

Propuesta de formación en interpretación en el ámbito de la medicina

Lucía Ruiz Rosendo*

Resumen: Las reuniones de medicina internacionales constituyen en la actualidad uno de los acontecimientos celebrados con más frecuencia en España, y los organizadores se caracterizan por recurrir a los servicios de interpretación ante la confluencia de distintas lenguas y culturas. Por consiguiente, la medicina representa un ámbito de especialización que ofrece amplias posibilidades a los intérpretes en formación, especialmente a aquellos cuya combinación lingüística es inglés-español, ya que en las últimas décadas se constata el auge del inglés como lingua franca de la comunidad médica internacional.

No obstante, son pocos los estudios realizados en el ámbito de la interpretación médica, especialmente los que tratan de profundizar en el mercado para adaptar la formación a las necesidades profesionales reales. Por este motivo, decidimos realizar un estudio teórico-práctico con el objetivo de establecer una base sólida a partir de la cual diseñar posibles programas de formación. La relevancia del presente estudio estriba en la aplicabilidad de los aspectos teóricos y prácticos en la formación del intérprete de medicina, ya que consideramos que dichos aspectos ayudan a conocer las necesidades, requisitos y exigencias tanto de intérpretes profesionales como de médicos usuarios, orientando la preparación del futuro intérprete al ejercicio de la profesión.

Palabras clave: interpretación, medicina, formación, estudio teórico-práctico, situación profesional en España.

A training proposal in interpretation in the medical field

Abstract: International medical meetings are nowadays one of the events most frequently held in Spain at which organisers commonly employ interpreting services due to the confluence of different languages and cultures. Consequently, medicine constitutes a scientific field that offers a good opportunity for interpreters in training, particularly those whose language combination is English-Spanish. As a matter of fact, English has become during the last decades the language par excellence of international medical community. Nevertheless we detected a lack of research projects in the field of medical interpreting, especially those that study in depth the market in order to adapt training to real professional demands. For this reason we initiated a theoretical and practical study whose main purpose is to lay the foundations for new training programmes.

The importance of this project stems from the application of the theoretical and practical aspects in medical interpreter training due to the fact that it aims at describing the necessities and demands both of professional interpreters and users in order to establish a profession-oriented approach which allows to adapt future interpreters' training to professional practice.

Key words: interpreting, medicine, training, theoretical / practical study, professional practice in Spain.

Panace@ 2007, 8 (26), 173-182

1. Introducción

Tras llevar a cabo un análisis exhaustivo de las agendas de los palacios de congresos españoles, llegamos a la conclusión de que en los últimos años se ha producido un aumento significativo del número de reuniones internacionales de medicina que se celebran en territorio español (Ruiz, 2006). Por otra parte, en muchas de estas reuniones, la documentación y los programas están redactados íntegramente en inglés, por lo que podríamos constatar que esta lengua ha adquirido en las últimas décadas el estatus de *lingua franca* en las reuniones celebradas en el ámbito médico (Pilegaard, 1997; Navarro, 1997; van Hoof, 1999; Martin, 2002).

Sin embargo, partimos de la hipótesis de que el auge de las reuniones médicas con interpretación no ha venido acompañado de programas específicos de interpretación médica en los distintos centros dedicados a impartir la materia de interpretación. Para comprobarlo, decidimos analizar la lista de los

centros de formación europeos propuestos por la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencia (AIIC) y por la Asociación de Intérpretes de Conferencia de España (AICE), que son, sin duda, dos de las instituciones profesionales más prestigiosas y reconocidas. Podemos ver que ambas asociaciones proponen una serie de programas, en su mayoría de posgrado o tipo máster, considerados los más reconocidos por la calidad de la enseñanza y de los docentes.

Después de realizar este análisis, verificamos la hipótesis de partida, ya que, si bien los distintos centros ofrecen programas de incuestionable calidad, prácticamente ninguno incluye una materia en interpretación médica, ni siquiera científica, pero sí de otro tipo de campos de especialización, como interpretación jurídica, política o económica. La explicación tal vez pueda encontrarse en el hecho de que la gran mayoría de estos centros parten del objetivo de formar a los futuros intérpretes para acceder a organismos internacionales, como

* Departamento de Filología y Traducción, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). Dirección para correspondencia lruiros@upo.es.

la Unión Europea o la Organización de las Naciones Unidas, donde normalmente se tratan temas de carácter político, económico o jurídico en detrimento de los temas científicos o técnicos. Así, los textos tratados en los distintos programas de interpretación versan sobre los contenidos hallados en los discursos de los organismos internacionales.

Si nos centramos en el caso de España, podemos ver que la situación es parecida, ya que la interpretación se reduce a las asignaturas troncales de Técnicas de Interpretación Consecutiva y Simultánea y a otras asignaturas de carácter obligatorio u optativo, en todo caso, en las que la interpretación científica se aborda de forma tangencial. Ciertamente, en el marco de la interpretación médica, la interpretación social en los servicios sanitarios es la que ha experimentado un mayor crecimiento, con la inclusión de materias específicas en determinados centros y programas de máster (es el caso del Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario, organizado por la Universidad Jaume I de Castellón, o del Máster Oficial en Traducción Médico-Sanitaria, que incluye la materia de Técnicas de Interpretación en los Servicios Públicos Sanitarios).

No obstante, cabría destacar la ausencia de materias específicas de interpretación de conferencias en el ámbito especializado médico. Ante esta situación, decidimos emprender un estudio a fin de examinar los aspectos teórico-prácticos inherentes a la interpretación en este campo y explorar las exigencias y necesidades del mercado profesional, todo ello encaminado a la «gestación» de un programa de formación específico de interpretación en el ámbito de la medicina. Este programa podría revelarse útil en la actualidad, ya que, dadas las necesidades de la convergencia europea, con el mapa de las nuevas titulaciones y los nuevos estudios oficiales de grado y postgrado, consideramos que tal vez convendría diseñar programas de postgrado en interpretación especializada, médica, en particular, o científica, en general, en las facultades de Traducción e Interpretación españolas con el objetivo de formar futuros intérpretes especializados que satisfagan las necesidades del mercado de la interpretación.

2. Aspectos teóricos de la interpretación especializada médica

El estudio, que se concibe en principio como un análisis del estado de la cuestión, dio fruto una serie de implicaciones para la formación en interpretación médica. Desde un punto de vista holístico, la formación en interpretación debería incluir una serie de aspectos que, en su conjunto, proporcionen al individuo las herramientas necesarias para afrontar la práctica profesional. Consideramos, pues, que el conocimiento de una serie de nociones teóricas fundamentales constituye los cimientos sobre los que construir posteriormente la práctica de la interpretación.

Tras analizar la bibliografía existente, decidimos establecer una división de los aspectos teóricos por bloques, hasta un total de cuatro: aspectos lingüísticos, contextuales, documentales y de preparación y, por último, cualitativos. Dentro de estos cuatro bloques intentamos organizar de alguna manera los factores estudiados en la bibliografía, a fin de obtener un

cuadro lo más completo y claro posible de los planteamientos teóricos y los estudios realizados hasta la fecha. Cabe destacar que en estos bloques no incluimos los aspectos teóricos generales de la interpretación en sí, como podrían ser las modalidades de interpretación, los distintos tipos de memoria o la escucha atenta, entre otros, ya que estos se abordan ampliamente en los distintos centros en los que se imparte la interpretación de conferencias.

2.1. Primer bloque. Aspectos conceptuales y lingüísticos

En este bloque habría que comenzar situando la interpretación médica en el marco general de la interpretación especializada, teniendo en cuenta que la información que se transmite e intercambia en ese tipo de reuniones se caracteriza por reflejar las experiencias de un determinado sector profesional que comparte un grado muy elevado de conocimiento especializado, que se diferencia del general en que ha sido creado por especialistas para estructurar un determinado ámbito de conocimiento. Este conocimiento se suele estudiar en contraposición al conocimiento general (Cabré *et al.*, 2001; Codina *et al.*, 2001) o bien partiendo de la base de las distintas disciplinas que lo han estudiado tradicionalmente, como la filosofía, la lingüística cognitiva y la terminología, ya que cada una de ellas define el conocimiento desde un prisma diferente.

El conocimiento especializado sería, en definitiva, un conocimiento que se aprende de manera sistemática en un contexto determinado. Por regla general, en la interpretación de reuniones especializadas el único actor implicado ajeno, en principio, al conocimiento especializado que se transmite es el intérprete, que se ve obligado, cada vez que se enfrenta a una reunión especializada, a incorporar nuevos conocimientos y un determinado lenguaje en aras de conseguir una transmisión coherente y comprensible para los destinatarios, que ya comparten este conocimiento y este lenguaje especializados.

El medio de transmisión del conocimiento especializado serían los lenguajes especializados, que se caracterizan por poseer unas ciertas peculiaridades específicas de cada uno de ellos, como pueden ser la temática, el tipo de interlocutor, la situación comunicativa, la intención del hablante, el medio en que se produce el intercambio comunicativo o el tipo de intercambio. Jiménez los define de la siguiente manera:

El lenguaje especializado sería el conjunto de todos los recursos lingüísticos que se aplican en un ámbito de comunicación profesional (o especializado) delimitable, con objeto de garantizar la comprensión entre las personas que desempeñen su actividad en dicho ámbito [Jiménez, 2002].

Dentro del marco general de los lenguajes especializados, se sitúa el lenguaje médico. El conocer las características y peculiaridades de este tipo de lenguaje puede revelarse muy útil para el intérprete que quiera dedicarse en el futuro a la interpretación médica. En principio, el lenguaje médico debería

caracterizarse, como todo lenguaje científico, por su carácter universal y la concisión, objetividad, exactitud, monosemia del léxico, propiedad y corrección, claridad y precisión, ausencia de expresividad y emoción y por que su significado y connotación estén claramente definidos, con el objetivo de evitar cualquier tipo de confusión y permitir la comunicación universal. Por otra parte, debería utilizar frases sencillas y cortas, evitando expresar excesivas ideas en una misma frase, utilizando términos corrientes y conocidos y tendiendo a huir de los recursos lingüísticos y figuras literarias.

No obstante, el lenguaje médico está lejos, en ocasiones, de caracterizarse por su precisión y rigor, ya que es víctima, en ciertos casos, de diversos fenómenos lingüísticos que lo contaminan y provocan una pérdida de precisión y claridad en el mensaje, lo que constituye uno de los obstáculos más serios con los que se encuentra el intérprete.

Se suele decir que los médicos son muy irrespetuosos con la gramática; eso es bien cierto, como también lo es que la mayoría aceptan de buen grado tal escolio que parece exculparles de cuantos atentados a la lengua puedan consumir. [...] La situación se va agravando de manera ostensible en los últimos tiempos, debido sobre todo a la imparable influencia de las publicaciones en lengua inglesa, que contaminan nuestro lenguaje y lo llenan de palabras espurias [...]. La tradicional desidia estilística de los médicos, cohonestada con un mal entendido pragmatismo, malogra toda admonición [Llorens Terol, 1985].

El alejamiento del lenguaje médico del rigor lingüístico ha sido estudiado por diversos autores (Congost Maestre, 1994; Alexandre *et al.*, 1995a, 1995b; van Hoof, 1986; 1989; Navarro, 1992, 1994, 1995; Gutiérrez Rodilla, 1997, 1998, 2005). Este alejamiento se produce, fundamental pero no exclusivamente, en el nivel léxico-semántico. Así, nos encontramos con casos de polisemia (*síndrome de Cushing* y *signo de Babinski*), sinonimia (*nefropatía* y *renopatía*) y homonimia (*metrología*, que significa ‘ciencia de la medida’ y ‘saberes acerca del útero’); extranjerismos (*screening*), préstamos y calcos (*serum globulin* < *seroglobulina*); neologismos (*estadiaje*); acrónimos (*ACD*, *absolute cardiac dullness* = *zona de matidez cardíaca*); epónimos (*cirrosis de Laennec*); metáforas (*piel de naranja*, *bóveda craneal*), onomatopeyas (*borborismo*, que se refiere al ruido intestinal producido por la mezcla de gases y líquidos); elipsis (*no antecedentes*) y falsos amigos (*carbuncle* = *ántrax*, y no *carbunco*).

No debemos olvidar el nivel morfosintáctico, en el que encontramos igualmente características como el abuso de la voz pasiva y del gerundio, la confusión en el género gramatical, los errores de puntuación, la abundancia de construcciones negativas, la conversión de verbos intransitivos en transitivos, etc. Por último, los errores de acentuación son los que más destacan en el nivel fonético-fonológico (*torax*).

Por otra parte, cabe destacar que el lenguaje médico no permanece ajeno a los procedimientos de creación y formación de términos médicos como la derivación (*adip* < *adipo-*

so), la *composición* (*hemo-globina*), los compuestos sintagmáticos y estructuras sintagmáticas (*membrana timpánica*), la combinación (*encefal-o-mielitis*) o el préstamo y el calco (*randomización*).

No pretendemos elaborar un ensayo con todas las características de este lenguaje como bien han hecho otros autores (Gutiérrez Rodilla, 1997; Navarro, 2005, entre otros), sino, simplemente, poner de manifiesto que, para el intérprete en formación que quiera especializarse en el campo de la medicina, es fundamental conocer las características del lenguaje médico y los procedimientos de creación de términos, así como las diferencias fundamentales entre el español y el inglés médico, ya que este conocimiento puede ayudarlo a elegir más rápida y eficazmente estrategias y tácticas de interpretación en cabina en los momentos más cruciales.

2.2. Segundo bloque. Aspectos contextuales

En este bloque, partimos de la consideración de la reunión como un hipertexto (Pöchhacker, 1994), es decir, como un conjunto de factores que influyen y condicionan el trabajo del intérprete, aparte de los elementos puramente verbales. En primer lugar, consideramos que sería conveniente que el intérprete en formación se familiarizara con los distintos actos que más se suelen organizar en el ámbito médico y sus características y problemas. En este sentido, nos basamos en unas de las pocas clasificaciones existentes, la de Martin y Jiménez (1998) y Martin (2002). Estos autores establecen una categorización de los tipos de reuniones médicas que se celebran más frecuentemente: macrocongresos, seminarios o cursos, presentaciones de productos, conferencias especiales y conferencias de prensa. Cada uno de estos prototipos presenta al intérprete una serie de ventajas y de problemas, como la tecnicidad de la información, la disponibilidad de la documentación, la duración y la estructura. El conocimiento previo de las características inherentes a cada uno de ellos resulta útil para el futuro intérprete a la hora de establecer los criterios fundamentales de cara a la preparación y la documentación, así como la selección de las tácticas y estrategias en la sala.

El futuro intérprete debería ser consciente de que, una vez dentro de la reunión, si bien los factores verbales poseen una evidente relevancia, también son cruciales los elementos no verbales: características de los participantes (médicos del sector público o del privado, investigadores, docentes, estudiantes, solapamiento en las profesiones...), temática, formato más frecuente de exposición de la información (presentación en Power Point, vídeo, discurso escrito para ser leído, discurso espontáneo) u objetivos que persigue el acto (llegar a un acuerdo, presentar un producto o resultado científico), entre otros (Alexieva 1994, 1997). A ello habría que añadir la información transmitida a través de los elementos no verbales (la quinésica del orador y de los participantes) (Poyatos 1997), especialmente de los apoyos visuales (Villazón 1997), ya que consideramos que el intérprete en formación debería aprender a utilizar y controlar los elementos no verbales de la manera más eficaz posible, a fin de optimizar su actuación.

2.3. Tercer bloque. Aspectos documentales y de preparación

Una de las preguntas más comunes entre los intérpretes en formación son las relacionadas con la preparación ante un determinado encargo de interpretación, porque no debemos olvidar que, en la mayoría de los casos, el intérprete es el único en la sala que no es especialista en la materia y, por lo tanto, debe desarrollar un proceso exhaustivo de preparación a fin de afrontar la interpretación con éxito. En este punto, resulta interesante que el estudiante esté al tanto de la disyuntiva, tan polémica sobre el papel, entre el intérprete especialista y el generalista y de las distintas tendencias y opiniones existentes sobre el nivel de especialización del intérprete, las fases de preparación terminológica o conceptual y las fuentes documentales de las que dispone el intérprete (Altman, 1984; Gile, 1986; Ruiz, 2006). En cuanto al grado de especialización, cabría preguntarse si es posible realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente terminológica o si, por el contrario, es posible interpretar con éxito con una preparación exclusivamente conceptual. Aunque la mayoría de los autores subrayan la conveniencia de llevar a cabo ambos tipos de preparación, hasta el momento no hay ningún estudio empírico o experimental que respalde esta hipótesis.

Por otra parte, nos gustaría plantear una cuestión que tampoco ha sido verificada empíricamente y que suele suscitar cierto interés entre los futuros intérpretes: si el intérprete debe comprender perfectamente el mensaje para realizar una interpretación con éxito, entendiéndose por «interpretación con éxito» aquella que consigue establecer una comunicación fluida entre el ponente y los asistentes y que logra que estos últimos comprendan el mensaje.

2.4. Cuarto bloque. Aspectos cualitativos

Por último, todos los aspectos mencionados hasta el momento (conocimiento del lenguaje médico, de los factores contextuales y profesionales) influyen en la evaluación de la calidad, tema que ha concitado un interés creciente en las últimas décadas. Si bien existe la idea generalizada de la importancia de establecer una definición clara de la calidad en interpretación de conferencias, en la realidad no existe una definición consensuada, sino más bien un amplio abanico de definiciones que pone de manifiesto la dificultad de establecer una única definición, debido a la multiplicidad de factores inherentes a la noción de «calidad» (Riccardi, 2002; Garzone, 2002, 2003). Tampoco existe un consenso claro sobre quién o quiénes deberían evaluar la calidad de la interpretación (usuarios, intérpretes pasivos, el propio intérprete). Sin embargo, sí parece haberlo en los parámetros que influyen en la calidad de la interpretación, de los cuales los más citados en la mayoría de los estudios son la consistencia de sentido con el mensaje original, la cohesión lógica del discurso meta, el uso de la terminología correcta, la transmisión completa de la información, la corrección gramatical, la fluidez y los rasgos prosódicos, en menor medida. Consideramos que el intérprete en formación debe

tener en cuenta estos criterios para centrar sus esfuerzos en mejorar la calidad de su interpretación.

3. Aspectos prácticos de la interpretación especializada médica

Una vez establecidos aquellos aspectos teóricos que consideramos importantes en la formación del intérprete de discursos médicos, nos dimos cuenta de que este trabajo no estaría completo sin un análisis del mercado profesional, concretamente de qué exigen los intérpretes profesionales a un intérprete, por una parte, y qué necesitan y demandan los médicos usuarios, por otra. El objetivo último es comprobar la pertinencia de la selección y el desarrollo de los bloques mencionados y presentar una visión general de la situación real de la práctica profesional desde la perspectiva de los dos actores más directamente implicados en el proceso de la interpretación. Para ello, realizamos un estudio empírico dividido en dos estudios diferenciados, pero al mismo tiempo interrelacionados:

- Estudio 1: dirigido a intérpretes profesionales que trabajan con frecuencia en reuniones médicas.
- Estudio 2: dirigido a médicos que asisten frecuentemente a reuniones internacionales multilingües y recurren a los servicios de interpretación.

En el presente artículo, nos centraremos en la exposición de los resultados más relevantes para la formación del intérprete. Para ello, describiremos brevemente los objetivos y la metodología utilizada y presentaremos los resultados obtenidos.

3.1. Objetivos y metodología

Nuestro plan de trabajo se basa en el proceso por fases de Fink (1995), por considerar que resume los procedimientos propuestos por otros autores (Kumar, 1999; Oppenheim, 2000) de una manera clara y concisa. Este autor divide la realización de un determinado estudio en una serie de fases: identificación de los objetivos; diseño del estudio (tipo y población de estudio); establecimiento y preparación del instrumento de medida; realización de un estudio piloto; administración de la encuesta; análisis de los datos, y, por último, redacción de un informe de los resultados obtenidos.

Ante la carencia de estudios de investigación realizados en el campo de la interpretación médica, concebimos nuestro estudio como un punto de partida desde el que seguir investigando en el futuro para obtener una imagen sólida de la estructura, características y necesidades del mercado de la interpretación médica en España y adecuar la formación a las exigencias profesionales. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es doble: por una parte, proporcionar una imagen general de la práctica profesional, desde la perspectiva de los intérpretes y los médicos usuarios y, por otra, aplicar los resultados a nuestro plan de formación.

En cuanto a la población de estudio, en el estudio 1 la constituyen intérpretes profesionales que trabajan y residen en España y que trabajan frecuentemente en reuniones de me-

dicina. En el estudio 2, la población la compondrían aquellos médicos españoles que asisten con frecuencia a reuniones de medicina y que recurren a los servicios de interpretación.

El instrumento de medida seleccionado fue el cuestionario retrospectivo, ya que se trata del instrumento de recogida de datos más ampliamente utilizado y que ha dado más resultado en los estudios realizados en el ámbito de la interpretación (Bühler, 1986; Kurz, 1990, 1993; Kopczyński, 1994; Moser, 1995). Por otra parte, el cuestionario permite recabar masivamente datos en un tiempo razonable y analizar la percepción de los encuestados sobre acontecimientos o hechos que se han producido en un pasado remoto, y no inmediatamente antes o después de la realización del mismo. Finalmente, teniendo en cuenta la dispersión geográfica del universo, nos decantamos por el cuestionario por correo electrónico.

El establecimiento y la definición de los contenidos se realizaron teniendo en cuenta los objetivos del estudio, de manera que incluimos preguntas filtro y directas dirigidas a cumplir cada uno de ellos. Una vez más, nos vimos obligados a seleccionar de manera crítica los contenidos, a fin de no alargar demasiado el cuestionario y obtener así un mayor índice de respuesta. El estudio 1 consta de 41 preguntas, y el estudio 2 consta de 39. Ambos cuestionarios se distribuyen en cuatro bloques diferenciados, pero interrelacionados:

- Primer bloque. Datos personales y profesionales de los encuestados. Conocimiento de la lengua inglesa por parte de los médicos.
- Segundo bloque. Aspectos contextuales de las reuniones médicas.
- Tercer bloque. Especialización, preparación y documentación del intérprete.
- Cuarto bloque. Uso y calidad de la interpretación.

Dada la importancia de invertir un cierto período de tiempo en la realización de un estudio piloto (Kumar, 1999), procedimos a pilotar los dos instrumentos de medida en dos etapas: valoración del contenido —a través de la distribución del cuestionario entre intérpretes profesionales (estudio 1) y médicos docentes y del sector público y privado (estudio 2), que realizaron una primera evaluación de la pertinencia de los contenidos y de la correcta formulación de las preguntas y respuestas— y valoración de la forma —distribuyendo el cuestionario entre expertos en estadística inferencial con el propósito de analizar la formulación de las preguntas y la propuesta lógica y correcta de las respuestas desde el punto de vista de la futura cuantificación y análisis de los datos—. Finalmente, elaboramos una tercera versión definitiva, que fue la que se distribuyó entre los intérpretes, por una parte, y los médicos, por otra.

Para la distribución del cuestionario, en el estudio 1 establecimos un listado de todos los intérpretes docentes de las facultades de Traducción e Interpretación españolas y de los intérpretes afiliados a la AIIC y a la AICE y, al ser un universo limitado (246), enviamos el cuestionario a todos. Sin embargo, en el estudio 2 tuvimos que aplicar un método de muestreo, ya que se trata de una población mucho más

numerosa (1425). Para garantizar una fiabilidad del 95 % con un índice de error del 5 % (amplitud del intervalo de confianza), necesitábamos una muestra de 500 médicos para que el estudio fuera representativo. De los tres métodos de muestreo que propone Pulido (1987), nos decantamos por el muestreo aleatorio simple, al ser el que más se ajustaba a nuestros intereses, ya que nuestro propósito era que todos los miembros del universo tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados para el estudio. Finalmente obtuvimos una muestra de 246 médicos.

3.2. Análisis de los resultados

A continuación, expondremos los resultados más relevantes desde el punto de vista de la formación.

Primer bloque. Datos personales y profesionales de los encuestados. Conocimiento de la lengua inglesa por parte de los médicos

La mayoría de los intérpretes encuestados son mujeres (72 %) y tienen más de 30 años (95 %). Un amplio porcentaje ha estudiado la carrera de Traducción e Interpretación (73 %), si bien existe un grupo minoritario que ha cursado otros estudios (tan solo 1 ha cursado la carrera de Medicina). El 79 % lleva ejerciendo más de 11 años, lo que nos indica que se trata de una muestra que comparte una amplia experiencia profesional. La modalidad de interpretación que practican con más frecuencia es la simultánea, seguida de la consecutiva y la bilateral. Sus lenguas de trabajo son fundamentalmente el español (58 %), el inglés (14 %) y el francés (14 %), y el 86 % tiene una sola lengua materna dominante. Por otra parte, los datos nos revelan que el número de intérpretes que no se han especializado en ningún ámbito determinado (60 %) es superior al de los que sí lo han hecho (40 %). Este 40 % afirma haber adquirido su especialización a través de cursos o seminarios o de la práctica cotidiana, y consideran que no es necesario estudiar la carrera de Medicina para abrirse camino en el mercado de la interpretación médica.

En cuanto al estudio 2, los resultados indican que se trata de una muestra mayoritariamente masculina, de edades comprendidas entre los treinta y los sesenta años; la mayoría han cursado únicamente la carrera de Medicina, cuentan con una larga experiencia profesional y suelen simultanear la docencia con el ejercicio profesional en el sector público, privado o en ambos (72 %).

Respecto al conocimiento de la lengua inglesa, los resultados ponen de manifiesto que las destrezas orales entrañan mayor dificultad que las escritas, puesto que la mayoría de los médicos encuestados se ven obligados a utilizar el inglés como lengua de comunicación en sus publicaciones (61 %) y a leer directamente en esta lengua, por lo que afirman estar más familiarizados con el lenguaje escrito. No obstante, la situación cambia cuando se trata de utilizar el inglés en reuniones de medicina como participantes, a la hora de debatir o de participar en el turno de preguntas, ya que, si bien el porcentaje de utilización suele ser también alto, es menor que en las publicaciones (38 %).

Segundo bloque. Aspectos contextuales de las reuniones médicas

En primer lugar, ambos grupos subrayan que el macrocongreso es el acto médico internacional más celebrado y que recurre con más frecuencia a la interpretación, seguido de los seminarios y cursos, las presentaciones de productos y las conferencias de personalidades invitadas. Por otra parte, los datos revelan que la modalidad de interpretación más frecuente en las reuniones médicas es la simultánea (100 %), seguida por la consecutiva y por la bilateral.

Las respuestas a la pregunta sobre cuál es la lengua más frecuente en las reuniones médicas no dejan lugar a dudas: de acuerdo con los dos grupos de encuestados, el inglés es la lengua por excelencia en las reuniones de medicina internacionales.

Los resultados llaman la atención sobre el hecho de que un porcentaje significativo de los médicos utiliza pocas veces (24 %) o nunca (31 %) los servicios de interpretación. Solo el 12 % los utiliza muy frecuentemente, y el 16 %, frecuentemente, lo cual se contradiría en principio con el resultado del apartado relativo al conocimiento de la lengua inglesa, ya que si el médico no domina las destrezas orales (comprensión y expresión), cabría suponer que se ve obligado a recurrir a los servicios de interpretación.

En cuanto a la temática más frecuente, en ambos estudios observamos que los encuestados proponen una amplia variedad de opciones. Las especialidades más frecuentes en ambos estudios son la medicina general, la oncología, la anatomía, la dermatología, la atención primaria y la cirugía. No obstante, hubo otros encuestados que señalaron como frecuentes otros temas o especialidades, como la neurología, la genética, la fisiología, la farmacología, la bioquímica médica, la traumatología o la endocrinología.

Los resultados muestran, sin lugar a dudas, que los apoyos audiovisuales se utilizan muy frecuentemente en las reuniones médicas (95 % de los intérpretes y 91 % de los médicos). Por otra parte, la mayoría, en los dos grupos, afirma que el Power Point es el apoyo audiovisual por excelencia, seguido de los vídeos y las diapositivas.

Respecto a la tipología de los participantes, tanto los intérpretes como los médicos opinan que el tipo de participante que asiste con más frecuencia a reuniones médicas internacionales son los médicos del sector público (72 %) y privado (63 %), seguidos de los profesores de medicina, los investigadores y los estudiantes. Otro grupo de participantes añadido serían los representantes de compañías farmacéuticas.

En el estudio 2, en la pregunta sobre la importancia de la interpretación en las reuniones médicas, se pedía a los médicos que respondieran con independencia del conocimiento que tuvieran de las lenguas de trabajo (fundamentalmente del inglés), para evitar que respondieran en virtud de su dominio de esta lengua. Los resultados indican que el 40 % de los encuestados considera la interpretación un servicio absolutamente imprescindible con independencia del conocimiento que se tenga de las lenguas de trabajo del congreso. Un 41 % cree que depende del nivel de especialización de la reunión, ya que consideran que en

congresos de temática poco especializada este servicio no es tan necesario.

Tercer bloque. Especialización, preparación y documentación del intérprete

Según los resultados del estudio 1, el nivel de especialización que debe tener un intérprete de medicina es muy alto (37 %) o alto (46 %). Para adquirir un determinado grado de especialización, el 30 % de los intérpretes afirma haber asistido a cursos o seminarios de formación en medicina, frente a un 70 % que reconoce no haber adquirido su especialización a través de ningún curso, sino más bien a través de la experiencia cotidiana. Por su parte, el 51 % de los médicos opina que el intérprete debe ser médico a veces para proporcionar una interpretación de calidad, especialmente cuando se trata de una reunión de temática altamente especializada.

Para suplir la diferencia de conocimientos entre el participante especialista y el intérprete, el 71 % de los intérpretes dice que con un buen proceso de documentación y preparación se pueden suplir estas diferencias. Para prepararse la reunión, todos los intérpretes encuestados se decantan por la preparación en casa, aunque también subrayan la importancia de la preparación en cabina y una vez en el congreso, justo antes de que empiece. La mitad se prepara asiduamente en sesiones de *briefing*, y el 21 % también cita otros lugares y modos de preparación, como las bibliotecas especializadas, la consulta a expertos, hospitales y facultades de Medicina y cursos de formación específica.

A la pregunta de qué tipo de preparación realizan más a menudo, el 54 % dijo prepararse tanto a nivel terminológico como conceptual. No obstante, cabe destacar que el 44 % afirma optar exclusivamente por la preparación terminológica. Por otra parte, cuando existen limitaciones de tiempo, el 75 % se decanta por la preparación terminológica, frente al 16 % que lo hace por la conceptual. En esta misma línea, el 53 % afirma que, dependiendo del tema, es posible realizar una interpretación adecuada llevando a cabo una preparación exclusivamente terminológica. La pregunta inversa fue recibida de distinta manera: el 58 % afirma que no es posible bajo ningún concepto realizar una buena interpretación con una preparación exclusivamente conceptual, y alega que es fundamental dominar la terminología propia de la reunión.

En lo relativo a la terminología, casi la mitad de los médicos (48 %) considera que el intérprete utiliza la terminología apropiada solo a veces, frente a un 32 % que estima que lo hace casi siempre. En este sentido, incluimos en el estudio 2 una pregunta sobre la necesidad que tiene el médico de «deducir» lo que el intérprete quiere decir (discurso mental paralelo), esto es, la necesidad de que el médico usuario de la interpretación infiera lo que el intérprete quiere decir cuando este último se aleja de la terminología a la que el médico está acostumbrado. Es interesante constatar que el 65 % de los encuestados reconoce que a veces se ve obligado a producir dicho discurso.

Respecto a las fuentes documentales, el material más consultado en cabina son los glosarios (88 %), seguidos de los diccionarios, de las fichas con términos clave y de los manuales.

Por último, para realizar una interpretación adecuada, la mayoría de los intérpretes y los médicos opina que el intérprete siempre debe entender perfectamente el discurso del orador. Cabe destacar que dos intérpretes respondieron que nunca hace falta comprender el mensaje para ofrecer una interpretación sólida.

Cuarto bloque. Uso y calidad de la interpretación

En cuanto a la frecuencia de utilización de los servicios de interpretación, los resultados ponen de manifiesto que el 52 % de los médicos puede prescindir de la interpretación, al tener un nivel alto de inglés, frente al 40 % que, pese a tener un cierto conocimiento de esta lengua, necesita apoyarse en la interpretación para entender el discurso. En caso de que la utilicen, la mayoría de los encuestados afirma que la interpretación les suele ayudar a entender el discurso original.

En cuanto a sus expectativas previas a la reunión, el 37 % de los encuestados cree que el servicio de interpretación va a ser plenamente satisfactorio y de calidad, si bien el 34 % cree que se limitará a ser suficiente para comprender el discurso. Por otra parte, la mitad de los encuestados ha tenido en el pasado una experiencia buena con la interpretación, frente al 30 % que afirma que esta ha sido regular.

Los resultados ponen de manifiesto que los médicos prefieren escuchar toda la interpretación a seleccionar determinadas partes de ella, ya que el 47 % la escucha íntegra muy frecuentemente o frecuentemente y el 54 % selecciona pocas veces o nunca fragmentos de la interpretación.

La última pregunta se centra en los parámetros de evaluación de la calidad. El parámetro más relevante para los intérpretes sería la utilización de la terminología adecuada (91 %), seguida por la cohesión del mensaje recibido (79 %), la consistencia de sentido con el mensaje original (70 %), la transmisión completa del contenido (63 %), la fluidez (63 %) y en menor medida una voz agradable (40 %), el estilo (26 %), un uso gramatical correcto (19 %), la entonación (12 %) y el acento nativo (9 %).

3.3. Discusión

Lo primero que llama la atención en cuanto al nivel de especialización es que la mayoría de los intérpretes no se ha especializado en un campo determinado, por lo que cabría deducir que se trata de profesionales generalistas que suelen aceptar encargos en ámbitos muy diversos, si bien, con el tiempo y la experiencia, han ido adquiriendo una determinada especialización en determinado ámbito. Sin embargo, resulta interesante observar que, según los intérpretes, para estar en condiciones de aceptar un encargo y ofrecer una interpretación de calidad, el intérprete debe tener un nivel de especialización alto o muy alto.

En la línea de la tendencia generalista, observamos también un consenso en lo amplia que resulta la gama de temas de las reuniones de medicina, por lo que el intérprete que se quiera abrir camino en la interpretación médica debe ser capaz de enfrentarse a un amplio espectro de temas muy diversos y específicos; ello confirmaría la lógica de la corriente generalista, ya que cabría hacerse la pregunta de en

qué campos resulta más conveniente especializarse teniendo en cuenta que no hay ninguno que se repita tanto como para poder dedicarse exclusivamente a él. Tal vez la solución sería obtener una formación sólida en las materias comunes a todas las especialidades médicas, como la fisiología, la anatomía, la patología y la farmacología.

En cuanto al dominio del inglés, los resultados indican que los médicos dominan mejor las destrezas escritas (comprensión y expresión) que las orales. Dicho resultado resulta interesante y positivo para los intérpretes, ya que estos últimos trabajan precisamente con las destrezas en las que los médicos presentan una mayor deficiencia. Por otra parte, los médicos se ven obligados a utilizar muy frecuentemente el inglés, tanto en publicaciones como en congresos de medicina. Si establecemos una correlación entre estos resultados, podríamos decir que, dado que los encuestados presentan niveles altos de expresión escrita y niveles medios de expresión y comprensión oral, tienen menos problemas para publicar en inglés que para impartir una ponencia o comprender un discurso en un congreso médico. Este resultado pone de manifiesto que en las reuniones de medicina siguen siendo necesarios los intérpretes, con lo que se corroborarían en principio las posibilidades que brindan los congresos de medicina a los intérpretes, puestas de relieve por algunos autores (Meak, 1990; Abril y Ortiz, 1998; Jiménez, 1998; Martin, 2002).

Observamos un consenso sobre los eventos multilingües que recurren con frecuencia a la interpretación, los cuales se corresponderían con la clasificación de Martin y Jiménez (1998) y Martin (2002). Los resultados indican, pues, que el intérprete que se dedique a trabajar en el ámbito de la medicina deberá hacer frente a distintos tipos de reuniones y tener en cuenta las características inherentes a cada una de ellas; resulta bastante útil la descripción de los acontecimientos médicos incluida en la categorización de estos autores.

Respecto a la combinación lingüística más frecuente, como cabía esperar, existe un consenso innegable en la importancia del inglés en el discurso médico: todos los encuestados subrayan esta hegemonía, en la línea de aquellos autores según los cuales el inglés desempeña un papel predominante en la comunidad médica internacional (Fischbach, 1993; Gutiérrez Rodilla, 1997; Navarro, 1997; van Hoof, 1999).

Por lo que respecta a la preparación, la prevalencia de la preparación por fases puesta de manifiesto por los intérpretes encuestados coincide con la división del proceso de preparación en fases por la que abogan Altman (1984) y Gile (1985, 1986). Sin embargo, la heterogeneidad de las respuestas relativas al proceso de preparación es indicativa del carácter personal de la preparación. En definitiva, los datos muestran que cualquier procedimiento es válido y que establecer una metodología única no resulta realista ni eficaz, ya que cada intérprete, dependiendo de sus necesidades y conocimientos, requiere un proceso distinto. La variedad de los datos se correspondería con la variedad de las teorías existentes en torno a la preparación.

En cuanto al tipo de preparación (terminológica, conceptual), la mayoría de los intérpretes encuestados afirma realizar normalmente ambos tipos de preparación, en lo que

conuerdan con algunos autores que defienden la preparación mixta (Feraz, 1998), si bien hay un grupo importante que suele recurrir con más frecuencia a la preparación terminológica. De este modo se corroboraría la justificación de la preparación terminológica de Gile (1986), quien afirma que la restitución es posible dadas las equivalencias terminológicas existentes en el discurso científico.

Respecto a las expectativas de los médicos, las respuestas están divididas entre aquellos que creen que el servicio de interpretación va a ser satisfactorio y de calidad y los que esperan que sea un servicio suficiente para comprender el discurso. Por otra parte, un porcentaje significativo reconoce que su experiencia con la interpretación ha sido regular. Este resultado condiciona el resultado anterior, ya que aquellos que han tenido una buena experiencia suelen creer que la interpretación va a ser un servicio satisfactorio y de calidad cuando asisten a la reunión. No obstante, cabría preguntarse si el nivel de expectativa del médico sobre la interpretación está directa o indirectamente relacionado con sus expectativas sobre la propia reunión.

Acerca de la utilización de la terminología y fraseología adecuadas, los médicos encuestados consideran que los intérpretes suelen emplear solo a veces la terminología y fraseología a la que están acostumbrados. Los encuestados dicen que, en los casos en los que el intérprete emplea una terminología diferente a la que están habituados, tienen que deducir lo que el intérprete quiere decir, lo cual puede, en algunos casos, requerir un esfuerzo añadido por parte del médico. Este resultado pone de manifiesto que el intérprete debe realizar una preparación terminológica profunda, ya que los médicos reconocen haber tenido que producir un discurso paralelo mental en numerosas ocasiones.

En lo que se refiere a la coherencia de sentido con el discurso original, los encuestados afirman que casi siempre son capaces de detectar las incoherencias, debido a que, a pesar de que cuando escuchan la interpretación no oyen al orador, son expertos en una determinada especialidad. Por lo tanto, son capaces de detectar las incoherencias con el mensaje original cuando el intérprete dice algo que no concuerda con sus conocimientos sobre el tema. Muchos de los médicos encuestados declaran que no les hace falta oír al orador a la vez que al intérprete para saber cuándo este último comete algún error respecto al original. En la línea de los errores de contenido, los encuestados afirman que, cuando detectan algún error de contenido en la interpretación, no suelen culpar casi nunca al orador, ya que no pueden imaginar que éste se equivoque y el intérprete traduzca el error, sino que piensan que es directamente el intérprete el que introduce un error genuino en el discurso.

4. Hacia una propuesta sobre la formación en interpretación médica

Tras concluir el análisis teórico y el estudio práctico, decidimos aplicar los resultados obtenidos en una propuesta específica para la formación en interpretación médica. Cabe destacar que la propuesta se centra en la enseñanza de la interpretación de conferencias y no la social o comunitaria.

Del mismo modo, en esta propuesta no se incluyen aspectos relativos al aprendizaje de las distintas técnicas (consecutiva y simultánea), ya que partimos de la base de que la formación general precedería a la específica para la interpretación médica.

De esta manera, la formación específica, una vez asimiladas las técnicas inherentes a la interpretación, podrían incluir los cuatro bloques de contenido ya comentados, así como la exposición de los resultados obtenidos con los dos estudios empíricos realizados con intérpretes y médicos.

Primer bloque: aspectos lingüísticos

En este bloque sería conveniente mostrar las características del lenguaje científico, en general, y médico, en particular, así como los procedimientos de formación y creación de términos a través de ejercicios concretos y posteriormente aplicándolos a textos para proceder a la interpretación. Como hemos observado en el estudio empírico realizado, los intérpretes profesionales encuestados conceden una especial importancia al conocimiento del lenguaje médico, ya que les resulta útil a la hora de prepararse y de seleccionar estrategias en sala. Por otra parte, los médicos afirman tener que crear un discurso paralelo mental para suplir las deficiencias terminológicas y fraseológicas del intérprete, por lo que sería conveniente que el intérprete en formación reforzara el conocimiento no solo del léxico, sino también de la fraseología y el estilo médicos.

Segundo bloque: aspectos contextuales

En este bloque se incluiría una descripción de la reunión científica como un conjunto de distintos factores a tener en cuenta. Se podría proceder a la simulación de reuniones, a fin de que el intérprete en formación sea consciente de los distintos elementos que conforman la reunión, dedicando una especial atención a los elementos no verbales del orador (que, como se ha visto, son los considerados más importantes por los intérpretes encuestados) y los elementos audiovisuales. Por lo tanto, resultaría conveniente familiarizar al intérprete, durante su formación, con el manejo y uso de los elementos más utilizados de acuerdo con los resultados de nuestro estudio: Power Point, diapositivas y vídeos, entre otros.

El objetivo sería complementar el primer bloque lingüístico dedicado a los elementos verbales con los elementos no verbales, a fin de que el intérprete considere la reunión como un todo en lugar de como una serie de elementos deslavazados y sin conexión.

Tercer bloque: aspectos documentales y de preparación

En este punto, nos gustaría poner de manifiesto el resultado del estudio 1, realizado con intérpretes, según el cual tan solo uno de los encuestados ha cursado la carrera de Medicina. Ciertamente, al explorar el mercado, detectamos que los intérpretes, por lo general, no son médicos, por lo que se ven obligados a solventar el problema de su falta de especialización y a suplir las diferencias de conocimiento a través de un proceso exhaustivo de documentación y preparación. Por lo

tanto, nos gustaría subrayar que partimos de la consideración del intérprete como «no médico» y que el proceso estudiado y descrito va dirigido a este tipo de intérprete. Consideramos que, lógicamente, el médico-intérprete o el médico que interpreta ocasionalmente requerirán de un proceso diferente, adaptado a sus necesidades. No obstante, no es nuestro objetivo entrar en este otro proceso, que bien podría ser el objeto de otro estudio.

En este bloque, pues, se describirían las distintas tendencias observadas en la bibliografía y el estudio realizado en cuanto al nivel de especialización del intérprete, generalista o especialista, y los distintos grados existentes entre ambas.

Una vez puestas de manifiesto las dificultades derivadas de la carencia de especialización, se expondría la importancia de desarrollar un proceso exhaustivo de preparación y documentación y su posterior archivo y clasificación para facilitar el trabajo ante un encargo similar. Tras comprobar en el estudio que el proceso suele coincidir entre los intérpretes, se expondría el proceso de preparación por fases: preparación en casa o previa, durante el congreso, antes de que empiece, sesiones de *briefing* y en cabina o en sala (para la consecutiva). Para aplicar los conceptos, resulta necesario simular conferencias reales sobre una determinada temática, a fin de que el intérprete en formación ponga en práctica el proceso y se concencie de que, sin preparación, es prácticamente imposible realizar una buena interpretación.

El propósito es que el intérprete aplique el proceso de preparación y comprenda que dicho proceso es imperativo en la interpretación especializada médica, sobre todo cuando carece de experiencia en reuniones de medicina o no ha tenido ningún contacto con el ámbito médico.

Cuarto bloque: uso y calidad de la interpretación

Este bloque se divide en dos partes principales: una primera centrada en el uso de la interpretación por parte del usuario médico (frecuencia de utilización, expectativas, experiencia pasada), así como en los criterios de calidad más importantes, y una segunda que se centraría en los parámetros de evaluación de la calidad desde la perspectiva del intérprete.

El propósito es que el intérprete en formación se concencie sobre el modo de evaluar de los dos actores más directamente implicados en la interpretación y, una vez conocidos los criterios que se suelen considerar más relevantes, ponga los medios oportunos para mejorar su actuación basándose en estos criterios de calidad.

5. Conclusión

Tras llevar a cabo un análisis de los planes de estudio de los centros europeos que incluyen programas de interpretación y que recomiendan la AIIC y la AICE, detectamos que, aunque existen programas de calidad en el ámbito de la interpretación, la mayoría no incluye una materia específica de interpretación científica ni, mucho menos, médica. Este hecho contrasta con la presencia creciente en el panorama nacional de las reuniones de medicina internacionales, cuyos organizadores recurren, en la mayoría de los casos, a los servicios de interpretación ante la confluencia de participantes

de distintas lenguas y culturas. A ello habría que añadir que el inglés ha ido, en cierto modo, desplazando a las demás lenguas en su predominio en la comunidad científica internacional, por lo que se suele aceptar actualmente que es la *lingua franca* de las publicaciones y de las reuniones científicas que actualmente se celebran.

Ante este vacío, y teniendo en cuenta la proximidad de la convergencia europea, emprendimos un estudio teórico-práctico encaminado a subsanar la carencia de programas de interpretación médica en España. El propósito del presente artículo ha sido, en definitiva, dual: por una parte, mostrar los resultados alcanzados con la realización de este estudio y, por otra parte, describir la aplicabilidad de los resultados en la formación en interpretación en el campo de la medicina.

El propósito último ha sido confeccionar un programa específico de interpretación de medicina que podría constituir un marco de enseñanza teórico a partir del cual seguir la formación práctica de la interpretación médica.

Bibliografía

- Abril, M. I., y C. Ortiz (1998): «Formación de intérpretes de conferencias en el ámbito biosanitario inglés-español: La experiencia de la Facultad de Traducción e Interpretación de Granada». En L. F. Fernández y E. Ortega Arjonilla (eds.): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares, pp. 287-297.
- Alexandre, R., A. Porcel, A. Agulló y S. Maset (1995a): «Vicios del lenguaje médico (I). Extranjerismos y acrónimos», *Atención Primaria*, 15 (2): 113-117.
- Alexandre, R., A. Porcel, A. Agulló y S. Maset (1995b): «Vicios del lenguaje médico (II). Pleonasmos, solecismos, sinécdoques, deshumanización y otros problemas», *Atención Primaria*, 15 (3): 184-188.
- Alexieva, B. (1994): «Types of texts and intertextuality in simultaneous interpreting». En M. Snell-Hornby, F. Pöchhacker y K. Kaindl (eds.): *Translation studies: an interdisciplinary*. Amsterdam: Benjamins, pp. 179-187.
- Alexieva, B. (1997): «A typology of interpreter-mediated events», *The Translator: studies in intercultural communication*, 3 (2): 153-174.
- Altman, H. J. (1984): «Documentation and the free-lance interpreter», *The Incorporated Linguist*, 23 (2): 82-85.
- Bühler, H. (1986): «Linguistic (semantic) and extralinguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters», *Multilingua*, 5 (4): 231-235.
- Cabré, T., M. Doménech, J. Morel y C. Rodríguez. (2001): «Las características del conocimiento especializado y la relación con el conocimiento general», En T. Cabré y J. Feliu (eds.): *La terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica*. Barcelona: IULA, Universitat Pompeu Fabra, pp. 173-186.
- Cabré, T., y Feliu, J. (eds.) (2001): *La terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica*. Barcelona: IULA, Universitat Pompeu Fabra.
- Codina, L., M. Doménech, J. Martí y A. Rojo (2001): «Dificultades de representación del conocimiento especializado y propuesta teórica de traducción». En T. Cabré y J. Feliu (eds.): *La terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de*

- información formal y semántica. Barcelona: IULA, Universitat Pompeu Fabra, pp.187-192.
- Collados, A., y M. M. Fernández (eds.) (2003): *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares.
- Congost Mestre, N. (1994): *Problemas de la traducción técnica: los textos médicos en inglés*. Alicante: Universidad.
- Félix Fernández, L., E. Ortega Arjonilla (eds.) (1998): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares.
- Feraz, L. (1998): «Preparación del intérprete de conferencias para el campo de la medicina. Problemas concretos del sector sanitario». En L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (eds.): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares, pp. 333-338.
- Fink, A. (1995): *The survey kit*. Thousand Oaks: Sage.
- Fishbach, H. (1993): «Translation, the great pollinator of science: a brief flashback on medical translation», *Babel*, 38 (4) : 193-202.
- Garzone, G. (2003): «Reliability of quality criteria evaluation in survey research». En A. Collados y M. M. Fernández (eds.): *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares, pp. 23-30
- Gile, D. (1986) : «Le travail terminologique en interprétation de conférence», *Multilingua*, 5 (1) : 31-36.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (1997): «La influencia del inglés sobre nuestro lenguaje médico», *Medicina Clínica*, 108: 307-313.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (1998): *La ciencia empieza en la palabra*. Barcelona: Península.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (2005). *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- Hung, E. (2002): *Teaching translation and interpreting 4*. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins.
- Jiménez, O. (1998): «El intérprete de simultánea ante la terminología médica (inglés-español): preparación y dificultades». En L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (eds.): *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares, pp. 339-352.
- Jiménez, O. (2002). *La traducción técnica inglés-español: didáctica y mundo profesional*. Granada: Comares.
- Kopczynski, A. (1994): «Quality in conference interpreting: some pragmatic problems». En M. Snell-Hornby, F. Pöchhacker y K. Kaindl (eds.): *Translation studies – an interdisciplinary*. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins, pp. 189-198.
- Kumar, R. (1999): *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. Londres: Sage.
- Kurz, I. (1990): «Conference interpreting: job satisfaction, occupational prestige and desirability». En M. Jovanovic (ed.): *La translation, profession créative. Actes du XIIe Congrès Mondial de la FIT*. Belgrado: Prevodilac, pp. 363-376.
- Kurz, I. (1993): «Conference interpretation: expectations of different user groups», *The Interpreters' Newsletter*, 5: 13-21.
- Llorens Terol, J. (1985): «Sobre la viciosa costumbre de abusar de los barbarismos», *Medicina Clínica*, 84: 315-316.
- Martin, A. (2002): «La interpretación en el ámbito científico-técnico». En A. Alcina y S. Gamero (eds.): *La traducción científico-técnica y la terminología en la sociedad de la información*. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I, pp. 107-122.
- Martin, A., y O. Jiménez (1998): «The influence of external factors in the interpretation of biomedical discourse». En L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (eds.): *Traducción e Interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares, pp. 353-363.
- Meak, L. (1990) : «Interprétation simultanée et Congrès médical: Attentes et Commentaires», *The Interpreters' Newsletter*, 3: 8-13.
- Moser, P. (1995): *Simultanes Konferenzdolmetschen. Anforderungen und Erwartungen der Benutzer. Endbericht im Auftrag von AIIC*. Viena: SRZ Stadt und Regionalforschung GmbH.
- Navarro, F. A. (1997): *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- Navarro, F. A. (1998): «Problemas de género gramatical en medicina», *Medicina Clínica*, 110: 68-75.
- Navarro, F. A. (2002). «La traducción médica ante el siglo XXI: tres retos para el lenguaje científico en español». Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de la Lengua Española: El español en la Sociedad de la Información» (Valladolid, 2001). Disponible en *La página del idioma español*: <www.el-castellano.com/fnavarro.html>.
- Navarro, F. A. (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. 2.ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Oppenheim, A. N. (2000): *Questionnaire design, interviewing attitude measurement*. Londres: Continuum.
- Pilegaard, M. (1997): «Translation of medical research articles». En A. Trosborg (ed.): *Text typology and translation*. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins, pp. 159-184.
- Pöchhacker, F. (1995): Apuntes del curso *Interpretation theory and research*. Universidad de Verano, Almuñécar.
- Poyatos, F. (ed.) (1997): *Non-verbal communication and translation: new perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins.
- Pulido San Román, A. (1987): *Estadística y técnicas de investigación social*. Madrid: Pirámide.
- Riccardi, A. (2002): «Evaluation in interpretation». En E. Hung (ed.): *Teaching translation and interpreting 4*. Amsterdam, Filadelfia: John Benjamins, pp. 115-126.
- Riccardi, A. (2003): «The relevance of interpreting strategies for defining quality in interpreting». En A. Collados y M. M. Fernández (eds.): *La evaluación de la calidad en interpretación: investigación. Actas del I Congreso Internacional sobre evaluación de la calidad en interpretación de conferencias*. Granada: Comares, pp. 257-265.
- Ruiz Rosendo, L. (2006): «La interpretación en el ámbito de la medicina: especialización y preparación», *Panace@*, 7 (23): 75-81. <www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_RuizRosendo.pdf>.
- Van Hoof, H. (1999): *Manual práctico de traducción médica. Diccionario básico de términos médicos (inglés-francés-español)*. Granada: Comares.
- Villazón Pidal, B. (1997) (sin publicar): *Contenidos visuales en interpretación simultánea*. Proyecto de fin de carrera. Departamento de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada.