formar distintos tipos de intérpretes, ya que si bien los primeros pasos son comunes, se van diferenciando cada vez más a medida que se perfila la especialización.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que de todos los componentes intelectuales y físicos, el que incide en mayor grado para que podamos oír y verbalizar el mensaje es nuestra capacidad auditiva. Aquí debemos reconsiderar los conceptos de *oír* y *escuchar* como primer enfoque básico. La adquisición de una forma de escuchar *activa, inteligente y discriminatoria* no es sólo un requisito para el buen intérprete, sino también una herramienta para mejorar nuestra interacción con los demás. Escuchar no es un proceso pasivo. Los componentes de un refinado proceso auditivo abarcan entre otros: agudeza en la percepción tonal, atención para enfocar, discriminación, diferenciación entre fondo e imagen, capacidad de organizar los estímulos en sonidos-símbolos-significativos, su reconocimiento y almacenamiento en la memoria activa. Los estímulos auditivos, para ser interpretados, dependen en alto grado de la capacidad de centrar la atención en ellos, estableciendo una discriminación inmediata, ya que están ordenados de manera estrictamente temporal y secuencial. Ocurren como un relámpago en un cielo oscuro y desaparecen para siempre. Si no logramos establecer su significado, comparándolos con el caudal de sonidos significativos que guardamos en la memoria inmediata, no son más que ruido.

Hasta alrededor de 1960, la función auditiva se explicaba como «una forma pasiva de percepción de los sonidos». Fue el excepcional médico y psicólogo francés Alfred Tomatis quien estudió el papel de la función auditiva y su profundo impacto sobre el lenguaje y el proceso general de aprendizaje al desarrollar la multidisciplinaria visión de la audiopsicofonología (*L'Oreille et le langage*, Francia: Éditions du Seuil, 1963).

Además, es la frágil y delicada relación audiovocal la que define y modela nuestra forma de hablar, otro milagro, que presenta una enorme complejidad, ya que el aparato fonador, o sea, los elementos físicos que contribuyen a la producción de sonidos, consta de músculos, órganos y cavidades, cuyas funciones parecen estar más relacionadas con la ingestión de alimentos y la respiración que con la fonación. La boca, los dientes y la lengua tienen como misión primordial la preparación de alimentos para su ingestión. Los pulmones, los bronquios, los senos nasales, la faringe tienen como misión principal la respiración. Y sin embargo, hablamos. Claro que no todos hablamos como deberíamos.

El objetivo de toda comunicación verbal es establecer una conexión con el oyente. Esa conexión puede ser positiva, negativa o neutra. Y lo que define sus características no es solamente el contenido intelectual, emocional o estético del mensaje, sino el vehículo utilizado para transmitirlo, la manera de hablar, la voz, la entonación. He observado en muchos intérpretes mala dicción, falta de claridad, articulación defectuosa, enunciación monótona, respiración ruidosa o entrecortada, ritmo desperejo, voz demasiado aguda o gutural, cambios abruptos de volumen y muchos otros defectos que sería aburrido enumerar. También entran en juego los esquemas culturales o el nivel educativo, los localismos o las modas. La falta de movilidad o la rigidez nerviosa del rostro, en especial de los labios o de la mandíbula, interfiere en la proyección de ciertos sonidos, de la misma forma que la postura defectuosa, que impide la respiración correcta y puede ser la causa de la poca claridad en la enunciación. Es fundamental conocer el problema para poder modificarlo.

La gran mayoría de las personas no se oyen a sí mismas como las oyen los demás. Lo que oímos desde adentro —distinto de lo que oyen los demás desde afuera— es la resonancia de las vibraciones de nuestras cuerdas vocales, transmitida por los huesos del cráneo a nuestro oído interno. La única manera de oír el verdadero sonido de nuestra voz y nuestra verbalización es escuchar atentamente una buena grabación de nuestra forma de hablar y de interpretar. Descubrir los defectos es el primer paso, el segundo es encontrar a alguien, un profesional, que nos ayude a neutralizarlos mediante técnicas adecuadas y ejercicios especiales.

Después de haber derrotado los escollos auditivos y de fonación, debemos entrenar nuestra memoria inmediata. Existe toda una serie de ejercicios especializados, que no se explicarán en este artículo, ya que no le aconsejo a nadie hacerlos por cuenta propia. Tienen que realizarse bajo el control de un profesional responsable, de manera gradual y ajustada a las dificultades del alumno, de lo contrario, pueden causar más daño que beneficio.

No olvidemos en ningún momento que, además de un arduo entrenamiento físico, debemos partir de un alto nivel de conocimientos lingüísticos de los idiomas con los que vamos a trabajar. Todo intérprete, cualquiera sea su especialización (conferencias, tribunales, hospitales, etcétera) debe leer constantemente sobre los últimos avances dentro de su especialidad, ya que tiene que comprender lo que dice el experto al que interpreta. Tropezar con una idea que no se comprende es mucho más peligroso que tropezar con una palabra desconocida. La palabra siempre puede reemplazarse con otra, quizás, de sentido más general, pero la idea no se puede reemplazar.

Lo más importante que debe aprender el intérprete es que no se traducen palabras, sino que hay que ir más allá de ellas, aislar lo que llamamos *unidades significantes* y transferirlas al otro idioma con la naturalidad de un hablante nativo, prestando especial atención al registro. En ese momento, también se determina la entonación y otras características vocales, y la unidad puede ser articulada. El tiempo comprendido entre la llegada de la *unidad significativa* a nuestro oído y su reproducción en el idioma objetivo es el «lapso audiovocal», que puede variar mucho en respuesta a la densidad y a las diferencias sintácticas entre los dos idiomas.

La «globalización» que se viene desarrollando desde hace algunos años ha dado lugar a enormes flujos de inmigrantes documentados o indocumentados que enfrentan serias barreras lingüísticas en sus nuevos países de residencia, ya que la mayoría de ellos carecen de preparación académica mínima en el nuevo idioma. Creo que en los Estados Unidos, más que en ningún otro país, ese problema es muy grave. Las barreras que crea ese aislamiento lingüístico presentan serias implicaciones para el bienestar de esos individuos y de sus familias en los aspectos de salud y de servicios sociales.

La Sección 601 del Artículo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que ninguna persona podrá «por razón de raza, color u origen nacional, ser excluida de la participación, ver denegados beneficios o estar sujeta a discriminación por ningún programa o actividad que reciba ayuda financiera federal».

Además, los reglamentos que rigen al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamados Derechos de los Pacientes, obligan a los hospitales a «disponer de intérpretes calificados y suministrar traducción/transcripción de formularios, instrucciones e informes para poder ofrecer comunicaciones visuales, orales y escritas a todas las personas que reciben tratamiento en el hospital...». Aquí vuelvo a repetir que en ninguna situación como en el hospital se hace más evidente la necesidad del servicio de un intérprete idóneo. Lamentablemente, el crecimiento de la población de inmigrantes que no hablan inglés, sobre todo, de los llamados *hispanos* (creación de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, que pone en la misma bolsa razas, culturas y países diferentes a condición de que hablen español o algo que se le asemeja), ha desbordado la capacidad del sistema de proporcionar ayuda lingüística competente, y la gran mayoría de las instituciones recurre a los llamados *intérpretes ad hoc*, interesante eufemismo que sirve para disfrazar la incompetencia y la falta de planificación a mediano y largo plazo de las instituciones hospitalarias. Otras veces, se trata de la falta de asignación de recursos o de la persistencia de la antigua costumbre de llamar a la señora de la limpieza para que haga las veces de intérprete para la pobre inmigrante nicaragüense, ecuatoriana, hondureña o salvadoreña, total..., no se quejan demasiado o, si lo hacen, nadie las entiende.

En 1995 el *Journal of the American Medical Association* publicó un artículo bien documentado sobre los campos más importantes de la interpretación médica, que se llama «Barreras lingüísticas en la medicina en los Estados Unidos», de los doctores Stephen Woloshin, Nina Bickell, Lisa Schwartz y otros. El artículo comienza con una hermosa frase del doctor. P. Tumulty: «Lo que el bisturí es para el cirujano son las palabras para el médico clínico; la conversación entre el médico y el paciente es el corazón mismo de la práctica de la medicina». El artículo parte de la premisa de que la falta de un intérprete idóneo en el hospital puede tener graves consecuencias para el paciente que no habla el idioma del país. Los autores desarrollan un estudio en el que se analizan las grabaciones de sesiones de pacientes y médicos ayudados por intérpretes ad hoc, o sea, intérpretes no profesionales, y llegan a la conclusión de que entre el 25% y el 52% de las palabras y

de las frases fueron traducidas incorrectamente. En la mayoría de estos casos, los intérpretes fueron miembros de la familia del paciente u otros individuos bilingües o semibilingües que trabajaban en el hospital como empleados, enfermeras o personal de limpieza.

Si la misión de interpretar recae sobre algún miembro de la familia —en muchos casos, los hijos, ya que estos van a la escuela y adquieren cierto conocimiento del idioma—, el paciente puede sentirse inhibido, molesto, por la pérdida de intimidad o avergonzado. Si recae sobre un integrante del personal hospitalario, pero carente de la formación necesaria, la probabilidad de una mala interpretación es enorme. El diagnóstico por medio de la entrevista se ve comprometido, y el médico debe, en muchos casos, recurrir a pruebas de laboratorio, que crean ansiedad y temor; son, por lo general, dolorosas y encarecen el proceso. El riesgo de trabajar sin intérprete o con alguien mal preparado aumenta en forma exponencial cuando se trata de pacientes psiquiátricos. En el artículo «*Effects of Interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English Speaking Patients*», publicado en el *American Journal of Psychiatry*, en 1979, el autor, doctor Luis Marcos, menciona dos casos de suicidio de pacientes hispanohablantes que habían sido evaluados y estaban en tratamiento con psiquiatras anglohablantes, con la ayuda de intérpretes no profesionales. Ya que los dos psiquiatras habían cometido los mismos errores de manera independiente, se eliminó el efecto atribuible al médico, y se concluyó que la angustia y el sufrimiento emocional de los pacientes habían sido selectivamente subestimados por los intérpretes.

A esta altura, ya sabemos que las palabras desempeñan un papel crucial en la detección de problemas cognitivos o de la memoria. Por lo tanto, estos problemas deben manifestarse con suma exactitud verbal, lo cual requiere un intérprete simultáneo profesional especializado en el tema. Durante la interpretación consecutiva, es inevitable que el intérprete interfiera con el papel del médico, el vínculo de la comunicación se rompa en cada interrupción, y se pierdan los matices no verbales. En la modalidad simultánea, se evita la transferencia del diálogo del médico al intérprete, y la conversación fluye casi al mismo tiempo que el enunciado original, lo que le permite al médico observar las expresiones faciales, la emoción, el metalenguaje físico y el tono original. Esta técnica requiere intérpretes bien preparados, que, lamentablemente, brillan por su ausencia en casi todos los hospitales. Muy valioso y esclarecedor es el trabajo publicado en mayo del 2003, en la revista *Pediatrics and Adolescent Medicine*, «*The Truth About Language Barriers: One Residency Program's Experience*», de los doctores Sonja Burbano O'Leary, Steven Federico y Luis Hampers, del hospital de niños de Denver, Colorado. El objetivo enunciado es describir cómo la falta de personal hospitalario capacitado afecta de manera negativa la comunicación con las familias hispanas que tienen una capacidad limitada de comprender y expresarse en inglés. El artículo hace hincapié en el hecho de que, a pesar de que se dan perfecta cuenta de su falta de competencia lingüística, muchos médicos residentes no solicitan la ayuda de intérpretes, establecen una pobre comunicación, tratan de lograr la colaboración de colegas que sí poseen la capacidad lingüística necesaria, pero tienen

otras tareas para desempeñar o, directamente, evitan el contacto con los pacientes que hablan sólo español. (Quiero recordarles que más de treinta millones de hispanohablantes documentados viven en este país). Muchos son los médicos que para lograr que se los incluya en los servicios de diferentes compañías de seguros dicen que hablan uno o varios idiomas, además del inglés. Basta con mirar los anuarios de las compañías de seguros y ver la cantidad de los que dicen ser competentes en tres o cuatro idiomas, lo que nos daría una cantidad de políglotas que supera la de todas las demás profesiones.

El periódico *New York Times* publicó un artículo el 7 de enero del 2003 sobre la situación «alarmante» que se estaba viviendo en los hospitales pediátricos, por la falta de comunicación entre los médicos y los padres de los niños pacientes. Otros periódicos, sobre todo los «latinos», publican con creciente frecuencia historias trágicas que suceden en los hospitales a consecuencia de la falta de intérpretes idóneos. En la 44.^a Conferencia Anual de la *American Translators Association*, en noviembre de 2003, el abogado Ben Miranda mencionó el caso de Griselda Zamorra, una niña de 11 años, hija de inmigrantes, que falleció a causa de una simple apendicitis, que él definió como «muerte por falta de interpretación». La niña misma se vio obligada a mediar entre los médicos y sus padres, que no hablaban inglés, con la consecuente mala interpretación de las indicaciones de los médicos, que la llevaron a la muerte.

Como vemos, la situación es muy difícil. Este triste modelo de ineficiencia del funcionamiento de la interpretación

médica en los Estados Unidos puede servir para evitar que en España se cometan los mismos errores. Para empezar, debe hacerse hincapié, principalmente, en la preparación académica, o sea, en una titulación universitaria específica como intérprete con diversas ramas de especialización, donde una de las más rigurosas sea la médica. Asimismo, es de suma importancia que exista un sistema de control sobre los individuos que se presentan para cumplir estas funciones. En este sentido, es imprescindible educar a los que contratan o emplean intérpretes para que sepan qué exigir de estos profesionales, ya que algunos podrían olvidar los aspectos más básicos y no estar al día con los avances científicos de la profesión. Sería útil, por lo tanto, que se realice una revisión y una evaluación periódica del desempeño.

Pero el elemento clave es que la figura del intérprete médico debe integrarse al personal del servicio sanitario. El hospital o el servicio médico no puede *llamar al intérprete sólo cuando lo necesita*; este profesional debe estar integrado en la plantilla, estar familiarizado con el funcionamiento del lugar, con sus recursos y con el resto del personal. En suma, el intérprete debe ser tratado como un profesional más dentro del sistema y, para ello, debe poseer la preparación y la responsabilidad necesarias.

Sería muy interesante recibir información de profesionales de esta especialidad sobre los problemas que se presentan en otros países donde hay inmigrantes que no hablan el idioma local y opiniones de intérpretes sobre los inconvenientes que enfrentan en su trabajo.

El sentido estético y las abreviaturas

Luisa Fernández-Sierra

Un eterno debate entre los traductores científicos y los investigadores es qué hacer con las abreviaturas en las ciencias de la vida: ¿deben traducirse al español o mantenerse en inglés? ¿Debemos usar ADN o DNA? ¿HDL o LDA?

Los partidarios de su traducción, mayormente lingüistas, alegan que dejarlas en inglés sólo fomenta la predominancia de la lengua anglosajona en el mundo de la ciencia, y eso no beneficia al castellano. Los contrarios a ella, en su mayoría investigadores, alegan que traducirlas sólo crea confusión y dificulta la asimilación y divulgación del conocimiento entre los distintos países. Un bando conciliador (o indeciso) se inclina por traducir aquellas abreviaturas bien establecidas en español y dejar las restantes en inglés.

Hace unos días, leyendo la sección «Ciencia y Sociedad» de la revista *Investigación y Ciencia* (febrero 2006), me topé con un caso divertido que, a mi entender, requiere la aplicación de otra regla: el sentido estético. Se trata del cofactor de molibdeno.

Los autores de un artículo titulado «El cofactor de molibdeno, de la síntesis a la terapia» escriben:

El molibdeno (M) es un micronutriente esencial para microorganismos, plantas y animales. A excepción de la nitrogenasa bacteriana, el resto de las más de 40 molibdoenzimas descritas tienen un cofactor de molibdeno (Moco, del inglés Molybdenum cofactor).

Con la abreviación debidamente establecida, se lee más adelante: «Las mutaciones en los genes de la ruta de biosíntesis de Moco provocan...»; «La deficiencia del Moco en humanos da lugar a una enfermedad genética...»; «... se han identificado numerosos pacientes con deficiencia en Moco...».

Primero pensé que había leído mal, después me dio un ataque de risa, y cuando, por fin, lo pude controlar, la curiosidad me llevó a *Google* para averiguar si se trataba de una peculiaridad de los autores o de un término establecido. Encontré con este término unas 450 páginas, que usaban distintos acrónimos: *Moco* (mayoritaria), *MoCo*, *CoMo* y *como*.

¿Será el sarcasmo o la fe ciega en la superioridad del inglés lo que, en este caso, ha conducido a la dominancia de *Moco* sobre *CoMo*? El sentido estético da el voto, en este caso, a la lengua patria: *CoMo* produce asociaciones más agradables que *Moco*.

Debo confesar que, dividida entre la risa y la repugnancia, me costó concentrarme en el contenido.