



COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

Universidad
de Alcalá

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2018/19

DOCTORANDO: SULTAN MOHANA SULTAN, MOHANA

D.N.I./PASAPORTE: ****79059

PROGRAMA DE DOCTORADO: D404-LENGUAS MODERNAS: INVESTIGACIÓN EN LINGÜÍSTICA, LITERATURA, CULTURA Y TRADUCCIÓN

DPTO. COORDINADOR DEL PROGRAMA: FILOLOGIA MODERNA

TITULACIÓN DE DOCTOR EN: DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

En el día de hoy 08/04/19, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de CARMEN VALERO GARCES // MOHAMED EL-MADKOURI MAATAOUI.

Sobre el siguiente tema: LA TRADUCCIÓN MÉDICA (ESPAÑOL-ÁRABE): ASPECTOS LINGÜÍSTICOS, FORMATIVOS Y PROFESIONALES

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL¹ de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 8 de abril de 2019

EL PRESIDENTE

Fdo.: IGNACIO GUTIERREZ DE TERAN

EL SECRETARIO

Fdo.: RAQUEL LAZARO GUTIERREZ

EL VOCAL

Fdo.: SAAD MOHAMED SAAD-HELAL

Con fecha 24 de abril de 2019, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
- No conceder la Mención de "Cum Laude"

FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: SULTAN MOHANA SULTAN, MOHANA

La Secretaria de la Comisión Delegada

¹ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



El presente informe es el resultado de la visita de inspección realizada el día 15 de mayo de 2014 a las instalaciones de la Empresa de Energía de Bogotá S.A. (EEB) en el sector de la zona de la ciudad de Bogotá, D.C., con el fin de verificar el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo (SST) aplicables a las actividades de mantenimiento y reparación de las instalaciones eléctricas.

El presente informe es el resultado de la visita de inspección realizada el día 15 de mayo de 2014 a las instalaciones de la Empresa de Energía de Bogotá S.A. (EEB) en el sector de la zona de la ciudad de Bogotá, D.C., con el fin de verificar el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo (SST) aplicables a las actividades de mantenimiento y reparación de las instalaciones eléctricas.



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 24 de abril, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *SULTAN MOHANA SULTAN, MOHANA*, el día 8 de abril de 2019, titulada *LA TRADUCCIÓN MÉDICA (ESPAÑOL-ÁRABE): ASPECTOS LINGÜÍSTICOS, FORMATIVOS Y PROFESIONALES*, para determinar si a la misma se le concede la mención “cum laude”, no habiendo obtenido la unanimidad de los miembros del Tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve no otorgar la Mención de “cum laude”** a dicha Tesis.

Alcalá de Henares, 24 de abril de 2019
EL VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA



F. Javier de la Mata

Javier de la Mata de la Mata

Copia por e-mail a:

Doctorando: SULTAN MOHANA SULTAN, MOHANA

Secretario del Tribunal: RAQUEL LAZARO GUTIERREZ

Directores de Tesis: CARMEN VALERO GARCES//MOHAMED EL-MADKOURI MAATAOUI



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: soporte electrónico impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20 _____



Fdo. El Funcionario



Facultad de Filosofía y Letras

Departamento de Filología Moderna

MOHANA SULTAN

**LA TRADUCCIÓN MÉDICA (ESPAÑOL-ÁRABE): ASPECTOS
LINGÜÍSTICOS, FORMATIVOS Y PROFESIONALES**

Tesis doctoral

Presentada bajo la dirección de:

Prof. Dra. Dña. Carmen Valero-Garcés

Prof. Dr. D. Mohamed El-Madkouri Maataoui

Alcalá de Henares, 2018

جامعة ألكالا

كلية الفلسفة والآداب

قسم فقه اللغة الحديثة

الترجمة الطبية من الإسبانية إلى العربية: مقاربات لغوية وتكوينية ومهنية

رسالة دكتوراة مقدمة من الباحث:

مهنا سلطان مهنا سلطان

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور: محمد المذكوري معطاوي

الأستاذة الدكتورة: كارمن باليرو غارثيس

أستاذ اللغويات والترجمة بجامعة مدريد المستقلة

أستاذة كرسي اللغويات والترجمة بجامعة ألكالا

ألكالا دي إيناريس، 2018

CARMEN VALERO GARCÉS, CATEDRÁTICA DE UNIVERSIDAD DEL ÁREA DE
TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FILOLOGÍA
MODERNA DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ,

INFORMA

que D. Mohana Sultan, ha realizado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada: "La traducción médica (español-árabe): aspectos lingüísticos, formativos y profesionales", que está concluida y que reúne, a mi juicio, las condiciones necesarias exigidas para acceder al grado de doctor.

La tesis ha abordado un tema de investigación escasamente estudiado con anterioridad según los datos aportados y logra aportar información novedosa y así avanzar en un campo en el que queda mucho por hacer.

El corpus de trabajo proviene de varias fuentes complementarias y utiliza una metodología mixta conjugando lo cuantitativo con lo cualitativo desde una perspectiva pluridisciplinar y plurimodal (lingüística, traductológica y didáctica).

Por lo que se refiere a las aportaciones de esta Tesis Doctoral quisiera destacar:

1. Análisis de las dificultades lingüísticas, culturales y traductológicas de los textos biomédicos entre árabe y español.
2. Análisis de los aspectos extralingüísticos necesarios para poder llevar a cabo la traducción de textos biomédicos en la combinación de lenguas árabe-español. Todo ello le permite esbozar una propuesta formativa y algunas recomendaciones ante la falta de formación específica en este ámbito.

Y para que así conste, se firma el presente informe en la ciudad de Alcalá de Henares, a 19 de noviembre de dos mil dieciocho.




MOHAMED EL-MADKOURI MAATAOUI, PROFESOR TITULAR
DE UNIVERSIDAD DEL ÁREA DE TRADUCCIÓN E
INTERPRETACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LINGÜÍSTICA,
LENGUAS MODERNAS, LÓGICA Y FILOSOFÍA DE LA CIENCIA,
Y TEORÍA DE LA LITERATURA Y LITERATURA COMPARADA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

INFORMA

Que D. Mohana Sultan, ha realizado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada "La traducción médica (español-árabe): aspectos lingüísticos, formativos y profesionales", que está concluida y que reúne, a mi juicio, las condiciones necesarias exigidas para acceder al grado de doctor.

Y para que así conste, se firma el presente informe en la ciudad de Madrid, a 19 de noviembre de dos mil dieciocho.



Mohamed El-Madkouri Maataoui

CRISTINA TEJEDOR MARTÍNEZ, Coordinadora de la Comisión Académica del *Programa de Doctorado en Lenguas Modernas: investigación en lingüística, literatura, cultura y traducción*

INFORMA que la Tesis Doctoral titulada *LA TRADUCCIÓN MÉDICA (ESPAÑOL-ÁRABE): ASPECTOS LINGÜÍSTICOS, FORMATIVOS Y PROFESIONALES*, presentada por D. Mohana Sultan Mohana Sultan, bajo la dirección de la Dra. Carmen Valero Garcés y Dr. Mohamed El-Madkouri Maataoui, reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos para ser defendida ante un tribunal. Esta Comisión ha tenido también en cuenta la evaluación positiva anual del doctorando, habiendo obtenido las correspondientes competencias establecidas en el Programa.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma el presente informe en Alcalá de Henares a 22 de enero de 2019.



Agradecimientos

En estas páginas me gustaría hacer efectivo mi agradecimiento a todas las personas que, directa o indirectamente, han contribuido a la elaboración de esta tesis doctoral:

En primer lugar, a los directores de la tesis: Dra. Carmen Valero Garcés y Dr. Mohamed El Madkouri Maataoui, por sus conocedoras orientaciones, sus observaciones constructivas, su apoyo moral y, sobre todo, por la inestimable paciencia que tuvieron para conmigo. Mi deuda con ambos es impagable.

A todos los maestros, profesores y personajes que dejaron sus huellas en mi formación y contribuyeron a lo que soy ahora. El esfuerzo que desplegaron para este propósito me acompaña constantemente, y por ello les estoy sumamente agradecido. Mención especial a los profesores del Departamento de Lengua y Literatura Hispánicas de la Universidad de Al-Azhar (Egipto).

De igual forma, me gustaría hacer extensivo mi compromiso de gratitud hacia mis compañeras del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá, especialmente a la Dra. Helena de Felipe por su preocupación por el desarrollo de este trabajo y el apoyo que siempre me ha brindado.

Quisiera igualmente testimoniar a Ana Guijarro, la bibliotecaria de la Facultad de Medicina de la UAM, todas las expresiones de agradecimiento y de cordialidad por las facilidades de toda clase que me ha dispensado para el estudio y la consulta de numerosos libros que se encuentran en su repertorio. Igualmente, agradezco sumamente al personal de la biblioteca de la UAH, por el trato profesional y las facilidades proporcionadas.

A los/las traductores/as e intérpretes en el ámbito médico: Ahmed El Abdellaoui, Dania Darwiche, Sakina Sahli, Sara Sarfak y Nadia Labani, por participar en la entrevista objeto del capítulo V. Asimismo, mi sincero agradecimiento a los alumnos

de los años académicos 2014-2015 y 2015-2016 del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá, por completar la encuesta objeto del capítulo VII.

Es de justicia que figuren aquí los nombres de los compañeros Mahmoud Gaber y Yolanda Moreno por la ayuda que me brindaron al difundir la encuesta objeto del capítulo VI, y el de Aly Sayed Ahmed por sus consejos y apoyo con relación a las cuestiones burocráticas que, a menudo, surgían en la Universidad de Al-Azhar (Egipto).

A Fahad Al-Munawer, de la Embajada del Reino de Arabia Saudí en Madrid, por su respaldo moral, por el ánimo constante que siempre me ha brindado y, sobre todo, por su buena comprensión, como antiguo académico e investigador, de la complejidad que conlleva la conciliación de los estudios con la dedicación profesional. A Sulaiman Al-Lahem por su constante apoyo.

A todas aquellas personas anónimas que cumplimentaron la encuesta objeto del capítulo VI. Sin su ayuda no habría sido posible conocer la realidad de su comunicación dentro de los centros médicos en los países árabes recogidos en este estudio.

Aunque mencionados en último lugar, son para mí siempre los primeros: los miembros de mi familia. Mis padres, mi mujer, mi hijo y mis hermanos/as nunca podrán ser suficientemente agradecidos/as.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos.....	6
ÍNDICE GENERAL.....	8
Índice de tablas.....	13
Índice de gráficos	15
Listado de siglas y abreviaturas	17
Resumen en español.....	20
Resumen en árabe.....	22
Resumen en inglés.....	24
INTRODUCCIÓN.....	26
Presentación	28
Descripción.....	31
Antecedentes	34
Hipótesis.....	39
Objetivos	40
Metodología	41
Motivación y grado de innovación.....	43
Estructura	45
Sistema de transcripción.....	48
PARTE I: PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	49
CAPÍTULO I: TRADUCCIÓN Y MEDICINA: APROXIMACIÓN HISTÓRICA ...	50
1. 1. Introducción	52
1.2. Sumeria.....	53
1.3. El Antiguo Egipto.....	55
1.4. La Antigua India.....	56
1.5. La Antigua Grecia	57
1.6. El árabe en la Edad Media.....	61
1.6.1. El Califato Omeya	62
1.6.2. El Califato Abasí.....	64
1.6.3. Bait al-Ḥikma de Bagdad.....	66
1.7. Al-Ándalus	69
1.7.1. La Escuela de Traductores de Toledo.....	70
1.7.2. La Escuela de Montpellier	75
1.7.3. La Escuela de Salerno.....	76
1.8. Los siglos XIV—XVII.....	77

1.9. Del siglo XVIII a la actualidad	79
1.10. A modo de conclusión.....	84
CAPÍTULO II: LENGUAJE GENERAL Y LENGUAJES DE ESPECIALIDAD	86
2.1. Introducción	88
2.2. Lenguaje general y lenguajes de especialidad.....	90
2.3. Características de los lenguajes de especialidad	94
2.3.1. En español.....	94
2.3.2. En árabe (un enfoque en la arabización de las ciencias).....	97
2.4. Características del lenguaje científico árabe	100
2.4.1. La diglosia.....	100
2.4.2. La desuniformidad terminológica	101
2.4.3. La variedad dialectal	103
2.4.4. La flexibilidad morfológica y léxica.....	104
2.5. La capacidad del árabe para responder el avance científico	105
2.5.1. La arabización de las ciencias.....	106
2.6. Lenguajes de especialidad y traductología.....	108
2.7. Los textos especializados y su clasificación	109
2.7.1. La traducción de textos especializados	110
2.8. La traducción científico-técnica	111
2.8.1. Definición de la traducción científico-técnica	112
2.9. La traducción médica como rama de la traducción científico-técnica	113
2.9.1. Definición de la traducción médica	114
2.9.2. Características de la traducción médica.....	115
2.9.3. ¿Traducción médica o traducción sanitaria?: variedad de denominaciones	117
2.10. A modo de conclusión.....	119
CAPÍTULO III: FORMACIÓN EN LA TRADUCCIÓN MÉDICA ESPAÑOL-ÁRABE.....	122
3.1. Introducción	124
3.2. Consideraciones previas.....	125
3.3. Antecedentes sobre la didáctica de la traducción en general	127
3.4. La formación en traducción médica español-árabe: Estado de la cuestión.....	130
3.4.1. ¿Traductor médico o médico traductor?	131
3.4.2. Programas de formación en traducción árabe-español	133
3.4.3. Perfil de los alumnos del Máster en TISP.....	137
3.4.4. Oferta docente y análisis curricular: Universidades españolas.....	140
3.4.5. Oferta docente y análisis curricular: Universidades árabes	143
3.5. Consideraciones teóricas sobre la UD.....	150
3.6. A modo de conclusión.....	153

CAPÍTULO IV: PRÁCTICA DE LA TRADUCCIÓN MÉDICA ESPAÑOL-ÁRABE	156
4.1. Introducción	158
4.2. Cooperación hispano-árabe en materia de sanidad	159
4.2.1. Misiones hispanohablantes en países árabes	160
4.2.2. El turismo sanitario en España: Pacientes árabes	163
4.3. Práctica profesional: enfoque en los servicios públicos.....	163
4.3.1. En España	164
4.3.2. La traducción (e interpretación) médica en los países árabes.....	169
4.4. Proyectos de cooperación entre España y países árabes en materia sanitaria	170
4.5. Expectativas de futuro.....	188
4.6. A modo de conclusión.....	190
PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO	192
CAPÍTULO V: DIFICULTADES DE LA TRADUCCIÓN MÉDICA ESPAÑOL-ÁRABE.....	193
5.1. Introducción	194
5.2. Aspectos lingüísticos.....	195
5.2.1. La sinonimia en español	195
5.2.2. La sinonimia en árabe	197
5.2.3. Las siglas.....	198
5.2.4. Falta del equivalente	200
5.2.5. La no coincidencia léxica	202
5.2.6. La metáfora	202
5.2.7. La polisemia contextual	203
5.2.8. Conceptos ambiguos	204
5.2.9. Términos cuya traducción al árabe requiere explicación.....	205
5.2.10. Denominación diferente entre LO y LM	206
5.2.11. El uso de préstamos	207
5.2.12. Los niveles del árabe.....	207
5.2.13. La variedad lingüística entre los países árabes	213
5.3. Dificultades extralingüísticas	215
5.3.1. Diferencia de los sistemas sanitarios	215
5.3.2. Aspectos administrativos	218
5.3.3. Las dietas hospitalarias	218
5.3.4. Conceptos no (o poco) conocidos en árabe	219
5.3.5. La proliferación de las especialidades médicas	220
5.4. A modo de conclusión.....	225

CAPÍTULO VI: LA INTERPRETACIÓN Y TRADUCCIÓN ESPAÑOL-ÁRABE EN CENTROS DE SALUD EN PAÍSES ÁRABES	227
6.1. Introducción	228
6.2. Consideraciones previas	229
6.3. Países árabes y población extranjera	229
6.4. Comentarios de los encuestados sobre aspectos lingüísticos y culturales	243
6.4.1. Comentarios sobre aspectos lingüísticos	244
6.4.2. Comentarios sobre aspectos culturales	244
6.4.3. Comentarios sobre otros aspectos	246
6.5. Implantación de servicios de traducción en centros médicos: perspectiva de los encuestados.....	248
6.6. A modo de conclusión.....	252
CAPÍTULO VII: UNIDAD DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DE LA TRADUCCIÓN SANITARIA ESPAÑOL-ÁRABE	254
7.1. Introducción	256
7.2. La evaluación del texto traducido por los alumnos.....	257
7.3. Análisis de la encuesta	273
7.4. Propuesta de una UD para la enseñanza de la traducción sanitaria español-árabe	293
7.4.1. Título.....	294
7.4.2. Introducción	294
7.4.3. Objetivos didácticos.....	295
7.4.4. Contenidos	296
7.4.5. Actividades de enseñanza-aprendizaje	300
7.4.6. Metodología	302
7.5. A modo de conclusión.....	303
CAPÍTULO VIII: PROPUESTA DE UN DICCIONARIO DIGITAL DE TÉRMINOS MÉDICOS “ESPAÑOL-ÁRABE”	305
8.1. Introducción	306
8.2. Antecedentes	307
8.3. Propuesta de un diccionario médico español-árabe en línea.....	312
8.3.1. ¿Por qué un diccionario en línea?	313
8.4. Metodología	314
8.5. Algunas precisiones técnicas.....	316
8.6. Modelos de la propuesta.....	325
8.7. A modo de conclusión.....	337
CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN. 339	

BIBLIOGRAFÍA GENERAL	358
a) En español	360
b) En inglés.....	381
c) En árabe.....	384
ANEXOS	389
<i>Anexo 1: Encuesta sobre La comunicación de la población hispanoárabe en los centros médicos en países árabes</i>	<i>391</i>
<i>Anexo 2: Encuesta sobre Perfil de los alumnos del Máster en TISP/Aspectos formativos en traducción (e interpretación) sanitaria árabe-español.....</i>	<i>395</i>
<i>Anexo 3: Información acerca del sistema sanitario español</i>	<i>397</i>
<i>Anexo 4: Subdirecciones y órganos dependientes del Ministerio de Sanidad de Egipto</i>	<i>399</i>
<i>Anexo 5: Preguntas frecuentes sobre salud y Migración</i>	<i>401</i>
<i>Anexo 6: Enfermedades crónicas en países árabes</i>	<i>406</i>
<i>Anexo 7: Informes médicos traducidos al árabe.....</i>	<i>409</i>
<i>Anexo 8: Consentimientos informados traducidos al árabe</i>	<i>431</i>
<i>Anexo 9: Textos publicitarios traducidos al árabe</i>	<i>434</i>

Índice de tablas

Tabla 1: Características de la traducción de textos especializados.	95
Tabla 2: Másteres en traducción e interpretación árabe-español en universidades españolas.	134
Tabla 3: Universidades españolas de las que han provenido alumnos del Máster en TISP.	138
Tabla 4: Universidades árabes de las que han provenido alumnos del Máster en TISP.	139
Tabla 5: Otras universidades de las que han provenido alumnos del Máster en TISP.	139
Tabla 6: Proyecto “EUNIDA. Fortalecimiento del Sistema de Salud” (Libia).	171
Tabla 7: Proyecto “EUROMED. Protección Civil”.	171
Tabla 8: Proyecto “SOCIEUX. Protección Social de la UE” (Túnez).	172
Tabla 9: Proyecto “EUROMED. Acortando distancias” (Sudán).	173
Tabla 10: Proyecto “Apoyo al Servicio de Protección Civil” (Argelia).	174
Tabla 11: Proyecto “Refuerzo de la gestión hospitalaria fase II” (Túnez).	175
Tabla 12: Proyecto “Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud” (Marruecos).	175
Tabla 13: Proyecto “Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud” (Marruecos).	176
Tabla 14: Proyecto “Fortalecimiento de Capacidades Institucionales del Sector Salud” (Marruecos).	177
Tabla 15: Proyecto “Suministro Equipamiento Ministerio de Salud y Población” (Egipto).	177
Tabla 16: Proyecto “Apoyo Sectorial Salud” (Marruecos).	178
Tabla 17: Proyecto “UE Pegase Educación” (Palestina).	179
Tabla 18: Proyecto “UE Pegase Salud” (Palestina).	179
Tabla 19: Proyecto “Apoyo presupuesto Salud” (Marruecos).	180
Tabla 20: Proyecto “Entorno Sostenible y Prácticas Higiénicas Saludables” (Mauritania).	181
Tabla 21: Proyecto de Atención de Salud Primaria (Marruecos).	181
Tabla 22: Otras contribuciones a Unicef (Palestina).	182
Tabla 23: Proyecto de Supervivencia Infantil (Mauritania).	183

Tabla 24: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos y Mauritania).	183
Tabla 25: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos).	184
Tabla 26: Proyecto de Derechos Sexuales y Reproductivos (Jordania).	185
Tabla 27: Proyecto de Salud Materno-Infantil en la Región de Gorgol.	185
Tabla 28: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Palestina).	186
Tabla 29: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos).	187
Tabla 30: Proyecto “Médicos del Mundo” (Mauritania).	187
Tabla 31: Préstamos en el lenguaje médico árabe (elaboración propia).	207
Tabla 32: Términos médicos antiguos y sus equivalentes actuales (elaboración propia).	211
Tabla 33: Términos relativos a la Lingüística, cuyo uso es variado en los países árabes.	214
Tabla 34: Denominaciones de los ministerios de sanidad en los países árabes (elaboración propia).	217
Tabla 35: Población hispanohablante en Emiratos Árabes Unidos en los años 2014 y 2015.	234
Tabla 36: Visados de trabajo expedidos en Arabia Saudí para extranjeros durante el año 2013.	235

Índice de gráficos

Gráfico 1: Principales etapas del proceso de investigación	34
Gráfico 2: Porcentajes de las participaciones de los hispanohablantes en países árabes	233
Gráfico 3: Los idiomas de comunicación dentro de los servicios sanitarios en países árabes	238
Gráfico 4: Los idiomas empleados durante el primer contacto entre pacientes hispanohablantes y los proveedores de los servicios sanitarios en países árabes	239
Gráfico 5: Evaluación de la comunicación lingüística y extralingüística dentro de los centros médicos en países árabes	242
Gráfico 6: Perspectivas sobre la implantación de servicios de interpretación y traducción en los centros de salud en los países árabes	243
Gráfico 7: Gráfico: Grado o licenciatura cursados	274
Gráfico 8: La edad en la que se ha adquirido la segunda lengua	275
Gráfico 9: El grado de dominio de la primera lengua extranjera.....	276
Gráfico 10: Dominio de otras lenguas extranjeras.....	277
Gráfico 11: La tercera lengua que los alumnos saben	278
Gráfico 12: Previa experiencia profesional como traductor o/e intérprete	279
Gráfico 13: Conocimientos sobre Traductología.....	280
Gráfico 14: Conocimientos sobre Terminología	280
Gráfico 15: Dificultades en la asignatura de traducción sanitaria	281
Gráfico 16: Tipo de dificultad en la asignatura de traducción sanitaria	282
Gráfico 17: Dificultad de la variedad del árabe clásico y del árabe dialectal	283
Gráfico 18: Herramientas de consulta para la traducción sanitaria	284
Gráfico 19: La suficiencia de herramientas consultadas	285
Gráfico 20: Procedimiento de traducción empleado.....	286
Gráfico 21: El módulo sanitario y la formación de traductores e intérpretes	287

Gráfico 22: Lo que se ha aprendido específicamente en el módulo sanitario.....	288
Gráfico 23: La suficiencia/insuficiencia del material impartido en el módulo sanitario	289
Gráfico 24: Calidad del material impartido	290
Gráfico 25: Calidad de la enseñanza ofrecida	291
Gráfico 26: Perspectivas sobre un máster específico en T&I sanitaria español-árabe.....	292
Gráfico 27: Posibilidades de cursar un máster en T&I sanitaria español-árabe	292

Listado de siglas y abreviaturas

Coord.	Coordinador, Coordinadora, Coordinadores, Coordinadoras
RAE	Real Academia Española
CCG	Consejo de Cooperación del Golfo
ECTS	<i>European Credit Transfer System (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos)</i>
Ed.; Eds.	Editor, Editora; Editores, Editoras
<i>Et al.</i>	Y otros
FIIAPP	Fundación Internacional y para Iberoamérica de Admón y Políticas Públicas
<i>Ibíd.</i>	Citado en la obra anterior, pero no en la misma página
<i>Ibídem</i>	Citado en la obra anterior y en la misma página
IEEI	Instituto Egipcio de Estudios Islámicos
Lengua A	Lengua materna
Lengua B	Primera lengua extranjera
Lengua C	Segunda lengua extranjera
LM	Lengua Meta
LO	Lengua Origen
MT	Memorias de Traducción
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de las Naciones Unidas
Pág. / Págs.	Página / Páginas
S. / SS.	Siguiente / Siguientes
SEDOM	Sociedad Española de Documentación Médica
SGT	Software de Gestión Terminológica
Tr&In	Traducción e Interpretación
TISP	Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos
TAC	Traducción Asistida por Computadora
TO	Texto Origen
Tr.	Traductor, Traductora, Traductores, Traductoras
U.	Universidad
UAH	Universidad de Alcalá
UE	Unión Europea

* Traductor médico: Con ello nos referimos al traductor que vierte a otra lengua textos concernientes al campo de la Medicina. Lo propio ocurre con

* Médico traductor: Con ello nos referimos al médico que lleva a cabo traducciones de un idioma a otro.

* Diccionario digital: Con ello nos referimos al diccionario en línea.

Resumen en español

La presente tesis doctoral es un ejemplo de investigación interdisciplinar en la que se exploran aspectos lingüísticos, formativos y profesionales de la traducción médica en la combinación lingüística español-árabe. El estudio se extiende a dos disciplinas afines y con orígenes multidisciplinares, a saber: la Lingüística y la Traductología. La primera viene representada por la aproximación al lenguaje común y los lenguajes de especialidad, mientras que la segunda se plasma a través del estudio de la enseñanza de la traducción médica y su práctica, tanto en España como en algunos países árabes.

Así pues, en primer lugar se investigan algunas dificultades que atañen a la traducción médica en el binomio lingüístico seleccionado. Para ello, partimos de la hipótesis de que esta parcela de traducción entrañaría dificultades especiales emanadas de la asimetría entre las dos lenguas que nos ocupan. Así, nos hemos planteado un objetivo que estriba en destacar una relación de estas dificultades. Y en aras de presentar conclusiones lo más rigurosas y sólidas posible, la metodología empleada para la consecución de los objetivos planteados ha sido mixta: a) analizar un corpus aleatorio de textos médicos traducidos por otros profesionales o por el propio doctorando y contrastar los resultados de este análisis con las perspectiva de profesionales en esta área de traducción mediante, y b) entrevistar a cinco traductores de textos médicos en la combinación de lenguas español-árabe.

En segundo lugar, y en lo que atañe al aspecto formativo, se explora la formación de traductores médicos en el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá. Partimos aquí de la hipótesis de que la formación ofrecida presentaría superficialidad, siendo insuficiente para proporcionar una formación completa de traductores sanitarios en dicha combinación lingüística. El objetivo que nos hemos planteado aquí radica en ofrecer una propuesta de unidad didáctica para la asignatura de Traducción Sanitaria en el programa aludido. La metodología seleccionada en este capítulo es, igualmente, mixta: a) analizar los planes de estudio que, en la fase de grado, dibujaron el perfil de

los alumnos del máster señalado, b) presentar un encargo de traducción a los alumnos y, acto seguido, analizarlo, y c) conocer la perspectiva de los alumnos sobre aspectos formativos y profesionales mediante una encuesta.

Con respecto a la práctica, se investiga —en tercer lugar— el estado de la cuestión de la comunicación de la población hispanohablante radicada en Egipto y los países árabes del Consejo de Cooperación del Golfo dentro de los centros médicos de dichos países. Partimos, de este modo, de los supuestos de que la comunicación en dichos centros puede ser deficiente como consecuencia de la falta de traductores (e intérpretes) médicos español-árabe o por la ausencia de una adecuada formación de éstos. Para ello, trazamos el objetivo de ofrecer soluciones a dicha situación, a raíz de las conclusiones que se extraen de la exploración realizada. La metodología que rige este estudio es la exploratoria, materializada en un cuestionario dirigido a 100 hispanohablantes residentes en los países propiamente dichos.

Ante la falta de recursos de consulta —principalmente diccionarios médicos bilingües español-árabe— para la formación y la práctica en el campo seleccionado, hemos realizado, en el capítulo VIII, un estudio piloto del *statu quo* de los recursos disponibles en este ámbito y, acto seguido, hemos ofrecido una muestra de un diccionario médico español-árabe en línea.

Por último, esta iniciativa de investigación tiene interés en los contextos que conforman el par lingüístico referido: España y algunos países árabes, y pretende llenar una parte del hueco que se ha experimentado en esta parcela de estudios.

هذه الأطروحة بينت التخصص، أقوم فيها ببحث بعض الجوانب اللغوية والتكوينية والمهنية التي تتعلق بالترجمة الطبية من اللغة الإسبانية إلى اللغة العربية. يقع هذا البحث بين تخصصين هما: اللغويات والترجمة. فيما يتعلق باللغويات، أتطرق إلى دراسة الفرق بين اللغة العامة واللغة المتخصصة، وخصائص كل منهما في اللغتين موضوعاً لهذا البحث. أما الجانب الترجمي فيتمثل في بحث تدريس الترجمة الطبية من اللغة الإسبانية إلى اللغة العربية، وكذلك الممارسة المهنية لهذه الترجمة في إسبانيا وفي بعض الدول العربية.

ونلخص فيما يلي كل جانب من الجوانب التي بُحثت في هذه الأطروحة، مع الإشارة إلى الهدف منه والفرضية التي انطلقت منها والمنهجية التي قمت بتطبيقها من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة يفيد منها الباحثون والطلاب والمشتغلون بالترجمة الطبية في الزوج اللغوي المذكور.

أولاً: جرى بحث بعض من صعوبات الترجمة الطبية بين اللغتين الإسبانية والعربية. انطلقت في بحث هذا الجانب من الفرضية التالية "ربما تكتنف الترجمة الطبية من الإسبانية إلى العربية صعوبات خاصة نتيجة للاختلاف بين هاتين اللغتين، لا سيما في ظل تدريس العلوم الطبية في أغلب الجامعات العربية بغير اللغة العربية"; لهذا وضعت هدفاً يتلخص في "بحث أبرز هذه الصعوبات وتقديم نتائج وافية تعين الباحثين والمترجمين والأساتذة والطلاب في هذا الحقل". وكانت المنهجية المتبعة للوصول إلى نتائج تخدم هذا الهدف متنوعة. فلقد اعتمدت المنهج التحليلي بهدف تحليل ذخيرة نصية تنتمي إلى المجال الطبي من خلال نصوص مترجمة من قبل بعض المترجمين، بالإضافة إلى نصوص أخرى قمت بترجمتها. لكننا لم نعتمد هذه المنهجية وحدها فحسب، وإنما قمنا أيضاً بمقابلة النتائج التي حصلنا عليها بأراء خمسة من المترجمين المحترفين في ترجمة النصوص الطبية في الزوج اللغوي إسباني-عربي من خلال مقابلة مع هؤلاء المترجمين.

ثانياً، بحثت تكوين المترجمين في المجال الطبي في أحد برامج الدراسات العليا، وتحديدًا في ماجستير التواصل الثقافي البيئي والترجمة التحريرية والشفوية في الخدمات العامة الذي تقدمه جامعة ألكالا. انطلقت في هذه الدراسة من الفرضية التالية: "ربما لا يُقدّم هذا البرنامج التكوين الشامل للمترجمين في المجال الطبي من الإسبانية إلى العربية والعكس، نظرًا لساعات الدراسية المحددة التي خصّصت لتأهيل المترجمين في المجال الطبي بهذا الماجستير". لذا، وضعت هدفاً يتلخص في بحث ما إذا كان هذا البرنامج يقوم بالتكوين الأمثل للمترجمين في هذا الجانب، وعلى إثره وضعت مقترحاً لوحدة تعليمية تهدف إلى تدريس الترجمة الطبية بين الإسبانية والعربية. وكانت المنهجية التي اتبعتها في هذه الدراسة متنوعة، إذ قمت بتحليل الخطة الدراسية التي شكّلت الخلفية التكوينية لطلاب الماجستير

لأقف على مدى خلفيتهم من الترجمة الطبية ثم قمتُ بتقديم نص قام الطلاب بترجمته وقيمتُ بعد ذلك بتحليله، وأخيراً قدمتُ استبانةً لهؤلاء الطلاب هدفها الوقوف على وجهة نظرهم من بعض الجوانب التكوينية في الترجمة الطبية في الزوج اللغوي المشار إليه.

ثالثاً، فيما يخص دراسة الجوانب المهنية المتعلقة بممارسة الترجمة في سوق العمل ودورها في التواصل بين الجاليات الأجنبية ومقدمي الخدمات الطبية اخترتُ إجراء الدراسة على الجالية الناطقة باللغة الإسبانية والمقيمة في دول مجلس التعاون الخليجي، بالإضافة إلى جمهورية مصر العربية. انطلقتُ في دراسة هذا الجانب من الفرضية التالية: "ربما تواجه هذه الجالية صعوباتٍ عند لجوئها للخدمات الطبية في الدول المذكورة نتيجة لعدم توفر المترجم أو لتقديم الترجمة بلغة ثالثة — هي غالباً الإنجليزية — ليست اللغة الأم لمقدمي الخدمات الطبية أو لمتلقيها". هنا وضعتُ هدفاً هو الحصول على نتائج في هذا الجانب ووضع حلول لمشكلة التواصل داخل الخدمات المذكورة. وكانت المنهجية المتبعة من أجل الحصول على نتائج في هذا البحث هي تقديم استبانة شارك فيها 100 من الناطقين باللغة الإسبانية للوقوف على طبيعة التواصل اللغوي داخل الخدمات الطبية في الدول العربية المذكورة.

وأخيراً، وإزاء غياب المعجمات والقواميس الطبية في الزوج اللغوي إسباني-عربي قمتُ بعمل مقترح في الفصل الأخير من هذه الأطروحة يمثل النواة الأولى لمشروع قاموس كبير يُتاح عبر الويب يكون مُعيناً للمشتغلين بهذه المهنة من أكاديميين ومترجمين وطلاب وربما عاملين بالمجال الطبي أيضاً.

وفي النهاية، تسعى هذه الدراسة لسد جزء من الفجوة الكبيرة في هذا المجال. لذا أرجو أن تكون مفيدةً للمشتغلين بهذا المجال والمجالات القريبة منه، وأن تكون بدايةً لسلسلة من الدراسات النافعة في حقل اللغويات والترجمة. لا سيما الترجمة التحريرية والشفوية في الخدمات العامة.

اللَّهُ أَسْأَلُ أَنْ يَجْعَلَ هَذَا الْعَمَلَ خَالِصًا لَوَجْهِهِ الْكَرِيمِ وَأَنْ يُثَقِّلَ بِهِ مِيزَانَ حَسَنَاتِنَا يَوْمَ نَلْقَاهُ.

Resumen en inglés

Abstract

The presented doctoral thesis is an example of an interdisciplinary research in which linguistic, formative and professional aspects of medical translation in the Spanish-Arabic linguistic combination are explored. This study extends to two related disciplines with multidisciplinary origins; that is, Linguistics and Translation Studies. The first study represents similarities of common language and specialized languages, whilst the second embodies the study of medical translation teaching and its practice, both in Spain and in some Arab countries.

Thus, first and foremost, certain difficulties regarding medical translation in the aforementioned linguistic binomial are investigated. As a result, we start from the hypothesis that this area of translation would entail specific difficulties arising from the particular conditions and characteristics that these two languages present. For this reason, we have set ourselves the goal of highlighting a list of these difficulties. In order to present conclusions that are as rigorous and solid as possible, the methodology used to achieve the objectives has been split into: a) analyzing a random corpus of medical texts translated by other professionals or by the doctoral student himself, contrasting the results of this analysis with the perspective of five professionals in this area of translation, and b) through interviewing the above-mentioned translators.

Secondly, the training of medical translators is explored in the only program in the world that offers such training in the linguistic set we are dealing with: the Master's degree in Intercultural Communication, Interpretation and Translation in Public Services from the UAH (University of Alcalá de Henares). Here, we start from the hypothesis that the training on offer would be superficial, so that it would be insufficient to comprehensively train medical translators in the above-mentioned linguistic set. The objective that we have set out here is to offer a didactic unit proposal for the subject that concerns us in the aforementioned program. The methodology on which we rely in this chapter is a combination of a) analyzing the study plans that, in the degree stage, drew the profile of the students of the master's

degree, b) analyzing the results of an assignment translation completed by these students, and c) knowing the perspective of the students on various training and professional aspects through a survey.

Regarding practice, we research the state of the communication issue of the Spanish-speaking population based in Egypt and the Arab countries of the Gulf Cooperation Council within the medical centers of those countries. We start from the assumptions that communication in these centers would be deficient as a result of the lack of Spanish-Arabic translators (and interpreters) or their lack of adequate training. For this purpose, we set ourselves the objective of offering solutions to this situation as a result of the conclusions drawn from the research carried out. The methodology applied to this study is exploratory; materialized in a questionnaire addressed to 100 Spanish speakers living in the aforementioned countries.

Due to the lack of resources for consultation, mainly Spanish-Arabic bilingual medical dictionaries for the training and practice of the selected field, we have, in the last chapter of this doctoral thesis, carried out a pilot survey of the *status quo* of the resources available in this field and, thereupon, we offer a sample of a Spanish-Arabic medical dictionary online.

Finally, this research initiative gives particular emphasis to the contexts that make up the aforementioned linguistic set, Spain and certain Arab countries. It aims to fill part of the gap that has been experienced in this area of studies.

INTRODUCCIÓN

Presentación

Aunque la traducción, entendida como la transmisión de un mensaje de una lengua a otra, se ha practicado desde tiempos sobremanera remotos, fue únicamente en la segunda mitad del siglo XX cuando comenzó a reconocerse y a considerarse una disciplina separable de la Lingüística Aplicada o de la Literatura Comparada. James Stratton Holmes en su ponencia titulada *The Name and Nature of Translation Studies* y pronunciada en el marco del III Congreso Internacional de Lingüística Aplicada (Copenhague 1972), sentó las bases de lo que posteriormente se conoce como “Estudios de Traducción” (Lafarga y Pegenaute, 2015: 269 y محمد عناني, 2003: 6, entre otros).

Así pues, este autor distingue entre la teoría y la práctica, vertebrando los estudios en torno a esta disciplina en teóricos, descriptivos y aplicados. En lo que atañe a estos últimos, James S. Holmes los desglosa en tres elementos esenciales, a saber: didáctica de la traducción, herramientas del traductor y crítica de traducciones (Hurtado Albir, 2001: 138 y ss.). Dichas líneas han sido objeto de un largo etcétera de estudios desarrollados dentro de la disciplina propiamente señalada.

No obstante, en el siglo XXI los estudios de traducción han empezado a extenderse a otras líneas diferentes de las referidas, merced al avance científico y tecnológico que, como es sabido, sigue un ritmo muy acelerado. En este sentido, huelga referirse a la tecnología 5G de telefonía móvil, al internet de las cosas, al intérprete instantáneo (*Pilot*), entre otros. Esta revolución tecnológica ha gozado de amplia repercusión tanto en la traducción como en la propia medicina. Prueba de ello es el uso de un robot en las intervenciones quirúrgicas, técnica que, paradójicamente, se puso en práctica por vez primera en este país para intervenir a una paciente que sufría la enfermedad de Parkinson¹.

En consecuencia, proliferan las herramientas de traducción que beben de este avance pero también lo alimentan. Así pues, Traducción Asistida por Computadora

¹ Información completa en: <http://www.publico.es/ciencias/parkinson-operacion-robot.html> (Consulta: 15/03/2018).

(TAC), Memorias de Traducción (MT) o Software de Gestión Terminológica (SGT) son herramientas con las que los traductores profesionales de hoy en día están ampliamente familiarizados. Es más, durante los últimos dos años se han experimentado avances en materia tecnológica especialmente orientada a la traducción. Éstos se plasman en aparatos que, aunque pongamos en tela de juicio su utilidad o capacidad para sustituir al hombre, constituyen —a nuestro modo de ver— un cambio categórico en este plano. Con esto nos referimos al antes mencionado dispositivo *Pilot*.

Igualmente, con la llegada del presente siglo el mundo ha presenciado ciertos cambios originados por guerras, catástrofes naturales o crisis económicas. Todo ello ha dado lugar a flujos migratorios sin parangón y, por consiguiente, a unas transformaciones sociales que anteriormente el mundo desconocía. Al igual que la globalización, este fenómeno ha desembocado en el surgimiento de sociedades en las que, *nolens volens*, ha de convivir un mosaico de lenguas y culturas desiguales. A este fenómeno se dispensa la denominación de sociedades multilingües y multiculturales (*cf.* Alonso Araguás *et al.*, 2013: 153).

Asimismo, observamos que, al menos durante los últimos tres lustros, se ha dado un interés creciente por otros campos de la traducción distintos a aquéllos que prevalecían desde antaño. Si bien durante el siglo pasado la traducción de textos literarios ocupaba la parte más importante en términos de demanda, parece que en el presente siglo la traducción de textos especializados se encuentra ganando terreno a expensas de la primera. Estas afirmaciones vienen corroboradas por la gran demanda de la traducción de textos especializados que se ha contemplado en los últimos años (*cf.* Alcaraz Varó, 2007; Franco Aixelá, 2013 y Úcar Ventura, 2014, entre otros).

De este modo, el lenguaje de especialidad evoluciona merced a los descubrimientos incesables, y es ahí donde la traducción ha de ser capaz de dar respuesta a dicha evolución. Uno de los ámbitos marcados por la presencia preponderante del lenguaje de especialidad es la medicina, así como las ramas del saber que le son afines. Si nos atenemos a la lógica, la referida disciplina es

completamente ineludible para cualquier persona, ya que “la salud y la enfermedad están intrínsecamente relacionadas con el ser humano [...]” (Albarrán Martín, 2012: 3). Así pues, nadie está a salvo de padecer una indisposición o enfermedad, con independencia de su edad, origen, raza o sexo. Además, la atención sanitaria cobra especial relevancia en contextos como la inmigración, el refugio, el asilo, las guerras o las catástrofes naturales.

Dentro de la traducción de textos especializados, creemos firmemente que la traducción de textos científicos posee una relevancia especial, ya que por medio de ésta se vierten las ciencias de una civilización a otra, enriqueciendo ambas lenguas y culturas involucradas. Igualmente, destaca el papel que desempeña la traducción en el desarrollo de las naciones. Tanto es así, que en ciertas ocasiones —como se observará en la aproximación histórica que ocupa el capítulo I del presente trabajo— la traducción sirvió para conocer primero las ciencias de otras civilizaciones para, acto seguido, crear un propio legado científico, como es el caso del árabe en la Edad Media (*cf.* Vázquez de Benito y Herrera, 1981). En este sentido, la existencia de un considerable movimiento de traducción científica en un país determinado obedece necesariamente a un avance en la materia científica en ese país (أبو يعرب المرزوقي, 1989: 31).

También, desde tiempos inmemoriales la medicina siempre ha gozado de un lugar manifiesto entre las ciencias naturales. A este respecto, y concretamente en referencia a lo que esta ciencia significaba para los árabes del Medievo, Schipperges sostiene que las ciencias de la salud se han transformado en “la más noble de las ciencias naturales, a cuyo efecto se llama la atención una vez más sobre la nobleza de su materia, a saber: el cuerpo humano, que tanto sobresale entre todos los demás eres materiales del cosmos” (1975: 101).

Así pues, resulta evidente el denominador común que articula la traducción y la medicina: ambas se han llevado a la práctica desde tiempos muy remotos y son consustanciales al individuo. En palabras de Díaz Cintas, la traducción “es una actividad que, por haber existido desde siempre, es casi inherente al ser humano en

tanto se trata de la acción interpretativa por excelencia, de la comunicación entre los pueblos” (2001: 15). En cambio, la medicina —como se ha descrito anteriormente— es una necesidad incuestionable de las personas. De igual forma, el siglo actual trae consigo nuevas realidades sociales y científicas que, a nuestro parecer, hacen preciso que se planteen nuevos enfoques de investigación. Es decir, los estudios a propósito de la traducción han de orientarse también a las ciencias, de manera que se traduzcan en la realización de actividades que contribuyan a *la transferencia del conocimiento* (Valero Garcés y Sultan, 2017).

Por ello, pretendemos llevar a cabo un estudio que aborde cuestiones **lingüísticas, formativas y profesionales** relativas a la traducción médica en el binomio lingüístico español-árabe. Antes de proceder a detallar el objeto de nuestro trabajo, nos gustaría señalar que en este triángulo nos conjugamos con la tricotomía: **investigación, formación y práctica**, que constituye las parcelas atendidas por el equipo de investigación FITISPos que también desarrolla su actividad en la Universidad de Alcalá (en adelante, UAH).

Descripción

El trabajo que aquí se presenta tiene un carácter integrador, panorámico e interdisciplinar en el que se aborda el tema de la traducción médica entre el español y el árabe. Se trata de una investigación que pretende cubrir aspectos lingüísticos, formativos y profesionales del área referida.

Partiendo de las premisas señaladas en el anterior apartado e interesados por el ámbito de la traducción médica, por razones que mencionaremos en el epígrafe titulado *Motivación y grado de innovación*, hemos procedido a averiguar el estado de la cuestión del campo señalado en tres vertientes: investigación, formación y práctica. Para ello, hemos realizado un acopio genérico de información, a la par que hemos procurado demarcar el área de estudio aquí tratada. Así pues, la investigación inicial efectuada ha desembocado en la selección de tres aspectos principales que constituyen el objeto de estudio de la tesis doctoral que aquí se presenta y que pueden resumirse como sigue:

En el primero, se trata de explorar algunos de los aspectos lingüísticos y extralingüísticos que generan dificultades para quienes se dedican a la traducción médica en el par lingüístico español-árabe. De este modo, partimos de la asimetría entre las dos lenguas que componen dicho binomio lingüístico, ya que —como es sabido— la primera lengua pertenece a la familia indoeuropea mientras que la segunda concierne al tronco semítico. Unida esta característica a un volumen modesto de traducciones entre ambas lenguas, incomparable con el volumen de traducciones llevado a cabo entre el español y el inglés o entre el inglés y el árabe, por citar algunos ejemplos, consideramos que dichas dificultades serían mayúsculas. Además, en esta consideración tenemos presente la ausencia del árabe en la enseñanza y la divulgación científicas en casi todos los países árabes. Este elemento, que ocupa los capítulos II (teórico) y V (empírico), representa el aspecto **lingüístico**.

El segundo versa sobre la formación de traductores médicos en la señalada combinación lingüística. Para ello, hemos seleccionado un programa de formación en traducción sanitaria, esto es, el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos (en adelante, Máster en TISP) que la UAH viene ofreciendo desde el curso 2006/2007, para que sea el representante del aspecto **formativo** de esta tesis doctoral. En él, analizaremos la formación que ofrece la asignatura de Traducción Sanitaria que forma parte de este programa, así como el perfil del alumnado de dicha asignatura y su perspectiva en torno a cuestiones formativas que a esta parcela se refieren. Al término de la investigación recogida en esta línea, y a raíz de las conclusiones extraídas, proponemos una unidad didáctica (en adelante, UD) para la enseñanza de la traducción sanitaria español-árabe. Este estudio ocupa los capítulos III (teórico) y VII (práctico).

El tercero corresponde a cuestiones profesionales donde se explora el *statu quo* de la comunicación lingüística entre los proveedores de servicios sanitarios, por una parte, y los miembros de la población hispanohablante radicada en algunos países árabes, por otra. Con ello se explorará si existen servicios de interpretación y traducción español-árabe que dinamizan dicha comunicación. Con ello se extraen conclusiones referentes al mercado profesional en los países del Consejo de

Cooperación del Golfo (en adelante, CCG) en los que vive una población multilingüe y multicultural, lo que los convierte en un mercado profesional virgen en lo que se refiere a la traducción e interpretación en los servicios públicos. Este estudio, que ocupa los capítulos IV (teórico) y VI (práctico), representa el aspecto **profesional**. No obstante, nos gustaría ilustrar al respecto que, si bien la investigación objeto del capítulo VI aborda cuestiones orales cuando esta tesis doctoral versa sobre traducción, esto debe a que en los servicios públicos la interpretación antecede normalmente a la traducción. Además, el ejercicio de la interpretación se remonta a los albores de la humanidad e incluso es más antiguo que la práctica de la traducción. Esta opinión es compartida por varios autores citados por Mahyub Rayaa (2015: 15).

Aparte de la investigación de los tres aspectos señalados que componen el objeto de estudio de esta tesis doctoral, se ha realizado en el capítulo I una aproximación histórica a la traducción médica. En ésta hemos empezado por lo general, esto es, la historia de la traducción entre las diferentes civilizaciones antiguas, y terminado por lo específico, a saber: la historia de la traducción en el par lingüístico español-árabe. De igual forma, concluimos el estudio con el capítulo VIII en el que hacemos una breve propuesta de un diccionario digital de términos médicos español-árabe.

Por último, hemos procurado ajustar el planteamiento de la presente tesis doctoral al planteamiento usual y ordinario de los trabajos de investigación análogos. En primer lugar, se ha detectado un vacío en los estudios que conforman los capítulos del trabajo que aquí se presenta, y más precisamente en la combinación lingüística español-árabe. Acto seguido, se ha partido de unas bases teóricas que nutren cada una de las etapas del estudio, tal y como se indica en el esquema a continuación:



Gráfico 1: Principales etapas del proceso de investigación

Antecedentes

Como se espera de un trabajo de estas características, hemos realizado un repaso de los estudios antecedentes que tratan cuestiones lingüísticas y culturales referentes a la traducción médico-sanitaria. Esta tarea ha englobado obras culminadas tanto en España como en países árabes y no se ha circunscrito a la pareja lingüística objeto de esta tesis doctoral, sino que se ha extendido a otros idiomas como el inglés y el francés. Así pues, el repaso retrospectivo verificado en este sentido ha desembocado en los resultados que, en orden cronológico, exponemos en lo que sigue:

— Mousbah Argeg (2015) aborda los problemas de traducir términos médicos del inglés al árabe. La autora ha utilizado un enfoque evaluativo en el que participan estudiantes de posgrado considerados competentes en traducción médica, así como traductores profesionales árabes cuya labor traductora está orientada a la medicina. La metodología aplicada en este estudio es una especie de combinación cualitativa-cuantitativa. Asimismo, el corpus de trabajo se centra en diferentes tipos de términos médicos, siendo excluidos los términos pertenecientes a la parcela farmacéutica. Como recurso esencial cuyo propósito es identificar las dificultades reales atribuidas a la

traducción de los términos médicos, así como las estrategias de su solución por parte de traductores experimentados, la investigadora emplea un cuestionario dirigido a los doctorandos en traducción, a efectos de medir la capacidad de que dispone dicho colectivo para solventar problemas de carácter terminológico. Acto seguido, se presentó el mismo cuestionario a un grupo de traductores árabes profesionales con el objetivo de evaluar la misma competencia en éstos. Los términos recogidos por esta encuesta abarcan la mayor parte de los órganos del cuerpo humano, además de pertenecer a géneros textuales diversificados: informes médicos, folletos del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, informes de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), etc. Los resultados del análisis mostraron que los términos médicos suponen un desafío importante y una dificultad real, tanto para los estudiantes de traducción como para los traductores profesionales que no gozan de mucha experiencia. Lo propio ocurrió con los traductores profesionales, aunque éstos demostraron más competencias en este sentido y más habilidades para solventar tales dificultades. El estudio termina haciendo una recomendación destinada a poner el acento en la parte terminológica dentro de los programas de formación, con la finalidad de potenciar la competencia lingüística en su vertiente terminológica en los futuros traductores médicos en la combinación lingüística referida.

— Por otro lado, فاطمة الزهراء هيري (2014) en su obra titulada *La traducción del francés al árabe de textos especializados en el ámbito médico* aglutina numerosos aspectos concernientes a la traducción médica en el par lingüístico señalado. En primer lugar, la autora analiza los planes curriculares relativos a la enseñanza de la traducción en su país, Argelia, y posteriormente aborda el tema de la problemática de la traducción de textos médicos. La metodología empleada en este trabajo es cualitativa y se materializa principalmente en un estudio de campo. En la parte empírica la autora realiza una aproximación al término médico y su acuñación, comentando —desde una perspectiva traductológica— clases desarrolladas en francés y dirigidas a alumnos árabes en algunas facultades de medicina en Argelia. En esta parte la autora, a través de entrevistas y encuestas dirigidas a traductores médicos (francés-árabe), analiza también las dificultades lingüísticas con las que dichos profesionales se enfrentan.

— Shaji Sa'adeh Yaseen (2013) arroja luz sobre el problema de la inconsistencia en el uso de los términos médicos traducidos del inglés al árabe, así como los problemas que se producen como consecuencia de dicha inconsistencia. El estudio tiene como objeto destacar el efecto que posee el uso mudable del término médico en el par lingüístico señalado. Además, indaga en la naturaleza del público al que va dirigida la traducción y en el valor que entraña el hecho de tener en consideración este público a la hora de elegir el equivalente traductológico en árabe. El corpus empleado en este trabajo consiste en siete libros médicos traducidos al árabe, además de 35 recetas médicas traducidas también a este idioma. Igualmente, con tal propósito la autora entrevistó a 100 médicos árabes en las dos ciudades palestinas de Neplusa y Ramallah. El estudio demuestra una inconsistencia en el uso del término médico vertido del inglés al árabe. Se da un conjunto de métodos que se utilizan mayoritariamente en aras de buscar el equivalente de dicho término en la lengua de llegada, a saber: la transliteración, la arabización y la descripción del término.

— Albarrán Martín (2012) explora la importancia que posee la traducción de textos médicos, así como las posibilidades y los retos que esta especialidad supone. En primer lugar, la autora plantea una reflexión teórica en torno a la relación entre la traducción y la medicina, al igual que estudia las peculiaridades del lenguaje médico y su repercusión en la traducción del inglés al español. En segundo lugar, y desde un enfoque profesional, investiga el *statu quo* de la profesión de la traducción médica en España en la combinación lingüística inglés-español. También, en este estudio se hace una aproximación a la enseñanza de la traducción de textos especializados en universidades españolas, haciendo hincapié en conceptos de naturaleza didáctica como la competencia traductora, el error de traducción, la adecuación, la norma, etc. Uno de los métodos del trabajo señalado consiste en el análisis de un corpus de traducciones de textos médicos realizadas por los alumnos de los últimos cursos del Grado en Traducción e Interpretación de la Universidad de Salamanca durante los cursos 2010/11 y 2011/12. Dicho análisis permitió conocer las deficiencias o problemas que manifiestan los traductores en formación en la traducción de este tipo de textos.

— Lázaro Gutiérrez (2010), en su tesis doctoral sobre interpretación en los servicios sanitarios en España, explora la asimetría que se produce en la conversación médico-paciente. La autora parte de unas hipótesis como “el hecho de que el paciente no domine la lengua de comunicación dentro de la consulta médica aumenta la asimetría”. En aras de llevar a cabo su estudio, la investigadora empleó un corpus de 75 conversaciones, dividiéndolo en tres grupos. Cada uno de éstos se componía, a su vez, de 25 conversaciones y tenía como objetivo medir el nivel de asimetría en la comunicación propiamente referida (médico y paciente que comparten la misma lengua; paciente que habla una lengua diferente de la del médico y a la intervención, en este último caso, un intérprete para posibilitar una conversación fluida). La metodología aplicada en este estudio se basa en el análisis del discurso del personal sanitario. Entre las conclusiones que el estudio ofrece se confirma dicha hipótesis de partida, es decir, aumenta la asimetría cuando el paciente no habla la lengua de los proveedores de servicios sanitarios, o cuando muestra deficiencias en esta lengua. De igual manera, dicha asimetría disminuye cuando interviene un intérprete para dinamizar la comunicación entre los integrantes de la conversación.

— Martínez López (2008), desde una perspectiva profesional y aplicable a la didáctica de la traducción médica, aborda la problemática de la traducción de textos especializados de Medicina para el sector editorial en el binomio lingüístico inglés-español. En primer lugar, desde una perspectiva lingüística, la autora hace una aproximación al lenguaje médico como lenguaje de especialidad, tratando su definición, características y funciones. En segundo lugar, estudia las peculiaridades de la creación, difusión y reproducción de los términos propios del ámbito biosanitario en el par lingüístico propiamente dicho. Y en tercer lugar, desde una dimensión extralingüística, la autora explora las convenciones que gobiernan la producción de literatura científica dentro del ámbito objeto de estudio, así como el diagnóstico de los elementos que justifican la hegemonía cultural del inglés.

Con respecto a la combinación lingüística español-árabe, los trabajos efectuados en esta línea resultan muy escasos²:

Barchin Isper (1990) ha efectuado un estudio de la obra titulada “Kitāb Ṭibb Al-Mūlukī Al-Qastālī ”³. El autor llevó a cabo una traducción al castellano acompañada de un estudio de la obra referida, con el objetivo de establecer una comparación entre los géneros médicos relacionados con la higiene privada en aquella época y los mismos géneros en épocas posteriores. Al término de su investigación, Barchin Isper ofrece un glosario de términos médicos, concernientes precisamente al área de la higiene médica, en el binomio lingüístico árabe-español.

Por otro lado, Bustamante Costa (1992) estudia las huellas de la cultura árabe en su homóloga europea y, más precisamente, en la materia del léxico médico. El autor explora seis obras de medicina traducidas del árabe al latín entre los siglos XII y XIII y examina minuciosamente su traducción, cotejando el texto origen con el texto meta, a efectos de detectar los arabismos en el latín referentes a la materia del léxico propiamente dicho. El resultado fue la localización de un sinnúmero de arabismos en el léxico señalado, así como la existencia de diferentes métodos empleados por los traductores de aquella época para la traducción de dichas obras.

Cabe señalar, por último, que hemos hallado numerosos estudios, principalmente Trabajos de Fin de Máster, realizados por alumnos del Máster en TISP, que giran en torno a la traducción sanitaria. Sin embargo, la mayoría de dichos estudios fueron elaborados desde un enfoque en los servicios públicos. En este sentido, es también digno de mención un esfuerzo realizado en el seno de la UAH, esto es, la publicación en el año 2006 de una guía básica multilingüe de atención al paciente en seis pares lingüísticos, entre ellos el español-árabe (cf. de la Morena Fernández y Valero Garcés, 2006).

² Para tener una idea de ello, las tesis doctorales llevadas a cabo en universidades españolas, entre 1977 y 2017, sobre traducción médica en este binomio lingüístico son tan sólo dos tesis.

³ Libro de la Medicina Real de Castilla.

Hipótesis

La investigación aquí presentada parte de tres hipótesis principales, cada una de ellas está relacionada con uno de los aspectos explorados en este estudio. Estas hipótesis son:

i. Si bien el árabe y el español presentan una asimetría originada por la pertenencia de cada una de ambas a una familia lingüística distinta, la traducción de textos médicos del español al árabe encerraría dificultades especiales, máxime cuando la lengua semítica no se emplea ni en la enseñanza de las ciencias ni en la divulgación científica en casi todos los países árabes.

ii. Si en el Máster en TISP de la UAH se dedican tan sólo 5 ECTS a la asignatura de Traducción Sanitaria árabe<>español, en este programa la formación sería superficial y serviría solamente como una introducción o aproximación a la formación en esta área.

iii. Si bien los países del CCG poseen una presencia considerable de población hispanohablante y carecen, al mismo tiempo, de programas de formación en traducción (e interpretación) médica español<>árabe, la comunicación entre dicha población y los proveedores de servicios sanitarios allí sería deficiente.

En consecuencia, los interrogantes a los que este trabajo pretende dar respuestas son: ¿Qué dificultades caracterizan la traducción médica entre el español y el árabe?; ¿Cómo es la formación que ofrece el Máster en TISP en esta materia?; ¿Cómo afecta la comunicación entre los hispanohablantes y los proveedores de servicios en los centros médicos árabes, ante la ausencia de traductores (e intérpretes) médicos en este par lingüístico? y ¿Cuáles son los componentes que hacen que los países árabes, sobre todo los que conforman el CCG, se conviertan en un buen mercado profesional para los traductores (e intérpretes) médicos español-árabe?

De igual forma, durante el desarrollo de nuestra investigación, y en atención a las nuevas líneas que iban despuntando a medida que nos adentrábamos en el estudio

de cada uno de los aspectos mencionados, han surgido preguntas adicionales diferentes a las de partida. Dichas preguntas son: ¿Serían útiles los actuales recursos de soporte, principalmente diccionarios y glosarios bilingües español-árabe, relativos a la traducción médica en dicho binomio?; ¿Qué consecuencia acarrearía la ausencia de estos recursos para el alumno y el traductor profesional en esta área? y ¿Cómo es la historia de la traducción médica, en general, y entre el árabe y el español, en particular?

En efecto, el presente estudio ha pretendido dar respuestas a todos estos interrogantes. Para ello, se han planteado las metas que se exponen a continuación:

Objetivos

Los objetivos que se pretenden lograr con esta tesis doctoral se desglosan en dos niveles, uno genérico y cuatro específicos. El objetivo general estriba en:

➤ Contribuir a llenar una parte del vacío investigador que se documenta en el ámbito de la traducción médica español-árabe, abriendo, así, el camino para una serie de estudios que aborden distintos aspectos (historia, lenguaje, formación o mercado laboral), relativos a esta parcela⁴.

En tanto que los objetivos específicos que conforman esta presente investigación son:

1. Desde un enfoque tanto lingüístico como extralingüístico mostrar una relación de dificultades que caracterizan la traducción médica del español al árabe.
2. Presentar datos y estadísticas sobre el *statu quo* de la comunicación interlingüística e intercultural entre hispanohablantes y proveedores de servicios sanitarios en algunos centros médicos en Egipto y los países del CCG.

⁴ Sean de carácter histórico, lingüístico o traductológico. También, sean atinentes a esta rama de investigación (centros médicos), en el marco de los servicios públicos o a otra rama como los centros jurídicos, administrativos, judiciales o docentes.

3. Proponer una UD para la enseñanza-aprendizaje de la traducción sanitaria en el binomio lingüístico árabe-español en la fase de posgrado y, de modo especial, para el Máster en TISP.
4. Formular una propuesta de un diccionario médico digital para la combinación lingüística español-árabe.

Metodología

La presente investigación se sitúa en el marco de las ciencias sociales en lo que a la proyección metodológica se refiere. Dada la diversidad de los aspectos a los que este trabajo da cobertura, hemos empleado un elenco de métodos con el propósito de alcanzar los objetivos perseguidos. De este modo, en la presente investigación se aplica una metodología tanto cuantitativa como cualitativa, dependiendo del carácter de estudio que posee cada una de las partes que componen este estudio, tal y como se detalla a continuación.

La aproximación histórica se rige por los métodos propios de la investigación diacrónica. En ella expondremos una perspectiva histórica referente a la medicina y su traducción, yendo de lo general a lo específico. En las cuestiones que fueron objeto de polémica haremos uso de los procedimientos: tesis, antítesis y síntesis, sin obviar la aportación de nuestra perspectiva propia en torno a cada una de dichas cuestiones.

En la parte I, el método analítico-descriptivo será el articulador de los planteamientos teóricos. Igualmente, en esta parcela se ha hecho uso del procedimiento empleado en la aproximación histórica, al igual que se ha desplegado un esfuerzo en aras de hacer acopio de los datos teóricos para su posterior análisis con el fin de que nutran cada uno de los aspectos explorados en la parte práctica.

Así pues, para el estudio de las dificultades de la traducción médica se ha recurrido a dos métodos diferentes. El primero reside en el análisis de un corpus de textos médicos en la LO y traducirlo a la LM extrayendo conclusiones que se basan en la experiencia del propio traductor. Aquí, y para ofrecer una visión lo más completa

posible, no nos hemos ceñido a este método, sino que hemos contrastado la relación de dificultades extraída en esta investigación con la opinión de cinco traductores profesionales en la materia⁵. El método empleado aquí es el de la entrevista, método que hemos visto aplicado en trabajos como el de Lázaro Gutiérrez (2010), Muñoz Miquel (2014) y Mahyub Rayaa (2015), entre otros.

Con respecto al estudio de los aspectos formativos referentes al programa en TISP hemos recurrido a los métodos siguientes: a) el análisis del perfil del alumnado antes de su incorporación a este máster; b) presentar un encargo de traducción a los alumnos, con el fin de medir su propio nivel en relación con la parcela que nos ocupa, y c) presentar un cuestionario a dichos alumnos en aras de conocer su perspectiva sobre cuestiones formativas y profesionales. Para esta medida hemos adaptado el modelo de Sevilla Muñoz y Sevilla Muñoz (2003), que gira en torno a la enseñanza de traducción científico-técnica. Asimismo, para la elaboración de la UD ofrecida al término del estudio, hemos bebido de obras como la de Ortega Arjonilla (1998), entre otras.

Por último, para explorar los aspectos comunicativos y profesionales objeto del capítulo VI se ha hecho uso del método exploratorio mediante la presentación de un cuestionario a colectivos hispanohablantes, método que también han empleado, anteriormente, autores como Valero Garcés y de la Morena Fernández (2004), Congost Maestre (2010), Albarrán Martín (2012) y Mahyub Rayaa (2015), entre otros.

En resumidas cuentas, la metodología de investigación aplicada en esta tesis es mixta, ya que aúna aspectos teóricos con otros empíricos y descriptivos. En cada unidad de estudio se recurre al método de investigación que, desde el punto de vista metodológico y científico, consideramos compatible con el objeto de dicho estudio. Sin embargo, según el desarrollo de la investigación, no se descarta recurrir a otros

⁵ Son precisamente cinco los entrevistados, dada, por un lado, la escasez de los traductores (e intérpretes) español-árabe que se dedican, de forma exclusiva, a este ámbito y, por otro lado, la limitada experiencia de otros traductores incorporados recientemente a este campo y, por ende, no se han visto capaces de aportar su opinión al respecto.

métodos que estimemos necesarios para la consecución de los objetivos que la presente tesis doctoral persigue.

Con respecto a las normas de citación bibliográfica, este trabajo se ha ajustado a las instrucciones ofrecidas por el manual de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá (BUAH)⁶ que, a su vez, bebe de las normas de APA. No obstante, hemos optado por citar las fuentes árabes en su lengua original por diversas razones, entre ellas: a) adoptar el modelo de las academias de la lengua árabe que, habitualmente, citan en sus respectivas lenguas originales y sin transliteraciones las fuentes que figuran en otros idiomas distintos al árabe, b) tratar de minimizar las notas a pie de la página, ya que la transliteración de dichas fuentes en el texto suponía volver a citarlas nuevamente en árabe al pie de la página, c) los destinatarios de dichos recursos son principalmente árabes o arabistas y ambos colectivos pueden preceder a consultar la fuente en su lengua original, y d) por lo que nos consta, ninguna de las obras consultadas en árabe está traducida a una lengua europea. Por lo tanto, los colectivos propiamente referidos son, al menos de momento, los únicos destinatarios de dichas obras.

Motivación y grado de innovación

La decisión de culminar un estudio de esta naturaleza emana de una vocación por la enseñanza y el ejercicio de la traducción, en general, y la traducción de textos médicos, en particular. Nuestro recorrido de casi nueve años en docencia universitaria, primeramente, de Lengua Española en la Universidad egipcia de Al-Azhar (2009-2014) y, posteriormente, de Traducción Sanitaria Español-Árabe en el Máster en TISP de la UAH (2014-actualidad) ha ido suscitando nuestra inquietud en torno a aspectos académicos y profesionales de la traducción. De igual forma, la compaginación de actividades docentes de dicha disciplina con otras profesionales de la misma nos ha permitido profundizar en la idiosincrasia de ambas. De este modo, se ha ido avivando nuestro interés en desarrollar actividades que sirvan de utilidad para la universidad, los

⁶ Disponibles en: <https://biblioteca.uah.es/investigacion/documentos/Ejemplos-apa-buah.pdf> [Último: acceso: 26/09/2016].

egresados y los colectivos que requieran de la traducción (y de la interpretación). Si a lo descrito se une la carencia de estudios efectuados a propósito de las parcelas mencionadas, será lógico que la motivación sea doble.

La pretensión de aportar nuestro granito de arena en las parcelas y aspectos mencionados no se ciñe al periodo de cuatro años en el que se ha culminado la tesis doctoral que aquí se presenta, sino que tiene su origen en el año 2013. A partir de este año hemos comenzado, de forma constante, nuestras actividades referentes a la enseñanza, a la práctica y a la investigación en torno a la traducción en el par lingüístico que nos ocupa. Igualmente, hemos compaginado dichas actividades con la participación, como ponentes, en numerosos simposios y congresos nacionales e internacionales sobre traducción e interpretación, a la par que hemos publicado más de media docena de artículos en la materia⁷. Asimismo, hemos participado en numerosas actividades universitarias, como talleres de trabajo, en la UAH y en la Universidad de al-Azhar (Egipto), con el propósito de servir al conjunto de los sujetos mencionados (egresados, traductores e intérpretes o colectivos que necesitan de la comunicación interlingüística).

Sin embargo, nuestra motivación en el área señalada no se interrumpirá con la culminación y la defensa de esta tesis doctoral. Es lo contrario, se alimentará de los resultados de esta investigación para llevar a cabo, de forma grupal o individual, las líneas de investigación futuras mencionadas al término de las conclusiones generales del trabajo que aquí se presenta.

En lo que atañe a la innovación que esta tesis doctoral presenta, citaremos —en las líneas que siguen y en forma de epígrafes— la aportación que hemos pretendido contribuir:

⁷ Parte de esta actividad está disponible en: <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/sultan-mohana/> [Consulta: 01/07/2018].

a) Este trabajo viene a reanudar la investigación en el campo objeto de este estudio, tomando la iniciativa de romper el silencio que caracteriza este ámbito, máxime durante las últimas tres décadas.

b) Los aspectos explorados en este estudio son variados, de modo que los resultados que se derivan de su exploración resultarían útiles para una buena gama de beneficiarios: traductores, intérpretes, población inmigrante, alumnos de traducción e interpretación, docentes de esta disciplina, investigadores en la materia e incluso profesionales de la salud.

c) Las propuestas de la UD (capítulo VII) y del diccionario médico español-árabe en línea (capítulo VIII), que pretendemos que sea la génesis de un macroproyecto, son igualmente dos aportaciones originales de esta tesis doctoral.

d) La investigación que ocupa el capítulo VI, dirigida a la población hispanohablante afincada en países árabes, sobre todo los Estados del CCG, es la primera que se desarrolla en este sentido. Además, los resultados emanados de esta exploración resultarían útiles para las autoridades de dichos países, de forma que pueden conllevar a la implantación de servicios de traducción e interpretación español-árabe, especialmente en los Emiratos Árabes Unidos, Catar y Arabia Saudí, cuyos gobiernos —en nuestra opinión— se muestran receptivos a nuevas iniciativas, al tiempo que no carecen de recursos económicos para materializar los resultados de dicha investigación.

e) Las conclusiones finales que esta tesis doctoral presenta, así como las líneas de investigación futuras que cierran dichas conclusiones son, igualmente, innovaciones que han de aglutinarse a los epígrafes arriba mencionados.

Estructura

Además de la introducción y las conclusiones finales, esta tesis doctoral se compone de ocho capítulos que, a su vez, se desglosan en dos partes principales: parte

I (de carácter teórico) y parte II (de índole práctica). Cada una de dichas partes comprende cuatro capítulos cuyo contenido se describe a continuación:

Capítulo I. “Traducción y medicina: aproximación histórica”. Partiendo de lo general a lo específico, en este capítulo realizamos una aproximación a la historia de la traducción médica desde la Antigüedad hasta el siglo XXI. Con ello, se pretende medir la aportación de las diferentes naciones a la disciplina que nos ocupa y, por consiguiente, conocer la influencia mutua que cada civilización ha ido dejando en la otra mediante la traducción, sobre todo en el par lingüístico seleccionado.

Capítulo II. “Lenguaje general y lenguajes de especialidad”. Aborda el tema del lenguaje general y los lenguajes de especialidad (diferencia, peculiaridades definiciones o clasificación) relativos a las dos lenguas que conforman nuestro par lingüístico. De igual forma, se trata aquí la cuestión de la arabización de las ciencias y su repercusión al verter al árabe textos médicos redactados en castellano. Este capítulo constituye la base teórica del capítulo V.

Capítulo III. “Formación en traducción médica español-árabe”. Aquí, se exploran aspectos formativos referentes a la preparación de futuros traductores médicos en la combinación lingüística que nos ocupa. Para ello, se analiza el perfil de los alumnos del Máster en TISP, contrastando con este perfil el plan de formación en traducción sanitaria ofrecido en dicho máster. Del trabajo objeto de este capítulo se extraen conclusiones teóricas que nutren el capítulo VI.

Capítulo IV. “Práctica de la traducción médica español-árabe”. Versa sobre el mercado profesional que puede dar cabida a los alumnos graduados en el ámbito que nos ocupa. Por ello, aquí se enumeran los ámbitos en los que hoy en día se ejercen las expectativas de futuro, así como los que en un futuro próximo pueden acoger un buen número de traductores médicos español-árabe. Este estudio representa la base teórica del capítulo VII.

Capítulo V. “Dificultades de la traducción médica español-árabe”. Se trata del primer capítulo de la parte práctica. En él, desde un enfoque lingüístico y cultural, se

recogen y se clasifican algunas de las dificultades que atañen a la traducción médica en el binomio lingüístico español-árabe, desde la perspectiva del traductor profesional. La relación de dificultades ofrecida al término del estudio se contrasta con la opinión de cinco traductores de textos médicos en dicha combinación lingüística.

Capítulo VI. “La interpretación y traducción español-árabe en centros de salud en países árabes”. Estudia el estado de la comunicación producida entre hispanohablantes y proveedores de servicios sanitarios en los Estados del CCG, además de Egipto. A raíz del estudio recogido en este capítulo se ofrecen propuestas referentes a la implantación de servicios de traducción e interpretación en el par lingüístico que nos interesa, con la finalidad de fomentar la apertura de un mercado profesional en los países propiamente señalados.

Capítulo VII. “Unidad didáctica para la enseñanza de la traducción sanitaria español-árabe”. Analiza la formación en traducción médica que ofrece el Máster en TISP árabe-español y el perfil que ha cursado este programa durante los años 2014-2016, así como el encargo de traducción presentado a dicho alumnado. De las conclusiones extraídas del análisis del triángulo mencionado se procede a la propuesta de una UD para la asignatura de la Traducción Sanitaria en el Máster en TISP.

Capítulo VIII. “Propuesta de un diccionario en línea de términos médicos español-árabe”. Dada la carencia de recursos de consulta para la traducción médica entre el español y el árabe, observación que hemos constatado durante el desarrollo de esta investigación, proponemos una muestra de diccionario médico español-árabe en línea, esperando que esta aportación sea el germen de un diccionario integral que se ponga a disposición de los respectivos colectivos en un futuro muy próximo.

Sistema de transcripción⁸

Letra árabe	Nombre	Transcripción	Sonido
أ	Alif	ʾ	(signo ortográfico polivalente)
ب	Bāʾ	B	B
ت	Tāʾ	T	T
ث	Ṫāʾ	Ṫ	za, ce, ci, zo, zu, como <i>zapato</i> , cera
ج	Ķīm	Ķ	j inglesa, como <i>job</i>
ح	Ḥāʾ	Ḥ	h aspirada fuerte
خ	Jāʾ	J	j castellana, como <i>jarabe</i>
د	Dāl	D	D
ذ	Ḍāl	Ḍ	th inglesa, como <i>the</i>
ر	Rāʾ	R	R
ز	Zāy	Z	z inglesa como <i>zoo</i>
س	Sīn	S	S
ش	Šīn	Š	sh inglesa, como <i>she</i>
ص	Ṣād	Ṣ	s enfática
ض	Ḍād	Ḍ	d enfática
ط	Ṫāʾ	Ṫ	t enfática
ظ	Zāʾ	Z	th inglesa, como <i>the</i> pero enfática
ع	Ayn	ʿ	sonido gutural
غ	Gayn	G	ga, gue, gui, go, gu fricativa
ف	Fāʾ	F	F
ق	Qāf	Q	q, k articulada en la úvula
ك	Kāf	K	ca, que, qui, co, cu, k,
ل	Lām	L	L
م	Mīm	M	M
ن	Nūn	N	N
هـ	Hāʾ	H	h inglesa (aspirada suave), como <i>he</i>
و	Wāw	W	u semiconsonante, como <i>huevo</i>
ي	Yāʾ	Y	i semiconsonante, como <i>hierba</i>

⁸ Sistema utilizado y acreditado por los arabistas españoles desde los años 30. Igualmente, es el sistema empleado en las revistas *al-Andalus* (1931-1977) y *al-Qanṭara* (que se publica desde 1980).

PARTE I: PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I: TRADUCCIÓN Y MEDICINA: APROXIMACIÓN HISTÓRICA

1. 1. Introducción

La difusión de la *medicinae* y su trasvase cronológico entre las distintas civilizaciones no hubiera sido posible de no ser por la traducción. Evidentemente, cada una de las civilizaciones antiguas poseyó su propio legado médico que, a menudo, se veía nutrido por otros anteriores y, a su vez, alimentaba otros legados posteriores. En este mestizaje la traducción desempeñó un papel incuestionable:

La transmisión del legado médico de los pueblos de la Antigüedad inevitablemente se ha producido a través de un proceso comunicativo, transcultural, transliteral, translingüístico y transtextual continuo que parece remansarse con las traducciones al latín de la Edad Media hasta que paulatinamente esta lingua franca para los intelectuales va sustituyéndose tímidamente, por algunas lenguas vernáculas, y masivamente por las versiones latinas más refinadas y cuidadas de los humanistas desde el siglo XVI hasta la época del Absolutismo en el siglo XVII (García Bravo, 2004: 26-27).

De esta forma, cobran especial relevancia los estudios de índole histórica que versan sobre la traducción científico-técnica, en general, y la médica, en particular. Si bien es cierto que la exploración en torno a las dos disciplinas propiamente referidas ha aumentado exponencialmente durante las últimas tres décadas, aún “permanecería la necesidad de llevar a cabo estudios históricos que nos sirvieran para analizar el flujo de entradas y salidas de las ideas en cada cultura con el fin de comprender cómo circula el conocimiento” (Franco Aixelá, 2013: 42).

Tanto es así, que en este capítulo se parte de una visión extensa y general para realizar una aproximación a la historia de la medicina y su transmisión a lo largo del tiempo por medio de la traducción. De este modo, resaltamos el papel que ha desempeñado la traducción en el traspaso del saber médico, así como las huellas que ciertas civilizaciones han legado a otras en el marco de esta comunicación interlingüística e intercultural.

En el caso del español, algunos estudios achacan estas improntas al griego y al latín, pero también a otras lenguas como el árabe, el inglés o el francés. Así pues, en

palabras de Gutiérrez Rodilla, “[...] en un diccionario médico actual en español, la procedencia de los términos sería más o menos la siguiente —los porcentajes están redondeados—: 48 % griego; 35 % latín; 10 % híbridos greco-latinos; 3 % epónimos; 1,5 % inglés; 0,5 % árabe; 0,5 % francés; 0,5 % siglas” (2014: 89).

Cabe explicitar que pese a que algunos estudios sitúan el origen de la medicina occidental moderna en la antigüedad clásica griega, y comienzan a partir de ahí su exploración histórica en pos de movimientos e idiomas que vehicularon el saber médico durante las épocas posteriores (Albarrán Martín, 2012: 21-22), nosotros hemos considerado propicio —sin refutar esta perspectiva— ampliar nuestra exploración para que recogiera otras civilizaciones cuya medicina, o al menos parte de ella, se ajustaba a métodos lógicos. Con ello, nos referimos a las naciones previas a la Antigua Grecia, esto es, la sumeria, la egipcia o la india.

Igualmente, dado que las cuestiones históricas no constituyen el propósito primordial de esta tesis doctoral, la aproximación objeto de este capítulo carece de exhaustividad. Esta condición puede no ser cumplida en situaciones puntuales, a saber: cuando se trata de civilizaciones o lenguas que han dejado huellas nítidas en un idioma o en los dos idiomas que conforman el par lingüístico que nos ocupa.

Por último, recordamos que, tanto en el capítulo que aquí se presenta como en esta tesis doctoral, la medicina a la que hacemos referencia es aquella que posee un carácter profesional y cuenta con cierto aval oficial. Tanto es así, que quedan fuera de nuestro propósito todas aquellas actividades ajenas al marco propiamente dicho, así como las prácticas arcaicas que, desde la perspectiva médica moderna, carecen de rigurosidad.

1.2. Sumeria

Parece ser que no hay consenso en torno al lugar donde apareció por primera vez la práctica médica ni la civilización que estableció sus fundamentos. Algunos estudiosos concluyen que esta parcela del saber es tan antigua como el hombre mismo, atribuyendo su génesis a una inspiración de Dios (Galeno, Hipócrates, etc.). En

cambio, otros postulan que su surgimiento se originó como consecuencia de una necesidad humana. Dicha necesidad despertó, según algunos autores, en el hombre un cierto interés de experimentación que, finalmente, dio lugar al descubrimiento de la medicina (ابن أبي أصيبعة, 1998: 8 y ss.).

Si aceptamos que el origen de la historia hunde sus raíces en Mesopotamia, y concretamente en la civilización sumeria, ciertos estudios revelan que en ésta se experimentaron prácticas médicas semejantes a las que se documentaron varios siglos más tarde en civilizaciones posteriores al nacimiento de Jesucristo. Así pues, en aquel entonces existían las profesiones de médico, de curandero o de hechicero, al tiempo que se empleaban métodos de curación dispares. Asimismo, en aquellos tiempos era tan estructurado el ejercicio médico hasta el punto de que “[...] para componer sus medicamentos, el médico sumerio, igual que su colega moderno, recurría al uso de sustancias vegetales, animales y minerales” (Kramer, 1985:55).

Además, tenemos constancia de que la primera farmacopea fue llevada a cabo de la mano de un médico perteneciente a la civilización propiamente señalada. En efecto, una tablilla de arcilla vertida del sumerio al inglés deja constancia de un protocolo farmacéutico bastante consolidado en el que, si bien se usaron métodos primitivos, se mostró cierto rigor científico. No obstante, esto no significa que en Sumeria las prácticas médicas carecían completamente del empleo de sortilegios o de exorcismos. De acuerdo con Kramer (*ibíd*: 57), estas prácticas “[...] eran de uso corriente, como se desprende del contenido de unas setenta tablillas pequeñas cubiertas de encantamientos designados como tales por los mismos autores de las inscripciones”.

En lo que respecta a elementos lingüísticos, no se ha constatado la existencia de una actividad traductora entre el sumerio y otras lenguas en el seno de la referida civilización, y menos de la traducción médica. Los textos traducidos desde esta lengua, de los que tenemos conocimiento, se produjeron a partir de mediados del siglo XIX, a raíz del descubrimiento de 25.000 tablillas de arcillas que formaban parte de una gran biblioteca en la antigua capital asiria de Nínive (Sitchin, 2003).

1.3. El Antiguo Egipto

La profesión de médico gozaba de una especial consideración en el Antiguo Egipto. En aquel entonces, existían diferentes categorías médicas. En primer lugar, el médico sacerdote, que combinaba prácticas médicas con oraciones y plegarias con la finalidad de encontrar la curación definitiva para su paciente. Segundo, el médico tradicional (*Snu*) cuyos servicios se dirigían normalmente al rey y a la élite. Tercero, el personal médico ayudante, a saber: los auxiliares de enfermería o matronas. Y por último, los veterinarios que, como es lógico, se ocupaban de las enfermedades que afectaban a los animales (زاہی حواس, 2016).

Igualmente, los faraones conocieron las especialidades médicas correspondientes a todos los órganos del cuerpo humano y existió el médico que, como ocurrió más tarde en la Edad Media, compaginaba la profesión médica con otra u otras profesiones como la arquitectura o la astronomía⁹. En este sentido, se han registrado varios descubrimientos recientes que, a nuestro parecer, reflejan hasta qué punto se consolidó la medicina en el seno de la civilización que aquí nos ocupa¹⁰.

Asimismo, la práctica sanitaria en el Antiguo Egipto se documentaba mediante la escritura en papiros, así como la escultura en paredes de templos (زاہی حواس, 2016). No obstante, en opinión de algunos autores resultan todavía insuficientes los datos que proporcionan una información integral a propósito de la estructura del sistema sanitario en las civilizaciones antiguas y de modo especial la propiamente referida (علاء شکر اللہ, 2005: 02).

Sin embargo, se ha constatado que la primera escuela de medicina se instauró durante la primera dinastía faraónica. Esta escuela contaba con diferentes especialidades médicas y disponía de profesionales de ambos sexos en oftalmología,

⁹ Como Imhotep, médico y arquitecto de Zoser de la III Dinastía del Egipto antiguo (حواس, 2016).

¹⁰ Véase: “El médico mago de los faraones”, en el diario El Mundo, con fecha de 11/04/2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/ciencia/2013/11/01/5274107a0ab740113e8b458d.html> (Consulta: 20/11/2017).

odontología, medicina interna, entre otras especialidades. Pero es sobre todo en la cirugía y en la momificación donde destacaron los antiguos egipcios, según revelan las esculturas de las paredes y los papiros *Ebers* y *Edwin Smith* (*ibídem*).

La palabra y la traducción desempeñaron un papel notable en la difusión del saber médico egipcio escrito en papiros. De esta manera, muchas ideas de médicos, como Imhotep, sobrepasaron las fronteras egipcias y llegaron a otras civilizaciones posteriores como la Antigua Grecia (*vid. infra*. p. 55). Además, estas ideas fueron adoptadas por famosas escuelas griegas de medicina como Cos y Cnido, tal como testimonian las afirmaciones de Santibáñez Guerrero:

Un caso particularmente interesante de examinar e ilustrativo de este punto lo constituirá la *medicina* desarrollada por las escuelas médicas de Cos y Cnido, donde los estudiosos recientemente han destacado las claras influencias de la figura divinizada del médico egipcio Imhotep en la elaboración del personaje de Asclepio, médico también existente de forma histórica y, como su símil egipcio, "ascendido" luego de su muerte a la condición de semidiós (2016: 102).

1.4. La Antigua India

La Antigua India conoció bien la *Ayurveda*, esto es, ciencia de la longevidad o de la vida. En aquel entonces se practicaba tanto la medicina basada en la experimentación como la higiene que formaba parte de la medicina preventiva. Es más, algunos investigadores, como Rosado (2004: 101), atribuyen a esta civilización el descubrimiento por primera vez de ciertas herramientas médicas como la prótesis que sobrevive hasta el día de hoy.

A pesar de ello, se constató el uso de prácticas ajenas a las arriba señaladas, como son la magia o la hechicería. Al igual que ocurría en otras civilizaciones previas a la que aquí se presenta, existieron asimismo varias categorías de médicos. En primer lugar, aquellos que trabajaban conjuntamente para la autoridad religiosa gozando de los privilegios que les fueron conferidos. Y aquellos ambulantes que con

independencia de su formación y profesionalidad, recibían cierto desprecio por parte de los sacerdotes (*ibíd.*: 102).

En lo tocante a la transmisión de la medicina en el seno de esta civilización, se comprobó que obras famosas pertenecientes a dicha disciplina, como los trabajos de Sushruta, Characa y Bhela, se utilizaron como referencia en otras civilizaciones posteriores y, además, fueron ampliadas. Dichas aportaciones “se escribieron en sánscrito y se tradujeron al siríaco, al pahlavi y al hebreo en Jundishabur (también llamado Yundisapur), en el este de Persia, donde las llevó Burzoe en el siglo VI d. C.” (Albarrán Martín, 2012: 25).

1.5. La Antigua Grecia

Varios investigadores coinciden en que la medicina tradicional que conocemos hoy hunde sus raíces en la Antigua Grecia (Ferre, 1991 y Albarrán Martín 2012, entre otros). Como se ha mencionado en las páginas anteriores, la mayoría de las antiguas civilizaciones conocieron y ejercieron esta disciplina, aunque de formas y modos diferentes. No obstante, hasta este momento no hemos hallado datos que den testimonio de la existencia de improntas lingüísticas o médicas concernientes a civilizaciones previas a la griega en la medicina o en el lenguaje médico árabe o español actuales.

Por otro lado, las ciencias y la filosofía experimentaron un avance sin parangón en la Antigua Grecia. Para ésta, la filosofía y la ciencia eran casi sinónimas. Algunos autores, especialmente los defensores de la teoría del “milagro griego”, piensan que la irrupción de la ciencia y la filosofía en el seno de esta civilización se produjo de forma abrupta y repentina, merced a cualidades especiales del hombre griego para pensar o reflexionar (Burnet, 1944, citado en Santibáñez Guerrero, 2016: 95-96). En oposición a esta tesis, otras perspectivas achacan el surgimiento de la ciencia griega a un proceso natural de la evolución del pensamiento (*ibídem*).

Sea cual fuere el motivo que dio lugar a la evolución de las ciencias en la Antigua Grecia, hay una realidad incuestionable que consiste en que éstas, en general,

y la medicina, en particular, alcanzaron su máximo apogeo en la antigüedad de manos de científicos griegos. En cuanto a la medicina, Esculapio, Bermanides, Platón el médico, Asclepios II, Hipócrates de Cos y Galeno, entre otros, son médicos griegos que dejaron su firme impronta en la medicina (ابن أبي أصيبعة, 1998: 31).

Tanto es así, que a la civilización helénica se le atribuye el salto cualitativo que se dio en la medicina, así como el establecimiento de las bases científicas que configuraron el germen de lo que hoy es la medicina tradicional. Igualmente, los griegos destacaron en la organización de los servicios sanitarios, creando para ello escuelas para la formación de médicos y enfermeros, además de sanatorios y hospitales en los que se ofrecía asistencia médica (Babini, 2000).

En este orden, el saber médico ha ido transmitiéndose entre las civilizaciones mediante la palabra, y la traducción ha desempeñado un papel indudable en este proceso. De esta forma, médicos, traductores, escuelas, gobernantes o profesores contribuyeron a esta labor. Al mismo tiempo, intereses políticos, económicos o culturales propiciaron “un continuo e incesante transvase físico, cultural y, por ello, lingüístico de las fuentes originarias médicas multiplicadas por las distintas traducciones y compilaciones en distintas lenguas, iniciado en los pueblos del Mediterráneo y del Oriente Medio” (García Bravo, 2004: 25).

Por otro lado, no serían menos importantes que los médicos helénicos aquellas escuelas e instituciones que dieron cabida al desarrollo de la ciencia propiamente dicha. Estos centros sirvieron para establecer conexiones con otras escuelas dentro o fuera de las fronteras griegas y vehicularon en muchas ocasiones el saber médico. Al respecto, mencionamos, sobre todo, las escuelas de Cos y Cnido que “han contribuido sustancialmente no solo a la construcción de la medicina moderna, sino que también a la Ciencia y los Cuidados Enfermeros” (Granero Molina *et al.*, 2003: 40).

En esta línea, López Piñero y Terrada Ferrandis consideran que, gracias al contacto que la escuela de Cnido tuvo con otras culturas como la persa y, especialmente, la egipcia, se transmitieron fragmentos e ideas concernientes a la

ciencia propiamente dicha (2002: 72). En esta dirección, Granero Molina *et al.*, dan testimonio de ello con las afirmaciones siguientes:

Pero el contacto de Grecia con las civilizaciones vecinas de Egipto y Mesopotamia va a resultar determinante para la evolución de su ciencia, así, pronto aparecieron novedades en el sentido de la formación de las primeras Escuelas seculares (Sicilia y Asia Menor), donde asoma una medicina laica que pretende apoyarse en bases racionales, al margen de la religión y los milagros (2003: 40).

Igualmente, son dignas de ser mencionadas aquí ciertas escuelas médicas que florecieron a raíz de su conexión con la medicina helénica. A este respecto, hacemos mención de la medicina alejandrina, que por su contacto, sobre todo, con la hipocrática, tuvo eco irrefutable en Oriente durante varios siglos. Allí la traducción estuvo presente en numerosas lenguas:

Cuando en Alejandría creció el odio entre judíos, cristianos y alejandrinos, (450 d. C.) los judíos comenzaron a traducir obras del griego al hebreo; algunos fragmentos de estas traducciones se encuentran en el *Códice de Asaf Harofé*. Algunos médicos judíos se trasladaron a Edessa, Nisibis y Gondishapur y contribuyeron a que la ciencia griega llegara al sirio-araméico a través de sus traducciones (García Bravo, 2004: 26-28).

Ahora bien, la fertilización cruzada, por así llamarla, dejó unas huellas en el lenguaje médico español que han sobrevivido hasta el día de hoy. Se trata de ciertos términos médicos de origen griego. Algunos de ellos preservaron su original significado, mientras que otros adquirieron otro sentido afín o incluso contrario y todos ellos “se emplean en la medicina actual, como trombo, apoplejía, catarro, coma, o espasmo” (Albarrán Martín, 2012: 27).

Tras el desmoronamiento del Imperio griego de Alejandro Magno, el poder se traslada a Roma, pero el griego sigue siendo la lengua del saber médico en muchas regiones griegas que se encontraban bajo el poder del Imperio romano. No obstante, “en otras zonas orientales se empleaba el siríaco, principalmente en la zona turca que servía de asentamiento a los nestorianos, en Siria y en Egipto, como lo atestiguan las

traducciones de textos griegos al siríaco” (*ibíd.*: 30). De esta forma, el siríaco sirve posteriormente como puente entre el griego y el árabe, ya que una gran parte de las obras médicas griegas vertidas a la lengua semítica durante la brillante actividad traductora del califato de Bagdad pasó por el siríaco.

Con respecto a las escuelas vinculadas con el saber médico griego fuera de dicho imperio y precisamente en Anatolia o Asia Menor, destacamos el complejo de Niyyah instituido el año 325 d. C. Éste inspira más tarde a la escuela del Raha, auspiciada por la Iglesia nestoriana, antes de pasar a convertirse, bajo el mandato persa, en la famosa e influyente Escuela de Gundēshāpūr. En ésta se tradujeron al siríaco, idioma que posteriormente pasará a constituir un puente importante entre el griego y el árabe, múltiples obras médicas de medicina escritas en griego (Hill, 1990: 248).

Tanto es así, que la actividad traductora que se llevó a cabo del griego tras la conversión de Grecia en una provincia de Roma no se limitó únicamente al hebreo y al siríaco, sino que se extendió también a otras lenguas. De este modo, a partir del griego numerosas obras fueron vertidas al latín y a otras lenguas vernáculas. A continuación, Gutiérrez Rodilla señala el poder científico del que disponía el griego en aquellos tiempos:

[...] aun cuando Grecia fuera conquistada y reducida a ser una provincia de Roma, se convirtió en su maestra y la ciencia se siguió cultivando en griego durante mucho tiempo aún. De hecho, el latín jamás logró imponerse ni en Grecia ni en las otras provincias del Imperio Romano de Oriente (1998: 43).

Si bien es cierto que las traducciones del griego, tanto en Grecia como en sus colonias en Oriente e incluso cuando dichas colonias pasaron a formar parte del mandato romano, no tenían solamente un carácter libresco. Así pues, al tiempo que se traducían filosofía y medicina, entre otras disciplinas, había una actividad paralela de traducción de documentos de la vida cotidiana (administrativos, jurídicos, comerciales, etc.). Lógicamente, tales documentos eran inevitables en un imperio que poseía conexiones de naturaleza transfronteriza. En esta línea, Fernández Marcos subraya que “pese al prestigio de la cultura griega, las primeras traducciones se dirigen hacia obras

de carácter práctico como tratados de agricultura o documentos oficiales, ya sean tratados internacionales o contratos matrimoniales” (2007: 266).

1.6. El árabe en la Edad Media

No encontraríamos palabras que expresen mejor el lugar privilegiado que poseía la medicina para los árabes que las siguientes: “None of the sciences received more patronage among the Arabs than that of *medicine* - a discipline which they acquired from the Greeks and in which they excelled most” (Isaacs, 1990: 342).

Visto de esta forma, creemos que no sería aventurado afirmar que la medicina fue la ciencia que mayor relevancia tuvo en el seno de la civilización árabe e islámica tras las ciencias religiosas. Por ello, uno de los propósitos que el Islam viene a propugnar es la preservación de la vida humana¹¹. Desde sus orígenes, el Islam prestó un interés especial a la salud. Aseveran el valor que esta disciplina poseía en el Islam las afirmaciones siguientes:

Se atribuye al profeta Mahoma aquello de que tan sólo existen dos ciencias: la teología y la medicina, el arte de curar y la ciencia de la salvación. De una raíz, juntamente con la teología nació la jurisprudencia, ciencia que versa sobre la “salus publica”, de otra raíz surgió la ciencia de la naturaleza, propia del médico-filósofo, del “hakim”, que era el responsable de la “salus privada”. Se reconoce aquí la legítima estructura de las cuatro facultades con sus cuatro profesiones representativas, el sacerdote, el maestro, el juez y el médico (Schipperges, 1975: 16).

En efecto, escasos son los datos relativos a la organización sanitaria en la Península arábiga tras la aparición del Islam. No obstante, tenemos constancia de que se practicaba la medicina empírica basada en la experimentación, de manos de varios médicos árabes, entre ellos el apodado “médico de los árabes”, al-Ḥārith ibn Kaladah al-Thaqafī, quien se formó en la escuela médica de Gundēshāpūr.

¹¹ Es uno de los cinco propósitos que componen *Maqasid Al-Sharia* (cf. Auda, 2008).

El primer contacto directo y colindante entre la lengua árabe y el saber médico griego y romano en Oriente se produjo durante el califato de ‘Umar *ibn* al-Jattāb, el segundo califa del Islam dado que “[...] en tiempos de Omar el Islamismo se había propagado por las zonas de Persia, Siria, Palestina, Egipto y Alejandría y mostró una gran capacidad para asimilar y refundir la cultura y los conocimientos científico-médicos de los distintos pueblos conquistados: griegos, persas e hindúes” (García Bravo, 2004: 31).

Así pues, sin que los servicios sanitarios llegaran a sistematizarse completamente y sin que la traducción médica al árabe tomara forma consolidada, como ocurrió unos años más tarde con el califato de Bagdad (750-1258), entre los años 705 y 715 se sentaron las bases del primer *bīmāristān*¹² (hospital) en el Islam, durante el mandato de al-Walīd ibn ‘Abd al-Malīk ibn Marwān.

Cabe destacar, sin embargo, que el movimiento de la traducción entre los no árabes, los no musulmanes y los nuevos musulmanes no se trataba de un mero encuentro de culturas. El inicio de la traducción del griego al siríaco —que precedió y también fue paralelo a la traducción del griego al árabe— y posteriormente del siríaco al árabe explica todo esto (O’Leary, 1948, citado en Goodman, 1990: 477).

1.6.1. El Califato Omeya

Conscientes de la gran trascendencia de la que disponía el legado científico griego, los árabes— especialmente de los califatos Omeya y Abasí— desplegaron un ingente esfuerzo para la transmisión de este conocimiento científico en general y el médico en particular. Por lo que respecta a la medicina, su actividad se extiende a lo largo de varios siglos y su aportación no se centra solamente en la intermediación sino que también busca enriquecer la propia ciencia médica que había gozado de un auge especial en su tiempo (Vázquez de Benito y Herrera, 1981).

¹² Término proveniente del persa y su explicación es: *Bimar* (enfermo) e *istan* (lugar, morada).

El comienzo de la traducción del legado griego al árabe se originó durante el califato Omeya. Allí pues, ciertas circunstancias especiales promovieron la traducción de las ciencias. En efecto, el interés conferido al saber científico en general y al médico en particular por parte de los califas de esta dinastía fue el promotor de la actividad propiamente referida. No obstante, este interés obedecía en ocasiones a razones políticas, sociales o pragmáticas. Tal es el caso de la proliferación de las tierras conquistadas por los musulmanes y, por ende, la necesidad de conocer lo que estaba redactado en las lenguas autóctonas de estas tierras fomentó, de modo especial, la acción traductora (عبد الرحمن بدر الدين, 2005).

Siguiendo en la dinastía Omeya y realizando nuestra exploración acorde a un orden cronológico, durante el mandato de Marwān ibn al-Ḥakam se vertieron al árabe numerosas obras médicas de Hipócrates y Galeno, de mano de Abu Yaḥyā Ibn al-Batriq, así como el libro Tetrabilos de Ptolomeo¹³ (Goodman, 1990: 481).

Sin embargo, la mayor actividad traductora que se experimentó en la época Omeya tuvo lugar durante el mandato de ʿAbd al-Malik ibn Marwān y su hijo al-Walid ibn ʿAbd al-Malik. Una decisión del segundo hizo que el árabe se convirtiera en la lengua oficial de la Administración Pública en las periferias del califato, lo que promovió una producción sin precedentes de traducciones al árabe. De esta forma, dicha lengua entró en contacto traductor con otros idiomas como el persa, el copto, el griego, el siríaco o el hebreo al verter del árabe a estos idiomas— y a la inversa— documentos administrativos, comerciales, diplomáticos, jurídicos y de toda índole (توفيق سلطان البيوزكي, 1976: 45).

A diferencia de lo que ocurrió ulteriormente en el califato de Bagdad, el movimiento traductor en el seno del califato que aquí tratamos empezó de manera paulatina e individual. Sin embargo, el mandato de Khālīd ibn Yazīd marcó un punto de inflexión a favor de la traducción de las ciencias en general y la medicina en

¹³ Recordamos la estrecha relación entre la astronomía y la medicina en el legado científico árabe de la Edad Media.

particular. Este gobernante fue tan apasionado del saber científico, que dictó una orden que implica la traducción al árabe de numerosas obras científicas redactadas especialmente en griego (Hill, 1990a, entre otros). Igualmente, la traducción médica al árabe experimentó avances importantes durante el mandato de ‘Umar ibn ‘Abd al-‘Azīz (681-720) quien ordenó la publicación de todas las obras médicas que en épocas precedentes se habían traducido al árabe (خالد يوسف صالح, 2011: 239-240).

De ahí que traductores y médicos en la época Omeya viertan al árabe obras médicas redactadas, sobre todo, en siríaco y griego. En referencia a los traductores que destacaron en este quehacer señalamos, junto al ya mencionado Abu Yaḥyā Ibn al-Batriq, los médicos cristianos del propio Mu'āwīyah ibn Abī Sufyān que son Ibn Uthal (o Ibn Athal) y al-Ḥakam ibn abi al-Ḥakam al-Dimashqī. El primero, trasladó al árabe numerosas obras médicas escritas en griego (فاضل خليل إبراهيم, 1984, citado en *ibíd.*: 242).

Conviene resaltar, por último, que la actividad traductora propiamente dicha no fue interrumpida con el declive del califato Omeya, sino que continuó desarrollándose con pasos firmes durante el califato Abasí. Además, durante éste tal actividad alcanzó una envergadura inigualable en la materia referida, tal como veremos en las páginas que siguen.

1.6.2. El Califato Abasí

Con el traslado del califato de Damasco al Bagdad de los abasíes empezó una nueva fase de la historia de la traducción científica en general y la médica en particular. Ahora bien, el movimiento traductor producido en la dinastía Omeya sirvió para sentar las bases de la ingente actividad traductora que ulteriormente se desarrolló en el califato de Bagdad. De este modo, los abasíes no empezaron dicha actividad desde la base, sino que partieron de múltiples obras traducidas al árabe y, además, disponían de un nutrido listado de títulos pendientes de traducir que aparecían en su lengua original.

Tanto es así, que la actividad traductora en el seno de este califato se convirtió en asidua tarea del estado. Para ello, se fundaron instituciones, se nombraron traductores, se elaboraron planes de trabajo, se esbozaron métodos y se abrieron canales de contacto con el exterior en aras de traer a la capital abasí manuscritos redactados en otras lenguas para traducirlos posteriormente al árabe.

Asimismo, en Bagdad no se perdió de vista la conexión entre el lenguaje y la medicina, estableciéndose por primera vez una colaboración entre profesionales de la salud y lingüistas, con el objetivo de garantizar una precisa transmisión de los textos médicos, así como una correcta pronunciación de los mismos. En esta línea, Browne afirma que “a las lecciones [médicas] asistían de vez en cuando cultos gramáticos, que se encargaban de las correctas interpretaciones de los textos y de una esmerada pronunciación” (1921: 56, citado en Schipperges, 1975: 76).

Igualmente, en aquella época se experimentaron actividades colectivas e individuales auspiciadas por el estado, además de otras financiadas por familias acomodadas¹⁴, que tradujeron al árabe una buena parte del saber helenístico. De este modo, la traducción en sí no representaba un fin, sino que constituía, más bien, un medio para alcanzar un fin, esto es, conocer y asimilar el legado griego antes de partir de él para desarrollar un propio legado original, tal y como testifican las afirmaciones siguientes:

A través de un movimiento riguroso y perseverante, los árabo-musulmanes vertieron a su lengua una parte importante del saber médico helenístico que, asimilándolo y estudiándolo, les permitió posteriormente dejar sus propias huellas en la medicina (López Piñero y Terrada Ferrandis, 2005: 2, citado en Albarrán Martín, 2012: 31).

Por otro lado, Goodman sitúa el inicio del *boom* de la traducción científica en Bagdad en el mandato de Abu Ya'far al-Manṣūr y con su primer traductor de obras

¹⁴ La contribución de familias pudientes a la traducción de las ciencias fue evidente en algunas etapas de la historia. Citamos, a título de ejemplo, la familia de banu Mūsā ibn Shākir en Bagdad.

médicas del griego al árabe, Muḥammad ibn ‘Abdallāh Ibn al Muqaffa', descendiente de una familia de intelectuales y traductores (1990: 480). Se atribuye a Abu Ya'far al-Manṣūr la decisión de fundar una “casa del libro” antes de emprender un viaje a Roma con el propósito de traer a Bagdad un nutrido listado de obras científicas para que fueran vertidas al árabe (جلال حسنى سلامة, 2007: 40).

Cabe referirse, igualmente, a un hecho que marcó notoriamente el movimiento traductor precisamente del griego en Bagdad. Una indisposición severa que padeció el califa Abu Ya'far al-Manṣūr en el año 765 y de la que, agotados los intentos médicos de su corte, sólo fue curado al seguir un tratamiento prescrito por el médico Girgis ibn Gibril, jefe de los médicos de Gundēshāpūr. Tal suceso desembocó posteriormente, por orden de este califa, en la traducción al árabe de numerosas obras de grandes médicos griegos como Aristóteles, Hipócrates, Dioscórides, etc. (ابن أبي أصيبعة, op. cit. 163 y ss.).

No queremos concluir este apartado sin hacer referencia a que el empeño de consolidar y sistematizar la actividad traductora en la Bagdad abasí fue acompañado de un firme afán de sentar los criterios de la práctica médica. A este respecto, tenemos constancia de que en el siglo IX, y a raíz de un error médico que segó la vida de un paciente, se establecieron las normas para la regulación del ejercicio médico y la acreditación de los facultativos, gracias a la iniciativa de un traductor médico:

Ya el gran traductor *Ḥunain b Ishāq* había compuesto para un gobernador amigo suyo un escrito con el título "cómo se debe examinar al médico", que por desgracia no se ha conservado. En cambio, en Ishaq b, Alí r Ruhawi encontramos datos concretos sobre las materias de examen para los médicos (Schipperges, 1975: 109).

1.6.3. Bait al-Ḥikma de Bagdad

A instancias del califa abasí Abu Ya'far al-Manṣūr, se pone la piedra angular de lo que unas décadas más tarde, precisamente en el año 830, se convierte oficialmente en el lugar testigo de la mayor actividad traductora que se llevó a cabo en el califato propiamente dicho. Con esto, nos referimos a Bait al-Ḥikma (la Casa de la Sabiduría)

de Bagdad. Anexo al palacio califal, su creación *a priori* tenía como objetivo traducir al árabe obras del griego y del sánscrito que este califa mandó a traer a Bagdad. Pronto la biblioteca que a este centro fue aneja recibe un listado plurilingüe muy nutrido de obras científicas, junto al que ya existía en árabe, que se pone a disposición de los traductores.

La labor traductora sigue desarrollándose durante el mandato de al-Manṣūr y los califas que le sucedieron. No obstante, ésta alcanza su máximo esplendor durante el mandato de al-Ma'mún. De esta manera, el centro se hace eco por el aumento de su labor, así como por la voluntad manifiesta que al-Ma'mún puso para el progreso de estos quehaceres. Para ello, se seleccionó a un prestigioso equipo de médicos traductores que vertían al árabe las obras trasladadas a Bagdad. Entre este grupo de médicos destacan de modo especial Ḥunain ibn Ishāq, su hijo Ishāq ibn Ḥunain, su sobrino Ḥubaish ibn al Ḥasan al Dimashkī y Thābit ibn Qurrah, entre otros (Goodman, 1990: 477).

Por otro lado, las bibliotecas— habitualmente de carácter público, aunque contaban en muchas ocasiones con el apoyo privado— contribuyeron positivamente al desarrollo de la traducción. Con el fin de otorgar a los repertorios un aire solemne, toda mezquita en la Bagdad de Hārūn ar-Rašīd disponía de una biblioteca adscrita, enriquecida gracias a las donaciones particulares. Además, su fundación obedecía a razones científicas e intelectuales, ya que “estas bibliotecas no sólo se convirtieron en órganos de un permanente control crítico, sino que constituyeron una constante garantía de un desarrollo intelectual ininterrumpido” (Schipperges, 1975: 68).

Si bien es cierto que las bibliotecas jugaron un papel relevante en el desarrollo de la traducción dentro de las instituciones aludidas, cabe mencionar que estos repertorios nunca faltaron en aquella época. Es más, se comprobó la existencia de un esfuerzo institucional cuyo objetivo fue hacer proliferar este tipo de soportes importantes para los colectivos profesionales e intelectuales de aquella época. En referencia al interés que los gobernantes de aquella época mostraron por estos repertorios, citamos, a modo de ejemplo, la gran biblioteca palaciega creada por Hārūn

ar-Rašīd (768-809) “que sin duda sirvió de matriz a la posterior Academia (bait al-hikma), que fue fundada en Bagdad [...]” (Schipperges, 1975: 69). Estas bibliotecas servían evidentemente de utilidad para los profesionales de la salud cuyos hospitales se encontraban, de la misma forma, adscritos a las mezquitas.

Ahora bien, transcurridas poco menos de dos centurias desde la creación de Bait al-Ḥikma de Bagdad, en El Cairo se fundó, en el año 1005, otro centro denominado Bait al-‘Ilm (la Casa del Saber) por el califa fatimí al-Hākim. Dicha escuela, al igual que la de Ḥarrān que se mencionará líneas más tarde, seguía la tradición de Alejandría. Algunos historiadores como Taqī al-Dīn Abū'l-‘Abbās al-Maqrīzī (m. el año 1442) destacan el enriquecimiento recíproco verificado entre esta escuela y las instituciones de Bagdad. Asimismo, hay datos que confirman que en la mencionada escuela trabajó el famoso fisiólogo árabe Abū ‘Alī al-Ḥasan ibn al-Ḥasan ibn al-Haytham (Schipperges: 65-66).

Igualmente, una característica que distinguió Bait al-Ḥikma de Bagdad es el contacto que directa o indirectamente mantuvo con otras escuelas afincadas fuera de la capital del califato abasí. El valor añadido en este sentido no se produjo por el contacto con otra institución de medicina o traducción, sino que, más bien, por asimilar las perspectivas de otras academias que adoptaban una tradición diferente. Así pues, si Bait al-Ḥikma de Bagdad poseía directamente un contacto con el método y el pensamiento de la Escuela de Gundēshāpūr, existió una segunda escuela, a saber: la de Ḥarrān, que continuaba más bien la tradición alejandrina. El contacto indirecto al que aquí nos referimos es el traslado más tarde a Bagdad de médicos y sabios que recibieron su formación en ésta:

A principios del siglo VIII esa escuela de sabios alejandrinos se trasladó a Antioquía al norte de Siria; a mediados del siglo IX se instaló en Harran, desde donde numerosos sabios partieron para Bagdad. Con este círculo estuvieron vinculados Al-Fārābī (m. el 950) y Al-Mantiqi (m. el 985), además Ibn an-Nadim que el año 987 escribió su "Fihrist", así como el historiador Al-Masudi. A este grupo académico pertenecieron en el siglo XI el médico Ibn al-hammar (m. el 1010) y el polígrafo Ibn Miskawaih (m. el 1030) (Schipperges, 1975: 65).

No obstante, la transmisión de las obras médicas del griego al árabe, como se ha mencionado anteriormente, no se produjo en su totalidad de modo directo. Así pues hubo un idioma intermedio, esto es el siríaco, que sirvió como puente para trasladar la filosofía, la medicina y las demás ciencias griegas al árabe. A esta intermediación de una tercera lengua es lo que El Madkouri Maataoui denomina “la traducción indirecta”, describiéndola y explicando su porqué de la forma siguiente:

Se realizaba normalmente no sobre la lengua original del texto sino sobre otra intermedia. En el caso de la traducción del griego al árabe es el siríaco el que solía mediar. Había traductores que no estaban tan versados en árabe como en griego y acudían a la mediación de esta tercera lengua (2004: 25).

Además, la actividad traductora que se llevó a cabo para verter al árabe las ciencias señaladas mediante el siríaco fue continuada más tarde en el marco de un esfuerzo diligente de traducción originado en el seno de la mítica Escuela de Traductores de Toledo (s. XII). De esta forma, un “esfuerzo colectivo de eruditos y traductores judíos, cristianos y musulmanes en un período de 150 años, que abrió toda la ciencia árabe y judeo-arábiga a la Europa cristiana” (Fernández Marcos, 2007: 280).

1.7. Al-Ándalus

Ahora bien, si el auge del saber científico árabe en Bagdad fue precedido por un proceso sólido de la transmisión a dicha lengua de múltiples obras científicas de civilizaciones anteriores, el legado científico árabe, en nuestra opinión, alcanzó la mayoría de edad en Al-Ándalus. En esta línea, y en alusión al desarrollo científico en aquella época, Foz sostiene que “la España musulmana, que depende primero del califa de Bagdad, jefe político y espiritual del imperio islámico hasta 929, alcanza su apogeo con la proclamación del califato de Córdoba [...]” (2000: 18).

Tanto es así, que en la Córdoba del siglo X se erigen importantes repertorios que posteriormente formarán parte de la base sólida que dio lugar, más tarde, a la producción de un legado científico propio en Al-Ándalus (El Madkouri Maatoui, 2000). De este modo, Córdoba se sirve de una amplia colección de obras traducidas en

varias capitales en Oriente. Así pues, en dicha ciudad “[...] la librería del califa Alhakam II contaba con 400.000 volúmenes traducidos de todo el mundo árabe: Alejandría, El Cairo, Bagdad y Damasco, mientras que las bibliotecas eclesiásticas del Occidente sólo contaban sus libros por docenas o no pasaban de la centena” (Menéndez Pidal, 1956: 34, citado en Santoyo, 2004: 28).

La primera traducción de carácter científico, en este caso de género farmacológico, que tuvo lugar en Al-Ándalus correspondía al par lingüístico griego-árabe. Se produjo allí por los años 948-949 cuando “llegó a Córdoba una embajada del emperador bizantino Constantino VII. Como presente para el califa Abderrahman III (912-961) traían un ejemplar en griego del famoso texto farmacológico de Dioscórides, *De materia médica*” (Santoyo, 2004: 28). No obstante, esta no fue la primera traducción al árabe del texto propiamente dicho, ya que un grupo selecto de intelectuales fue encargado de “mejorar con este texto la traducción árabe que ya existía de esta obra” (Stern, 1961: 41, citado en Santoyo, 2004: 28). Entre los traductores que vertieron al árabe este texto se encontraban el médico y filósofo Ḥasdai ibn Shaprut, Rabi‘ Ibn Zaid al-Usquf al-Qurṭubī (Recemundo), el clérigo mozárabe que años más tarde será el obispo de Córdoba y Elvira. Parece ser que este grupo no tenía conocimiento del griego, por lo que fue respaldado por algunos expertos en esta lengua, entre ellos el monje bizantino Nicolás y con él, otro árabe siciliano que hablaba griego (Vernet y Samsó, 1996: 251).

Entre finales del siglo X y principios del siglo XII reina en la Península Ibérica un silencio que dura al menos dos siglos (Santoyo, 2004: 33). En ese periodo no hemos hallado en dicha región un esfuerzo traductor que pueda considerarse determinante en la historia de la traducción médica. Afortunadamente, este silencio constituía, en el buen sentido, la calma que antecede la tormenta, ya que fue roto por la creación de la Escuela de Traductores de Toledo.

1.7.1. La Escuela de Traductores de Toledo

Años más tarde se crea la Escuela de Traductores de Toledo, que abarca durante unos siglos que conforman dos fases diferentes una admirable actividad

traductora, especialmente del árabe al latín. En este centro medieval, “parejas de musulmanes y cristianos o de cristianos y judíos conocedores de las lenguas árabe y latina fueron vertiendo a esta última todo el saber de los islamitas de Oriente y de España”. (Sánchez Albornoz, 1973: 58, citado en Torre, 1974: 28).

A este respecto, huelga decir que algunos autores niegan firmemente la existencia, en ningún momento, de un órgano medieval denominado Escuela de Traductores de Toledo. Los adeptos de esta teoría arguyen que ésta no pasa de ser un movimiento de traducción integrado por numerosos intelectuales distribuidos entre varias ciudades de la Península Ibérica. En la perspectiva que aquí señalamos, Santoyo afirma que “nunca hubo una “escuela de traductores” en Toledo, ni en el siglo XII con el obispo Raimundo, ni en el siglo XIII con Alfonso X el Sabio. Ni hubo tal *escuela* en esos siglos ni, por lo tanto, la hubo en Toledo” (2004: 35). Con Santoyo coincide Foz al sostener que:

El análisis de los datos relativos a los traductores de esta época y a su itinerario revela en efecto que Toledo no fue más que uno de los lugares visitados por algunos doctos del siglo XII. [...]. Nada indica que existiera en la capital castellana un espacio propio para las actividades de traducción o una verdadera dirección de los trabajos (Foz, 2000: 105).

Sobre esta cuestión, el análisis detenido de una tesis u otra nos llevaría a extendernos en demasía. Por lo cual, nos detenemos de citar más posiciones análogas o antagónicas a la propiamente referida. A este respecto, parece ser que ni siquiera hubo un consenso en torno a su denominación. Algunos lo han llamado el “colegio de traductores”, otros emplean el concepto de “gran taller de traductores” y terceros utilizan el calificativo “grupo de Toledo” (Foz, 2000: 28).

En nuestra opinión, carece de sentido sumarse a la polémica que en su momento se suscitó acerca de si existió o no una institución física en los siglos XII y XIII llamada Escuela de Traductores de Toledo. En todo caso, lo que importa en realidad es la actividad de traducción de las ciencias efectuada por un grupo de traductores atribuidos a dicho centro medieval. Creemos que la existencia de tal movimiento

colectivo de traducción y el papel que desempeñó para el enriquecimiento del legado científico en la Edad Media no podrá ser cuestionada o puesta en entredicho.

Ahora bien, en esta fase de transmisión del saber médico, la lengua original habitualmente fue el árabe, mientras que lengua meta fue principalmente el latín. De esta manera, se vierten a esta última numerosas obras médicas y astrológicas por eruditos traductores pertenecientes a la generación de la llamada Escuela de Traductores de Toledo repartidos en varias ciudades de la Península (Toledo, Burgos, Segovia, Tarazona, etc.).

Cabe destacar, por otro lado, que algunos de los traductores de la medicina más famosos de aquella época son Juan ibn Dawud, conocido también por Juan Hispano, o Juan Hispalense, traductor que vivió durante la primera mitad del siglo XII y tradujo del árabe textos de medicina de médicos como de Avicena, Qusta Ibn Luqa, al-Fārābī, al-Kindī, entre otros muchos. Igualmente, del árabe al latín Juan González, con la colaboración del judío Salomón, tradujeron la obra de cinco tratados de medicina de Avicena (Santoyo, 2004: 43).

Igualmente, en esta línea Foz (2000: 54 y ss.) resalta otros traductores como Juan de Sevilla traductor, médico y autor de numerosas obras sobre astronomía, astrología, aritmética y medicina y Pedro Alfonso, médico de la corte del rey Enrique I. Ambos pertenecen a la primera generación del movimiento traductor de Toledo. De la segunda generación sobresale, de modo especial, Gerardo de Cremona, “[...] el más prolífico del siglo [XII], y el jefe de filas de la segunda fase de esta empresa, pues según la lista establecida por sus discípulos, firma unas setenta y una traducciones [...]” (*ibíd.*: 58). Asimismo, otro médico y traductor nacido en Toledo y que tuvo contacto con la Escuela de Montpellier es Marcos de Toledo. Entre los traductores médicos del siglo XIII destaca Abraham Alfaquín o Abraham de Toledo.

Además, se registró un esfuerzo de traducción realizado por traductores no naturales de la Península Ibérica. Tal es el caso del inglés Alfredo de Sareshel, conocido en los entornos latinos por (Alphredus Anglicus) “que a finales del siglo XII o comienzos del XIII tradujo en la Península *De vegetalibus o De plantis*, del seudo

Aristóteles, y tres capítulos del Kitab al-Shifa de Avicena [...]” (Santoyo, 2004: 46). Este traductor inglés, que estudió filosofía en su país y más tarde en Francia, tradujo asimismo “un lapidario de Avicena, al que pone por título *De congelatione et conglutinatione lapidum*, y un tratado de botánica, atribuido a Nicolás de Damasco y del que Alfredo realiza en 1227 una versión latina [...]” (Foz, 2000: 64).

Por otra parte, el hebreo y algunas lenguas vernáculas como el catalán y posteriormente el castellano se convirtieron también en lenguas meta en este proceso. En referencia al plurilingüismo que caracterizaba aquel tiempo, Foz arguye que “en el siglo XII coexisten el árabe, el romance (la lengua vernácula española), el latín y, en menor medida, el hebreo” (2000: 96). Asimismo, en un plano conexo, al catalán se tradujo *Llibre de paraules e dits de savis e filososfs* en 1298 por Jahuda Bonsenyor a instancias de Jaime II de Aragón (Roser Nebot, 2001: 313-314).

Con respecto al hebreo, se vierten numerosas obras médicas del árabe a esta lengua. Santoyo cita un número de traductores judíos que destacaron en esta parcela. Entre estos profesionales de la traducción se encuentra Zerahiah Gracián, médico y filósofo que en 1290 vertió del árabe al hebreo varias obras de Galeno y de Aristóteles (la Física y la Metafísica, De anima, De causis, etc.), así como los comentarios de Averroes a Aristóteles, los dos primeros libros del Canon de Avicena, el Tratado de la sustancia del alma de al-Fārābī y los Aforismos de Maimónides. Asimismo, Sem Tob de Tortosa tradujo del árabe al hebreo obras de Averroes y especialmente su comentario sobre De anima, de Aristóteles, además de otras obras como *Kitāb al-Taṣrīf de Abū 'l Qāsim al-Zahrāwī* y *Kitāb al-Manṣūrī fī al-ṭibb* del célebre médico y filósofo Abū Bakr Muḥammad ibn Zakariyā' al-Rāzī. Igualmente, Abraham Ḥasdai quien tradujo al hebreo obras de filósofos como al-Ghazālī y científicos como Maimónides (Santoyo, 2004: 67-68).

Por lo tanto, las obras médicas de Averroes¹⁵ tuvieron una difusión extraordinaria, de modo que en la segunda mitad del siglo XI se vertió al hebreo una buena parte de las obras del ilustre médico de Al-Ándalus, “[...] hasta el punto de que muchos judíos le creían de su misma raza” (Torre, 1974: 27).

En lo que respecta al español, algunos autores establecen conexiones y destacan improntas lingüísticas que reflejan la existencia de una actividad traductora directa del árabe al español. En esta línea, Vázquez de Benito y Herrera arguyen:

Pero, es que aún hay más. Nos encontramos, a veces, textos completos escritos en lengua castellana, en los que un especialista en esta parcela de la medicina árabe no puede menos de pensar en la posibilidad de una traducción, y esto, no solamente a causa de su contenido, sino como consecuencia de similitudes formales, estructura general, organización en partes y capítulos, descripción de las enfermedades, sus causas, remedios, etc., además de un léxico salpicado de tecnicismos árabes, a veces simplemente transliterados, que se escaparon a la atención del autor o que él consideró más idóneos, más científicos. Es tal la semejanza, que el estudioso siente la tentación de pensar en una traducción aunque, en este momento, no poseamos una base real que lo confirme. El hecho cierto es que el investigador actual de la medicina medieval en lengua castellana, se encuentra con obras en las que se hace patente la utilización de fuentes árabes a las que nuestros compatriotas siguieron fielmente en cuanto a contenido y también en cuanto a estructura formal se refiere (1981: 346).

Por otra parte, el castellano se convirtió en lengua meta que recibía el saber médico redactado en árabe o en latín a partir de 1241, a raíz del Fuero de Córdoba de Fernando III, padre de Alfonso X el Sabio. Así, obras como *kitáb al-Yawárih* fueron traducidas directamente del árabe al castellano, probablemente, en este caso, por Abraham de Toledo en abril de 1250. También, tenemos constancia de que en algo menos de cuatro décadas, precisamente en el año 1277, se vertieron directamente del árabe al castellano los “Libros del saber de Astronomía” (Hill, 1990: 271).

¹⁵ Para ver las aportaciones de Averroes a la medicina en general y a la medicina española en particular (Rodríguez Molero 1950a, 1950b, 1962).

Si bien es cierto que estas obras versaban sobre astronomía y no medicina, cabe recordar la estrecha y directa relación que unía a estas dos disciplinas en la Edad Media. Todo ello explica, quizás, el interés especial que se consagró a la astronomía en la producción traductora de la Escuela de Traductores de Toledo. Así pues, algunos autores como Isaacs (1990: 363), Chabás (2001: 45-51), Navarro González (2016: 240 y ss.), entre otros, ponen de manifiesto dicha relación e influencia recíproca. Igualmente, con estos autores coincide Blasco Martínez al decir:

Es cierto que en los siglos medios la medicina se hallaba a menudo muy cerca de la astrología: esta proximidad se advierte en el *Libro conplido en los iudizios de las estrellas* de Alí ibn Ragil, especialmente cuando se plantea la posibilidad de controlar la enfermedad mediante la carta astral. Además, se sabe que algunos médicos fueron también astrólogos [...] (1988: 156).

Por otro lado, conviene explicitar que entre los siglos VIII y XV la traducción no se limitaba únicamente a un ámbito exclusivo del saber, sino que se extendía a distintos campos y poseía, además, un carácter pragmático. Asimismo, tanto la traducción escrita como la oral, esto es la interpretación, se ejercían con frecuencia en entes públicos y privados. Así pues en vista de los lugares en donde se practicaba este oficio en la Edad Media, podemos afirmar que existió en cierto modo en aquella época un ejercicio de traducción e interpretación en los Servicios Públicos (Santoyo, 2004: 71).

1.7.2. La Escuela de Montpellier

Ciertamente, la influencia de los ilustres médicos árabes del Medievo es notoria en Occidente y la traducción en este sentido ha desempeñado un papel importante. Los saberes médicos árabes tuvieron una difusión significativa durante un largo tiempo en la Escuela de Montpellier. En alusión a esta influencia, Schipperges arguye:

Hasta qué punto los autores árabes dominaron durante siglos en Montpellier, lo demuestra el enorme prestigio de Avicenna, que había sido traducido hacia el 1167 y sólo fue eliminado en el año 1567. En 1492, de seis profesores, cinco leían sobre el Canon de Avicenna y uno sobre los Aforismos de Hipócrates, Hacia el 1560

figura todavía en los planes de estudios de "Liber nonus ad Almansorem" o el "Breviarium" de Musué (1975: 115).

De esta forma, intelectuales formados en la Escuela de Montpellier o vinculados profesionalmente a ella vertieron, sobre todo al latín, numerosas obras escritas en árabe. De ahí que en el siglo XIII Ramon Llull (1232-1316) — docente de esta escuela, que aprendió en una edad temprana la lengua árabe— tradujo de esta lengua algunas obras sobre filosofía y medicina. Otro miembro del cuerpo docente de Montpellier es Arnau de Vilanova (1240-1311), médico de cámara de Pedro III, igualmente conocedor del árabe y del latín, quien tradujo ciertas obras médicas entre ellas *Liber de Galieni de rigore et tremore et ictigatione et spasmo* que se encontraba en árabe, ya que fue traducido del griego en Bagdad en el siglo IX, probablemente por Hunayn ibn Ishāq. Asimismo, Arnau de Vilanova tradujo otros libros médicos, como *Liber de viribus cordis et medicinis cordialibus de Avicena*, tratado sobre medicamentos simples de Abū al-Şalt Umayya ibn ‘Abd al-‘Azīz, así como tratados médicos de Quṣṭā ibn Lūqā, al-Kindī, e Ibn Zuhr (Avenzoar). De igual manera, otro médico es Armengaud de Blaise, familiar de Arnau de Vilanova, profesor de medicina en Montpellier y traductor del árabe al latín de obras médicas como la *Urŷūza fī-l-Ṭibb* (Poema de la medicina) de Avicena (Santoyo, 2004: 64).

En efecto, médicos árabes como Abū l-Qāsim al-Zahrawī (940-1013), Ibn Zuhr (1070-1161), Ibn Ṭufail (1105-1185), Ibn Bāyŷa (?-1138), Ibn al-Nafis (1213-1288) “Averroes, Avicena, Ibn Mesue, al-Razi, etc., surgen constantemente entre las páginas de cualquier texto medieval castellano y son exponentes del influjo de estos autores en los romances” (Vázquez de Benito y Herrera, 1981: 346).

1.7.3. La Escuela de Salerno

Algunos centros que si bien no pertenecían geográficamente a Al-Ándalus, su acogida —de una forma u otra— al legado médico árabe fue patente. Tanto es así, que si resulta incuestionable el contacto que poseyó la escuela de Montpellier con dicho legado traducido al latín, al hebreo y a otras lenguas vernáculas, tenemos constancia de que dicho legado enriqueció igualmente otras escuelas médicas en Europa. Con esto,

nos referimos al papel que desempeñaron médicos árabes en la Escuela Médica de Salerno.

Realmente, los saberes médicos dentro de esta escuela fueron enriquecidos merced al contacto con la medicina hispano-arábiga. En palabras de Riquelme Salar, esta relación fue determinante para la supervivencia de dicha escuela durante unos siglos (1956, 183). Así que las Órdenes religiosas que, bajo el pretexto del intercambio cultural, posibilitaron a los frailes mendicantes, que acudían a Roma desde España para visitar la casa matriz, transportar mucha información sobre medicina hispano-arábiga a la Escuela Médica de Salerno por medio de ese camino. En este sentido, Riquelme Salar apunta que:

Santo Domingo de Guzmán mandó a España, desde Roma, en la tercera década del siglo XIII a varios frailes perfectamente instruidos en lengua y literatura árabigas para que conforme avanzase la reconquista fueran *Studium* en las ciudades con objeto de atraer a los intelectuales musulmanes: y de esta forma conseguir que no se llevase a cabo la huida de muchos de ellos a las zonas todavía infieles (1956: 184).

1.8. Los siglos XIV—XVII

Autores como Santoyo (2004: 76 y ss.), Santoyo (2009: 240), Gil-Bardaji (2016: 65, entre otros) coinciden en que hubo cierta pasividad traductora que caracterizó el siglo XIV y duró hasta bien avanzado el siglo XV. La mayor parte de esta actividad en aquel tiempo se centraba en la traducción de documentos relativos a la vida cotidiana, así como los necesarios para el contacto entre los reinados hablantes de lenguas diferentes.

En este siglo, son fácilmente contables las traducciones médicas llevadas a cabo del árabe. Así, se tradujo al catalán un tratado de oftalmología de Alcoatí, además de dos textos de El-Fragāni y de al-Zahrāwī. En cambio, se constata la traducción al castellano del tratado de patología de Lisān al-Dīn ibn al-Jaṭīb (Santoyo, 2004: 78).

Si bien es cierto que durante dicho siglo creció la publicación de obras médicas traducidas al latín, casi la totalidad de éstas se habían vertido a dicha lengua en los siglos del boom traductor; es decir, durante la hiperactividad de la Escuela de Traductores de Toledo. Además, la imprenta recién estrenada favoreció la publicación de un número infinito de obras traducidas. Tanto es así, que en 1482 bajo el nombre de *Colliget* salió a la luz la primera edición latina del portentoso trabajo de *al-Kitāb al-Kulliyāt fi-l-ṭibb* (Torre, 1974: 26).

Cabe destacar aquí también que el siglo XV se caracteriza por la existencia de una buena nómina de traductores que son al mismo tiempo autores de obras de contenido científico y filosófico (García Yebra, 1985: 78, citado en Santoyo, 2004: 103).

No obstante, en este siglo se enlentecen las traducciones del árabe, a la par que nace una tendencia europeizadora. Con el descubrimiento por Cristóbal Colón del Nuevo Mundo, se abre una fase nueva en la que otros intereses rigen la actividad traductora. A este respecto, Manzanares de Cirre señala que en aquella época hubo *grosso modo* una actitud negativa hacia lo árabe (1972: 24, citado en Gil-Bardaji, 2016: 66).

En cambio, en el siglo XVI tuvieron que plasmarse y ponerse en práctica todas las ideas y debates que se generaron en torno a la traducción durante los siglos anteriores. Así pues, florecen las lenguas vernáculas en detrimento del latín, tanto en lo que atañe a la traducción como en lo que respecta a la edición. Igualmente, durante este siglo creció el público lector, de modo que contribuyó al aumento de la divulgación, aprovechando este interés colectivo, pero también las facilidades que en aquel tiempo la imprenta llevaba más de un siglo brindando. Además, el descubrimiento del nuevo mundo trajo consigo un sinfín de objetos y palabras cuyo uso era inusual en Europa (Micó, 2004: 175-176).

Pese a ello, la traducción de ciencias y, de modo concreto, la médica, estuvo presente en los siglos XVI y XVII. A este respecto, Gil-Bardaji subraya a algunos médicos y traductores moriscos ilustres de este siglo, como Alonso del Castillo que,

además, destacó por sus traducciones de las inscripciones de la Alhambra, así como por las correspondencias intercambiadas entre Felipe II y el sultán de Marruecos. Otro médico coetáneo es el también morisco Miguel de Luna. A la dirección inversa, esto es al árabe, destaca Diego de Urrea Conca, traductor de numerosas obras científicas y técnicas del árabe y curiosamente catedrático de árabe de la UAH (Gil-Bardaji, 2016: 68). De este modo, la actividad traductora que tuvo lugar en este siglo no se limitó únicamente a nutrir el Renacimiento y la Ilustración de España, sino que marcaron también un antes y un después en la historia de la traducción en este país. Al respecto, Gil-Bardaji afirma:

A estos traductores del árabe de los siglos XVI y XVII se añaden otros nombres cuya existencia demuestra que la actividad traductora del árabe en estos dos siglos, lejos de haberse secado, seguía fluyendo e irrigando la cultura española del Renacimiento y de la Ilustración. Sin embargo, resulta evidente que algo estaba cambiando, que algo había cambiado ya (*ibídem*).

1.9. Del siglo XVIII a la actualidad

Grosso modo, el siglo XVIII fue testigo de una actividad traductora efervescente, máxime en su segunda mitad. Si bien empezó lenta, dio posteriormente un salto cuantitativo, aprovechando la atmósfera favorable conferida al conocimiento. Entre las cuestiones que propiciaron la actividad propiamente dicha, ilustramos la multiplicación de las relaciones culturales, la facilidad que caracterizaba el acceso a las lenguas extranjeras y, por ende, la proliferación de las herramientas que propiciaban el aprendizaje, además de un afán creciente de ampliar los conocimientos y el saber en general, entre otros (Lafarga, 2004: 209).

Asimismo, en el siglo XVIII ya estaban bien consolidadas las lenguas vernáculas, al tiempo que se experimentaba una primacía del alemán, del francés, del inglés y del italiano sobre el castellano en lo que al lenguaje científico y técnico se refiere. En muchas ocasiones, estas lenguas sirven para transmitir el conocimiento especializado a España mediante la traducción de un listado bastante considerable de obras científicas y técnicas. En esta dirección, Aguilar Piñal estima que en dicho siglo

cerca de 1.200 obras en general fueron vertidas al español, a partir de lenguas modernas europeas (1991: 199, citado en Lafarga, 2004: 211). Además, este autor establece la siguiente distribución: 65 % del francés, 23 % del italiano, 7,3 % del inglés, 3,7 % del portugués y un 1 % del alemán¹⁶. En orden temático, la medicina ocupa el cuarto lugar entre las obras traducidas al castellano con un porcentaje del 8,53 %. Los tres primeros que la anteceden son, en orden descendiente, religión (31,74 %), literatura (19,24 %), historia (9,98 %) (Fernández Gómez y Natividad Nieto, 1999, citado en Lafarga, 2004: 211-212).

Con respecto a la traducción del árabe, durante la segunda mitad del siglo aludido el interés por esta lengua vuelve a resurgir tras un repliegue que reinó la traducción de esta lengua al español durante al menos tres siglos¹⁷. No obstante, el quehacer traductor adquiere otros propósitos distintos a los que se tenían habitualmente en relación con épocas antecedentes. De esta manera, la actividad traductora del árabe pasa a ser practicada exclusivamente por profesionales o docentes, de forma que a partir del referido siglo dichas traducciones por consiguiente poseen un objetivo investigador (Gil-Bardaji, 2016: 69).

En definitiva, en el siglo XVIII había un esfuerzo para traducir al español numerosas obras de materia científica y técnica de las lenguas modernas europeas, especialmente del francés y del alemán. Este esfuerzo dio lugar a la divulgación en España de un número importante de obras médicas que nutrieron el lenguaje médico español.

No obstante, los traductores de la medicina en el siglo que tratamos tuvieron que afrontar algunas dificultades como la ausencia de diccionarios específicos de cada materia, sobre todo cuando “en muchos casos estas traducciones técnicas del siglo XVIII versaban sobre materias nunca tratadas antes en castellano, por lo que la propia

¹⁶ Son, según el autor, cálculos y porcentajes aproximativos.

¹⁷ Comparado con la traducción del árabe durante las dos famosas etapas de la Escuela de Traductores de Toledo.

lengua, carente de una tradición en esos campos específicos, tampoco podía aportar mucha ayuda” (Lafarga, 2004: 295).

A pesar del surgimiento del interés por el árabe y la traducción de esta lengua en el siglo XVIII, “el impulso definitivo a los estudios árabes en España no llegará, sin embargo, hasta principios del siglo XIX” (Gil-Bardaji, 2016: 69). Este siglo fue testigo de la traducción de numerosas obras aunque en su mayoría relacionadas con el legado andalusí. De ahí que, el interés por la traducción en estos dos siglos no estaba centrado solamente en lo relacionado con la Antigüedad y la Edad Media, sino que también en lo que se refiere al legado musulmán propiamente señalado (Rubiera Mata, 2004).

Con respecto a la medicina en general, en el siglo XIX y especialmente a partir de su segunda mitad, el saber médico español se nutría de su homólogo francés. Esto explica las nítidas huellas de esta lengua en el lenguaje médico español (Gutiérrez Rodilla, 2014: 87). Asimismo, se observa que todo esfuerzo traductor de obras médicas en dicho siglo contaba con un respaldo institucional bien consolidado. Además, el contacto que tenía España con otros países europeos permitió a los médicos y traductores profundizar su reconocimiento y culminar su formación en el extranjero, de modo que repercutió positivamente en la calidad de la traducción. Es más, “la traducción y difusión del libro médico extranjero en la España de la segunda mitad del siglo XIX tuvo como protagonistas a médicos y editores, y en modo alguno a las instituciones universitarias” (Riera Climent y Riera Palmero, 2007: 13).

Otro nuevo factor que caracterizó a la traducción médica durante la época señalada es la aparición del periodismo médico mediante la irrupción de numerosas revistas médicas¹⁸, gracias a un esfuerzo colectivo protagonizado por profesionales de la salud, del periodismo y de la edición. Esta actividad dio a conocer en España las novedades surgidas en el extranjero (*ibíd.*: 35). No queremos concluir nuestra exploración relativa a la traducción médica en este siglo sin subrayar la influencia que tuvo la Escuela médica de Montpellier en el castellano. Curiosamente, esta escuela de

¹⁸ Destaca al respecto el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia y la Gaceta médica, entre otros.

forma indirecta dejó sus huellas en la lengua de Cervantes, al ser vertidas también a esta lengua numerosos textos, especialmente de cirugía (*ibíd.*: 152).

Por lo tanto, a partir del siglo XX, la traducción de la medicina adquiere otra naturaleza diferente. El arraigo del concepto de la globalización, el surgimiento de la Traductología, la implantación de departamentos y facultades de traducción e interpretación, la proliferación de proyectos de cooperación internacional entre España y los países árabes en materia sanitaria (*vid. infra.* capítulo IV), el fenómeno de la migración que creció exponencialmente, máxime en la última década del siglo aludido y la primera quincena del siglo corriente y, por ende, la multiplicidad de los perfiles profesionales que la nueva realidad exige, entre otros motivos, han impulsado nuevos modelos de la traducción propiamente dicha.

De ahí que durante el siglo XX la traducción siga trabajando al servicio de la ciencia española. Muchas obras médicas se vierten a esta lengua, al tiempo que en una dirección inversa se traducen del español obras médicas a otras lenguas extranjeras. Igualmente, gracias a la traducción señalada, numerosos científicos de renombre y peso internacional han podido leerse perfectamente en castellano y viceversa (Vega, 2004: 563 y ss.).

Con relación al árabe, se consolida durante este siglo el concepto del arabismo español, tanto en la vertiente que se ocupa de los estudios del presente como en aquella que se decanta por explorar el pasado. De hecho, la actividad traductora está *grosso modo* muy presente en el quehacer del arabismo español, al igual que también forma parte de la actividad del hispanismo árabe. A este respecto hemos observado que el dominio del español por parte de hispanitas árabes y del árabe por parte de arabistas españoles ha concitado, en muchas ocasiones, el afán por la traducción. Dicho interés obedece a una inquietud personal, unas pretensiones económicas unas ambiciones personales. En este sentido, Pérez Cañada afirma que siempre “la actividad del arabista ha estado ligada a la traducción, pues de lo contrario —al margen de otros motivos— su papel quedaba desvinculado del entorno y desprovisto de una de sus principales herramientas” (2005: 56).

Con la llegada de este siglo, la traducción y la edición del libro médico en España alcanzan un apogeo sin precedentes. De igual modo, la gran industria biomédica y especialmente farmacéutica dentro y fuera de España y su internacionalización propician una producción traductora bastante considerable.

Igualmente, el turismo con fines sanitarios y la conversión de España en un destino favorable para los árabes en lo que se refiere a algunas especialidades médicas, con la oftalmología a la cabeza, hacen necesaria la traducción de documentos médicos de otra índole, esto es, informes médicos, historiales sanitarios, consentimientos informados, prospectos, recetas, pólizas de seguro, etc. De ahí que en algunos hospitales y laboratorios se hayan instaurado departamentos que se dedican a la traducción de esta naturaleza¹⁹.

Además, la proliferación en España de plataformas para la publicación de investigaciones efectuadas a propósito de la materia que nos ocupa, como las revistas científicas con la revista de Medicina Lenguaje y Traducción (Panace@)²⁰ a la cabeza, así como las ofertas formativas, los talleres de trabajo, los seminarios, los foros, los congresos nacionales e internacionales, etc., ha promovido de forma nítida la traducción biomédica, sobre todo en el binomio lingüístico inglés-español.

En lo tocante al árabe, no se observa un interés significativo por la traducción médica, ni en el seno de las primeras generaciones²¹ del arabismo español ni siquiera tras la consolidación de los estudios de traducción en España, es decir, después de la implantación de los departamentos y facultades de traducción e interpretación.

¹⁹ Además de la interpretación en las consultas y entre el paciente y los proveedores de servicios sanitarios en general.

²⁰ Disponible en: <http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaActual.htm>.

²¹ Aquí nos referimos a las generaciones clasificadas por Pérez Cañada (2005: 58), que se decantaron por otras parcelas del saber, como la historia, la literatura, la música, la filosofía, la mística o la poesía de Al-Ándalus.

No obstante, los estudios relevantes a la traducción médica que se han desarrollado a partir del siglo XX y hasta la actualidad son ciertamente escasos. Los investigadores que dedicaron una línea de sus estudios al quehacer que aquí tratamos durante la segunda mitad del siglo XX son fácilmente contables. Aquí hallamos nombres como Francisco Javier Rodríguez Molero, Luis García Ballester, Joaquina Albarracín Navarro, María de la Concepción Vázquez de Benito, Camilo Álvarez de Morales, Juan Martínez Ruiz, Esteban Torre Serrano, Ildefonso Garijo Galán, aparte de otros que aunque no se dedican a esta temática han hecho referencia a la historia de la medicina árabe, como el médico José Riquelme Salar. Todos ellos, sin excepción casi, se interesaron más por la historia de la traducción médica de Al-Ándalus y algunos, junto con esto, investigaban manuscritos pertenecientes a esta época.

1.10. A modo de conclusión

La aportación que, de forma colectiva o individual, particular o institucional, brindaron los traductores de las civilizaciones tanto de la Alta como de la Baja Edad Media posibilitó el traspaso del conocimiento médico entre dichas culturas.

Aunque a partir de la civilización griega se sistematizó la disciplina médica, esto fue posible gracias al aprovechamiento de otros métodos ancestrales, con el egipcio a la cabeza, donde la traducción estuvo presente de forma vehemente. Los datos disponibles sobre las formas, métodos o características de la práctica de la medicina son abundantes sólo a partir de la Grecia Antigua. Por ello, la mayoría de las obras que versan sobre la traducción médica tienen su origen en esta civilización.

La gran actividad traductora de la que tenemos conocimiento se verificó en el seno de la dinastía abasí. El legado traductor acumulado en aquel entonces se generó merced a un esfuerzo de equipos de traductores bajo el auspicio y el patrocinio del estado. Este hecho posibilitó verter al árabe los saberes helénicos, siendo principalmente el siríaco la lengua vehicular en este proceso. La actividad originada en aquel entonces sirvió para alimentar, en forma y contenido, el proceso de traducción que tuvo lugar, siglos más tarde, en Al-Ándalus.

Los árabes dejaron un buen legado terminológico relativo a diferentes áreas del saber: medicina, filosofía o astronomía, entre otras. El movimiento de los Traductores de Toledo contribuyó de forma relevante en este proceso. A pesar de ello, las huellas lingüísticas del árabe en el lenguaje médico español actual no superan el 1 %. Además, este porcentaje —muy modesto e incompatible totalmente con las aportaciones que esta lengua semítica hizo a la medicina y a distintos idiomas en la Edad Media— va decreciendo paulatinamente.

De igual forma, el interés por la investigación en torno a la traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa —en cualquiera de sus vertientes: histórica, lingüística o extralingüística— es muy escaso entre los arabistas o hispanistas. Este fenómeno es igualmente incompatible con el interés que concita la medicina española para los árabes, o el número de la población árabe en España y la población hispanohablante en países árabes; ambos precisan de los servicios sanitarios en el país donde se encuentran.

CAPÍTULO II: LENGUAJE GENERAL Y LENGUAJES DE ESPECIALIDAD

2.1. Introducción

La aproximación histórica de carácter diacrónico llevada a cabo en el capítulo anterior, nos sirve aquí de trasfondo para realizar un estudio de carácter sincrónico, esto es, ofrecer un marco teórico de los Lenguajes de Especialidad (en adelante, LSP)²². A raíz de dicha aproximación observamos el largo recorrido que tuvieron las dos lenguas objeto de esta tesis doctoral, así como el legado que recibieron de algunas lenguas con las que entraron en contacto.

Ahora bien, llegado el siglo XX con los avatares y acontecimientos que le acompañaron, numerosos ámbitos, entre ellos la ciencia, experimentaron avances y cambios sin parangón. Dos guerras mundiales, una guerra fría y una revolución industrial, que empezó poco antes que éstas, hicieron que el interés científico se dirigiera hacia nuevos campos, al tiempo que surgieran ciertas líneas de estudio, ya fuera de forma independiente o dentro de disciplinas ya consolidadas. Tal es el caso de la traducción y la lingüística, como veremos en las líneas que siguen.

Así pues, mientras que iban en detrimento e incluso desaparecían algunas disciplinas, otras botaban y triunfaban en nuevas áreas de estudio. En esta amalgama, la lingüística se vio supeditada a cambios importantes resultado de la ampliación de los estudios acerca de ella. Por otro lado, la traducción comenzó a atraer el interés investigador y profesional, llegando a independizarse de la lingüística aplicada o de otras disciplinas a las que estaba ligada. Tal independencia se oficializa a partir de la segunda mitad del siglo XX con la irrupción de la traductología.

En el marco de la llamada *sociedad de la información*, la lengua es considerada el vehículo que sirve para transportar la ciencia y la tecnología. En este sentido, el español ocupa, con luz propia, un lugar destacado en lo que a la comunicación especializada se refiere. Esta realidad obedece a ciertas razones, entre ellas el potencial económico de España o el lugar propicio que el español ocupa entre las lenguas mundiales (Gómez de Enterría, 2004).

²² Se exceptúan del uso de estas siglas los títulos de los apartados.

Como consecuencia del desarrollo incesable de la ciencia y la tecnología, las dos disciplinas propiamente dichas presentaron unos avances considerables y los estudios sobre ellas se han visto orientados a aspectos más pragmáticos. Por este motivo, los LSP han adquirido una relevancia especial en pos de satisfacer las necesidades sociales, económicas o políticas.

Los interrogantes que se plantean a continuación explican la relación entre los sucesos importantes y los cambios que se experimentaron en las disciplinas señaladas. ¿Acaso no nacieron los Lenguajes para Fines Específicos a raíz de la Segunda Guerra Mundial? (López García, 2011). Otro interrogante, aunque se encuentra fuera del objeto de esta tesis doctoral: ¿no se implantaron los servicios de interpretación simultánea por primera vez para responder la necesidad de realizar una comunicación en tiempo real para los integrantes de un juicio militar que reunía hablantes de diferentes lenguas en los Juicios de Núremberg? (Mahyub Rayaa, 2015: 45-46).

En consecuencia, el interés creciente por los LSP, tanto en lo relativo a los estudios como en lo tocante a la investigación es indiscutible. Esta afirmación viene corroborada por las numerosas ofertas formativas referentes a esta área, así como por la proliferación de los seminarios, congresos, talleres, mesas redondas o artículos científicos que abordan esta cuestión (Hernández, 2000: 90).

En palabras de Cabré y Gómez de Enterría, el interés por los LSP obedece, al menos, a tres razones, a saber: la importancia que en la sociedad actual poseen las especialidades, las necesidades sociales del mundo actual en materia de plurilingüismo y el interés creciente por la lingüística aplicada, dada su relevancia para diferentes campos (2006: 9-10). Además de las razones mencionadas por estas dos autoras, especificamos otros motivos como las corrientes de capital que se mueven en diferentes ámbitos donde los LSP están notoriamente presentes, y el avance de la Inteligencia Artificial que, al igual que beneficia a la lingüística, también requiere su aportación, entre otros.

Si bien es cierto que los LSP existieron desde tiempos inmemoriales, las reflexiones teóricas en torno a ellos son relativamente recientes. Se produjeron por vez

primera en la década de los sesenta del siglo pasado, de manos del alemán Lothar Hoffmann, como se verá en las páginas que siguen.

En el presente capítulo se ofrece un marco teórico del estudio empírico que ocupa el capítulo titulado “Dificultades de la traducción médica español-árabe”. De esta forma, abordamos aquí la dicotomía lenguaje general y LSP, la clasificación de los textos especializados y sus características en español y en árabe, con un enfoque en la arabización de las ciencias.

2.2. Lenguaje general y lenguajes de especialidad

La Real Academia Española (en adelante, RAE) define el *lenguaje* como la “facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos”; “estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular”, “conjunto de señales que dan a entender algo” (RAE, 2014: 1325), entre otras acepciones.

Del mismo modo, la RAE define el término *especialidad* como “rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan” (2014: 947). Asimismo, concibe *general* como “común a todos los individuos que constituyen un todo, o a muchos objetos, aunque sean de naturaleza diferentes”; “común, frecuente, usual” (RAE, 2014: 1097), entre otras.

En una acepción más comunicativa en la que el término *lenguaje* se utiliza como sinónimo de *lengua*, éste se define como “conjunto o sistema de recursos discursivos y gramaticales específicos que permiten distinguir sistemas distintos” (Cabré y Gómez de Enterría, 2006: 11).

A nuestro modo de ver, el establecimiento de límites entre lengua general²³ y LSP no sería posible antes de definir y delimitar este último. Sin embargo, el intento

²³ Llamada también común o particular.

de llevar a cabo esta tarea siempre ha generado numerosas y discrepantes perspectivas. El uso del sintagma LSP entraña cierta ambigüedad justificable, dadas las múltiples interpretaciones que se pueden dar a este concepto.

Por lo tanto, el lenguaje general se concibe como un “sistema que incluye tanto las variedades marcadas por algún criterio como las no marcadas” (Cabré y Gómez de Enterría, 2006: 15). Esto quiere decir que el lenguaje referido es un conjunto diverso de sub-códigos que los hablantes usan “en función de sus modalidades dialectales” (Cabré, 1993: 127).

Por otro lado, Cabré define los LSP como “productos predominantemente verbales, de registros comunicativos específicos, que tratan de temas propios de un ámbito de especialidad (mejor diríamos, de un campo de conocimiento especializado), que respetan convenciones y tradiciones retórico-estilísticas, y que dan lugar a clases textuales determinadas” (2002: 22).

En cambio, Sager concibe los LSP como “sistemas semióticos complejos semiautónomos basados y derivados del lenguaje general; su empleo presupone educación especial y está restringido a la comunicación entre especialistas en el mismo campo o en uno estrechamente relacionado” (1980: 69, citado en Ciapuscio, 2003: 27).

Sin embargo, Cabré y Gómez de Enterría analizan otra perspectiva relevante de los LSP, a los que conciben como “subconjuntos de recursos específicos, lingüísticos y no lingüísticos, discursivos y gramaticales, que se utilizan en situaciones consideradas especializadas por sus condiciones comunicativas” (2006: 12). Además, dichas autoras llevan a cabo un comentario algo detallado de la definición ofrecida en aras de esclarecer la ambigüedad que ésta podría encerrar (*ibíd.*: 14 y ss.). Así, las autoras hacen hincapié en tres conceptos que la definición ofrecida pocas líneas arriba ha entrañado. Éstos son:

- a) *Los LSP como subconjuntos específicos de recursos,*
- b) *El concepto de especialidad aplicado a las lenguas,*
- c) *De las lenguas especializadas a los textos especializados,*

Con respecto al primer concepto, las autoras sostienen que este uso supone el riesgo de dar a entender que existe otro lenguaje humano con códigos gramaticales diferentes al habitual y que se emplea en la comunicación en ciertas circunstancias. Por esta razón, las autoras consideran impreciso, e incluso abusivo o metafórico, el uso del término *lengua* en el sintagma *lenguas de especialidad*, ya que se trata de un sistema completo e independiente de unidades y reglas y no sería adecuado restringirla a situaciones de comunicación especiales.

En lo relativo al segundo concepto, se plantea la cuestión siguiente: ¿qué se entiende por *especializado* o de *especialidad*? Este asunto hace necesario determinar si *especializado* se trata de lo opuesto a *común* o si se trata de un sistema especializado que es de uso exclusivo y ajeno al dominio común. Estos interrogantes pueden desembocar en un número bastante considerable de sub-cuestiones cuyo análisis pausado nos llevaría a extendernos en demasía. Tanto es así, que coincidimos con la opinión de que la definición de *especialidad* “[...] representa, probablemente, la tarea más compleja que enfrentan los estudios sobre la comunicación especializada, no sólo desde la perspectiva textualista, sino que también desde la estrictamente terminológica” (Ciapuscio, 2003: 24).

En lo concerniente al tercer concepto, las autoras hacen alusión al *principio de la multidimensionalidad*; es decir, la existencia de unidades léxicas polivalentes que, además de su uso en el discurso común o general, son al mismo tiempo unidades vigentes para el discurso especializado. Dicho de otra forma, no hay unidades léxicas cuyo uso se limite al lenguaje general y otras correspondientes al lenguaje especializado, sino que en ambos casos se hace uso de las mismas unidades. Esto ha conllevado a que la investigación se transmitiera del lenguaje al texto, dando lugar a los llamados *textos de especialidad*.

Con referencia a la relación entre lenguaje general y LSP, Ciapuscio asevera que no hay “[...] un corte de navaja que pueda distinguir claramente lenguaje común de lenguajes especiales y lenguajes especiales entre sí” (2003: 28). Todo esto sin

perjuicio de que cada LSP posea sus propios rasgos lingüísticos (fonológicos, morfosintácticos, léxicos, textuales o funcionales) y extralingüísticos.

Visto de esta forma, esta autora ofrece, desde un punto de vista meramente lingüístico, una definición lo más completa posible de lo que son los textos de especialidad:

Se trata de productos predominantemente verbales de registros comunicativos específicos, registros que son definidos por los usuarios de los textos, las finalidades y las temáticas. Los textos especiales se refieren a temáticas propias de un dominio de especialidad y responden a convenciones y tradiciones retóricas específicas. Los factores funcionales, situacionales y temáticos tienen su correlato en el nivel de la forma lingüística, tanto en la sintaxis como en el léxico (*ibíd.*: 30).

En alusión a la investigación sobre lo que él llama *lenguas de especialidad*, Lerat pone de manifiesto que éstas, aunque se enmarcan en la lingüística aplicada, rara vez han sido tratadas desde el punto de vista de la teoría de la lingüística (1997: 7). Añade, además, que la investigación en torno a los LSP se abordaba siempre, al menos en su Francia natal, desde otros puntos de vista distintos de la lingüística aplicada, como el estadístico, el didáctico y el análisis del discurso.

Asimismo, Quijada Diez ha realizado una exploración de las diferentes dimensiones desde las cuales se han estudiado los LSP a partir de los años setenta hasta hoy en día. En su opinión, la investigación a propósito de los LSP evolucionó, en principio, hacia la sintaxis especializada. Después, este interés se orientó hacia la estilística especializada y más tarde hacia la lingüística textual especializada; es decir, la lengua del texto. No obstante, a partir de la octava década del siglo pasado, el interés empezó a dirigirse hacia los análisis textuales especializados. En cambio, los diez años comprendidos entre 1980 y 1990 se caracterizan por el estudio de la morfosintaxis, en la que el objeto de investigación pasa del léxico a la oración. Y por último, a partir de los años 90, el texto especializado en sí mismo se convierte en el punto de partida (Quijada Diez, 2008: 63 y ss.).

Ciapuscio (2003: 25) resume las tres etapas a las que Schröder hizo mención con respecto al desarrollo de los estudios referentes a lo que la autora prefiere denominar textos de especialidad:

- La etapa léxica en la que los estudios acerca de los LSP se centran en la terminología. Es decir, se exploran cuestiones léxicas en las que la elaboración de diccionarios especializados se convierte en un propósito fundamental.
- La etapa morfosintáctica, en la que la oración se transforma en el objeto de estudio y donde el foco de atención se sitúa, precisamente, en la sintaxis.
- La etapa que se decanta por el estudio del texto como fin. En ésta la investigación a propósito de los LSP procura englobar todos los niveles que conforman el plano textual, incluyendo el pragmático y el extralingüístico.

En síntesis, los llamados LSP, al igual que la traductología, surgieron a partir de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, no resulta una tarea fácil presentar una definición satisfactoria y concluyente para los LSP. Así pues, son considerados lenguajes especializados, porque poseen una temática especializada, requieren un conocimiento especializado, se producen habitualmente en situaciones comunicativas especializadas y se desarrollan principalmente en manos de especialistas en la materia. Además, su investigación se ha abordado desde distintos planos temáticos, e incluso la denominación de los LSP no se ha salvado de esta discrepancia.

2.3. Características de los lenguajes de especialidad

2.3.1. En español

Consideremos que para numerosas finalidades, aunque sean de naturaleza heterogénea, es necesario saber las peculiaridades que atañen a la traducción de textos especializados. Éstas resultan inevitables para la traducción de este tipo de textos, para la evaluación de traducciones y para la confección de planes de estudios o unidades didácticas relevantes al ámbito propiamente señalado. De acuerdo con esta

consideración, partimos de las características de la traducción de textos especializados recogidas por Gamero Pérez (1998: 10) y resumidas por Hurtado Albir (2001: 61) en la tabla que se cita a continuación:

Características de funcionamiento textual	Competencias requeridas del traductor	
Importancia del campo temático	Conocimientos temáticos	Capacidad para documentarse
Terminología específica	Conocimientos de terminología	
Géneros característicos	Conocimientos de los géneros característicos	

Tabla 1: Características de la traducción de textos especializados.

Con estas afirmaciones, Gamero Pérez (1998: 10) destaca el plano temático de los textos especializados, subrayando la importancia de que el traductor disponga de una competencia temática que le posibilite paliar las dificultades que en la LO pueden presentarse. Por lo tanto, desde nuestra perspectiva, esta competencia es primordial para poder redactar adecuadamente un texto especializado en la LM. Esta condición puede llevarnos a la dicotomía que tanta polémica ha suscitado entre los especialistas en la traducción de textos médicos, a saber: ¿Traductor médico o médico traductor?, a la que dedicamos un epígrafe en el próximo capítulo.

Por otra parte, Cabré y Gómez de Enterría (2006) parten de la definición de Gläser (1982) respecto al texto especializado, concebido como “una expresión coherente y completa en una esfera social de actividad, que trata de un tema específico de una especialidad o estado de cosas, empleando recursos lingüísticos generales y específicos e incluyendo elementos visuales no lingüísticos opcionales que transmiten más información” (2006: 32-33). Igualmente, dichas autoras han establecido algunas características principales del texto especializado:

- Expresión coherente y completa.

- Esfera social de actividad.
- Tema específico.
- Recursos lingüísticos generales y específicos.
- Elementos visuales no lingüísticos.

Aquí Cabré y Gómez de Enterría ahondan en el análisis de las características del texto científico, realizando el diagnóstico desde diferentes enfoques. Así pues, desde la perspectiva textual, para dichas autoras el texto especializado posee una configuración global concreta que le distingue de los demás, ya sean periodísticos religiosos, literarios o publicitarios.

En el plano léxico, el texto propiamente dicho contiene una gama considerable de términos; es decir, voces con un valor determinado en el discurso de especialidad. Según las autoras, la dificultad de dichos términos, como es lógico, varía dependiendo del grado de especialización del texto.

Desde la óptica funcional, consideran que los LSP disponen de características comunes, esto es, tienen como objetivo primordial transmitir información y sus terminologías sirven para denominar los conceptos de un área especializada.

De ahí que las autoras estructuren las características de los textos especializados en dos niveles. En el nivel textual, los textos señalados se caracterizan por ser precisos, concisos y sistemáticos. Sin embargo, en el plano gramatical, de índole léxica, dichos textos encierran unidades léxicas específicas. Pero parece ser que éstas no son las únicas características que las autoras delimitan para el texto propiamente señalado, ya que añaden otras peculiaridades generales como la tendencia a su literalidad de referencia, la presentación de los hechos como objetivos y externos al emisor, la despersonalización de las opiniones sobre los hechos y la polifonía como refuerzo de la objetividad.

Tanto es así, que en el plano de la traducción, Gamero Pérez (1998: 80-81) señala que estas características requieren cuatro niveles de habilidades que el traductor profesional debe dominar:

— **Conocimientos extralingüísticos** sobre el campo temático (por ejemplo, sobre cómo funciona una estación de lavado automático de automóviles en el caso de traducir una patente sobre este tema).

— **Dominio de la terminología** específica o **utilización correcta de la terminología** (dominio de la terminología relacionada con las estaciones de lavado automático en el mismo ejemplo).

— **Dominio de las convenciones** de los tipos y géneros (dominio de las convenciones típicas de las patentes).

— **Competencia para documentarse** (competencia para buscar textos paralelos que ayuden a subsanar deficiencias en las tres áreas anteriores; por ejemplo, patentes en español sobre el mismo tema, etc.).

2.3.2. En árabe (un enfoque en la arabización de las ciencias)

Huelga decir que los países árabes son importadores de la ciencia y la tecnología. En consecuencia, los idiomas extranjeros que acompañan el producto importado irrumpen con fuerza en dichos países. Si esta realidad encuentra cualquier tipo de inacción o incluso lentitud en la “arabización de las ciencias”, el árabe jugará con desventaja en todo proceso de traducción en el que el lenguaje científico o tecnológico sea objeto de traducción. Esta característica, unida a las realidades que se mencionarán a continuación, configura la situación actual.

Las ciencias en las universidades de los países árabes, con la medicina a la cabeza, se imparten en lenguas extranjeras diferentes al idioma propiamente dicho. De igual forma, las investigaciones, los artículos científicos, las tesis doctorales, los manuales didácticos, etc., en las universidades de dichos países se redactan en inglés o en idiomas distintos al árabe (وليد محمود خالص, 2016: 110-111, أحمد بن محمد الضيبي, 2015: 36 y ss.; محمود أحمد السيد, 2015: 56 y عوض بن حمد القوزي, 2004: 249 y ss., entre otros).

Por ello, محمد علي الزركان subraya este fenómeno y sus secuelas en el ámbito lingüístico en el mundo árabe, llegando a deducir que no se ha sacado mucho provecho

del esfuerzo desplegado a nivel de los términos científicos acuñados en árabe, máxime en las universidades e institutos de enseñanza superior, debido al uso del inglés en la docencia (citado en وليد محمود خالص, 2016: 110).

Así la situación, numerosos autores incitan encarecidamente a que el árabe sea el idioma de la enseñanza de ciencias en los entes académicos en el mundo árabe. Igualmente, en la misma dirección autores como أحمد شفيق الخطيب (2009), محمود الربيعي (2009), محمد مزالي (2009), entre otros, consideran que ya es el momento de convertir la lengua árabe en la lengua de enseñanza de la ciencia en los centros docentes árabes. De la misma forma, hacen un llamamiento para que este idioma sea el utilizado en la redacción de obras científicas en el seno de las instituciones académicas árabes.

El uso de otros idiomas diferentes a esta lengua semítica viene denominado en palabras de عوض بن حمد القوزي como *extranjerismo*²⁴. Sobre este fenómeno el autor hace las afirmaciones siguientes:

ولم يقف أمر "التغريب" عند هذه الحدود وهذه الآثار، فقد تجاوزها إلى التعليم ومناهجه، لا سيما في التعليم الجامعي، فالعلوم البحتة من طب وهندسة وكيمياء وفيزياء وما يتبعها من علوم تدرس في جامعاتنا العربية كلها باللغة الإنجليزية لا نستثني منها غير الجامعات السورية التي فرضت التعليم الجامعي بالعربية في هذه العلوم وفي سواها. وهو أمر عجب، وقد أثبت ضعف التحصيل في مقارنة التعلم بالعربية، والذي يدعو إلى العجب تمسك الأساتذة أنفسهم باللغات الأجنبية بالرغم من كونهم يعلمون طلابًا عربيًا في بيئة عربية، والمستفيد من العملية كلها عربي، وليس من تفسير للإلحاح على تعلم الطب —مثلًا— باللغة الإنجليزية إلا الهزيمة الداخلية التي تعاني منها المجتمعات العربية أو الشعور بالفوقية الأجنبية [...]. ولو نظرنا إلى الشعوب ذات الشخصية القومية التي لم تعصف بها عاصفة "التغريب" لكفانا واعظًا، فهناك اليابانيون والصينيون، أتراهم يعلمون الطب بالإنجليزية؟! ثم الألمان والفرنسيون، أيعلمونه بالإنجليزية أيضًا؟! الأطباء الصينيون العاملون في البلاد العربية لا يقرؤون لغة غير لغتهم الصينية، ويلزمون الجهات الطبية المحتاجة لخدماتهم بإحضار مترجمين ليتم التفاهم بينهم وبين المرضى. ترى أيريد الطبيب العربي مترجمًا مثله وهو يعالج إخوته وبنين جلدته؟! (عوض بن حمد القوزي، 2004: 86-87).

El "extranjerismo" no se ha detenido en estos límites y secuelas, sino que se ha extendido a la docencia y sus métodos, especialmente la universitaria. Así, la ciencia pura como la medicina, la ingeniería, la química y la física, además de sus

²⁴ El término en árabe es تغريب que también puede traducirse por occidentalización.

líneas afines, se enseña en inglés en todas nuestras universidades árabes, salvo en las sirias donde se ha arabizado la enseñanza tanto universitaria como no universitaria. Este fenómeno es sorprendente, ya que ha demostrado el bajo nivel de aprendizaje [en estas lenguas] respecto al árabe. Y aún es más sorprendente el empeño de los propios profesores en usar las lenguas extranjeras a pesar de que la enseñanza dirigida a alumnos árabes tiene lugar en un ambiente árabe y sus integrantes son árabes. No hay explicación a esta insistencia en enseñar la medicina, por ejemplo, en inglés sino la derrota interna que las sociedades árabes padecen o el complejo de inferioridad hacia el extranjero. Y si observamos los países nacionalistas que no fueron golpeados por el “extranjerismo”, tendremos en ellos un ejemplo. Acaso los japoneses y chinos enseñan en inglés?! Acaso los alemanes o franceses lo hacen?! Los médicos chinos que prestan servicios en países árabes no utilizan ninguna lengua ajena a la suya nativa, obligando así las instituciones sanitarias en las que trabajan a contratar a traductores para dinamizar la comunicación de estos médicos con los pacientes²⁵.

Se observa que el afán de recurrir a lenguas diferentes al árabe por la mayoría de los hablantes de esta lengua, por esnobismo, según algunos autores, o por un mero sentimiento de inferioridad, según otros, no se ciñe únicamente al ámbito académico y de la investigación, sino que alcanza, a menudo, a los propios representantes oficiales de los países árabes. A este respecto, consideramos representativo el testimonio de un diplomático árabe²⁶ afincado en EE.UU., quien sostiene que en una sesión de la ONU todos los representantes de los países árabes presentaron sus ponencias en inglés, a pesar de que la lengua semítica forma parte de las seis lenguas oficiales de dicha organización. Dicho diplomático añade que el único ponente que hizo uso del árabe en su intervención fue el representante de Japón, ya que había trabajado como embajador de su país en algunas capitales árabes.

²⁵ Traducción propia del árabe.

²⁶ Disponible en: <http://www.alittihad.ae/details.php?id=51890&y=2014&article=full> (Consulta: 01/05/2017).

Así, este fenómeno ha hecho que algunos, incluso de los pertenecientes a esta lengua, pusieran en entredicho su capacidad para responder las muy aceleradas actualizaciones científicas, cuestión que trataremos en las próximas páginas.

2.4. Características del lenguaje científico árabe

2.4.1. La diglosia

Aunque esta característica corresponde a la mayoría de las lenguas, en árabe se encuentra muy marcada, tal y como محمد مزالي ilustra en las líneas siguientes:

وكما تعلمون فإنّ الازدواجية اللغوية تعني وجود مستويين للغة الواحدة، أحدهما يرتبط بمستوى اللغة الفصيحة الذي يستخدم في المناسبات الرسمية والكتابة والأدب، والآخر مستوى اللغة العامية في الحياة اليومية الاعتيادية. والازدواجية موجودة في جميع اللغات الكبيرة، ولكنّ الفرق بين ما يوجد من ازدواجية في اللغة الإنجليزية أو الفرنسية ضئيل وكمّي، في حين أن الازدواجية في اللغة العربية كميّة. لأنّ الفارق بين الفصحى ولهجاتها كبير جداً، زيادة على شيوع العاميات الممزوجة بالدخيل غير المعرب الموجود الآن خصوصاً في الفضائيات ووسائل الإعلام المتعددة الأمر الذي يجعل الفصحى صعبة الاستيعاب. وهذا له انعكاس خطير يتجلى في ظاهرة عدم الإقبال على القراءة والمطالعة وفي انحسار المعرفة في المجتمعات العربية. ناهيك أن معدل القراءة في السنة بالنسبة إلى إسرائيل مثلاً هو 40 كتاباً للفرد الواحد، وبالطبع بالعبرية، وفي بلادنا كتاب واحد لكل 80 فرداً في السنة على سبيل التقريب (2009: 113-114).

Como saben, la diglosia significa la existencia de dos variedades lingüísticas dentro de una misma lengua; la primera relacionada con el nivel culto y se usa en situaciones formales, a saber, la escritura y la literatura, mientras que la segunda es de índole vulgar y se utiliza en la vida cotidiana. La diglosia existe en todas las grandes lenguas. No obstante, en el caso del inglés y el francés esta diglosia no es tan marcada y es cuantitativa, mientras que en el caso del árabe es cualitativa. La diferencia entre el árabe culto (*fusha*) y sus variedades dialectales es muy marcada y se une a los dialectos que incluyen extranjerismos no arabizados como vemos, sobre todo, en los diferentes medios de comunicación, dificultando así la asimilación del *fusha*. Esto tiene consecuencias peligrosas representadas en la apatía hacia la lectura, así como el retroceso del conocimiento en las sociedades árabes. La media de lectura anual en Israel, por citar un ejemplo, es de 40 libros

por persona, todos ellos, desde luego, en hebreo, mientras que la media en nuestros países es de un libro por cada 80 personas aproximadamente²⁷.

Por otro lado, tras una conversación nuestra con médicos egipcios formados en universidades de dicho país²⁸ hemos podido constatar que las clases en las facultades de medicina allí se imparten en inglés y en árabe dialectal egipcio. De igual modo, y ya en las consultas médicas, los facultativos se dirigen a sus pacientes en dialecto egipcio bien mezclado con términos médicos del inglés y del latín.

Del mismo modo, el lenguaje científico y médico árabe que las academias oficiales de esta lengua propugnan —y también al que se vierten obras escritas en otras lenguas extranjeras— es el culto (*al-Fuṣḥa*). A ello habría que añadir el arcaísmo de numerosos términos científicos, y sobre todo médicos, que se han sustituido por algunos modernos, como se verá en las próximas páginas.

2.4.2. La desuniformidad terminológica

No sería aventurado decir que una de las peculiaridades del lenguaje científico árabe es la desuniformidad terminológica que ostenta. Numerosos autores ponen de manifiesto la falta de uniformidad con respecto al término científico árabe. Así pues, محمد على الزرکان (1998: 38, citado en وليد محمود خالص, 2016: 146-147) destaca las diferentes denominaciones que se dan al mismo término científico, incluso dentro de la misma institución científica en un país árabe, así como las diferencias que se producen al respecto entre los distintos países. Este fenómeno ha dado lugar a cierta confusión acerca del término científico árabe frente a su homólogo extranjero. Así las cosas, el autor advierte de que el investigador árabe pensaría que su lengua se trata de varias lenguas y que un término científico se ha convertido en varios términos.

Sin esta uniformidad, continuará el caos que caracteriza a los términos científicos en la lengua objeto de este estudio. Por ello, شوقي ضيف (2004: 45) cree que

²⁷ Traducción propia del árabe.

²⁸ Las iniciales del nombre y el apellido: M.G., H. F., M. S., F. I. y H. G (Consulta: 16/09/2017).

uno de los motivos del renacimiento científico árabe de la Edad Media fue la uniformidad de los términos científicos. A este respecto, el autor apunta:

كان من أهم الأسباب في ازدهار حركتنا العلمية قديماً توحيد المصطلحات العلمية في أوطاننا العربية، مما هياً لقيام وحدة علمية بين علماء العرب في جميع ديارهم وأقطارهم من أقاصي إيران إلى أقاصي الأندلس، ولنضرب مثلاً بعلم الطب، فمصطلحاته عند ابن سينا في بخارى أو غيرها من مدن إيران التي نزلها هي نفسها مصطلحات الأطباء في جميع بلدان العالم العربي لا فرق فيها بين بلد في الشرق وبلد في الغرب ولا بين عالم في الأندلس وعالم في مصر أو في العراق. وأتاح ذلك للعلوم العربية نهضة كبرى؛ [...] على نحو ما نعرف عن ابن بطلان العراقي الطبيب ورحيله إلى مصر، ليلقى طبيبها ابنَ رضوان، ويحاوره في بعض آرائه الطبية وظل بالقاهرة ثلاث سنوات يحاوره فيها ويناقشه في مشاكل الطب وأمراضه وأدوائه. ولو أن مصطلحات علم الطب لم تكن موحدة في زمنها ما استطاع هذان الطبيبان العراقي والمصري التفاهم، وهو —دون ريب— ثمرة الوحدة العلمية في الطب التي كانت قائمة حينذاك بين علماء العرب في الطب وغير الطب. وهي وحدة يفتقدها العرب اليوم؛ إذ لا تجد قطرين عربيين يتفقان على مصطلحات علمية في أي علم، ومن أهم الأسباب في ذلك ما كان من الاحتلال الإنجليزي والفرنسي لديارنا وسيطرة الدولتين على التعليم بلغتيهما في البلدان التابعة لكل منهما، فاختلقت الصيغ العلمية في البلدان المحتلة بالإنجليزية عما يقابلها من الصيغ في البلدان العربية المحتلة بالفرنسيين، وأدى ذلك إلى بلبلة واسعة في نطق المصطلحات العلمية بالبلدان العربية (شوقي ضيف، 2004: 45).

Uno de los motivos de la prosperidad de nuestro movimiento científico de antaño fue la uniformidad de los términos científicos en el mundo árabe, que dio lugar a la uniformidad científica entre los ulemas árabes en todas partes: desde los confines de Irán hasta los de Al-Ándalus. Damos como ejemplo la medicina, cuyos términos usados por Avicena en Bujará o en cualquier otra ciudad iraní que visitó, son los mismos utilizados por los médicos en todos los países árabes, sin diferencia entre un país en el Este y otro en el Oeste o un científico en Al-Ándalus y otro en Egipto o en Irak. Esto dio lugar a un gran renacimiento [...]. Sabemos cómo *Ibn Buṭlān*, el médico iraquí viajó a Egipto para encontrarse con su colega *ibn Radwān* y deliberar algunas de sus ideas sobre medicina, permaneciendo en El Cairo tres años tratando con él cuestiones médicas, enfermedades y tratamientos. Si los términos médicos no hubieran sido uniformes en aquel tiempo, no habría sido posible el entendimiento entre ambos médicos: el iraquí y el egipcio. Esto —sin duda— fue el fruto de la uniformidad científica entre los estudiosos árabes de aquel entonces sobre medicina y otros ámbitos. Esta uniformidad brilla hoy por su ausencia, ya que no hay dos países árabes que estén de acuerdo sobre los términos científicos en cualquier ámbito del saber. Uno de los motivos principales de este fenómeno fue la colonización

inglesa y francesa de nuestros países y la imposición de estas dos lenguas en la enseñanza dentro de las colonias conquistadas, lo que desembocó en la divergencia de las fórmulas científicas entre los países árabes ocupados por los ingleses y aquellos ocupados por los franceses, de modo que causó una amplia confusión en la pronunciación de los términos científicos en los países árabes²⁹.

2.4.3. La variedad dialectal

Sin duda, este fenómeno se da en la lengua árabe, al igual que en la mayoría de las lenguas vivas incluido, obviamente, el español. Ahora bien, mientras algunos lingüistas advierten en la variedad dialectal un elemento enriquecedor para el árabe³⁰, otros lo consideran un problema serio. Así, de los pertenecientes a este último grupo transmitimos aquí el testimonio del ilustre arabista español Pedro Martínez Montávez, quien en una entrevista ofrecida a tres arabistas españoles pertenecientes a una generación posterior asevera:

Estoy cada día más convencido de que el principal elemento de convergencia entre los árabes es la lengua. Y, al tiempo, soy consciente de las enormes dificultades que el empleo y la función de esa lengua plantean. Pues se trata de una lengua fragmentada, de un caleidoscopio; una lengua en que los elementos de comunidad y de diferenciación han establecido siempre una dialéctica interna muy peculiar [...] (Arias Torres, Fera García y Peña Martín, 2003: 131).

Sin embargo, no debería haber lugar a la confusión de la variedad dialectal del árabe con las diferentes propuestas sinonímicas, por así decirlo, del árabe culto. Es decir, la existencia en esta lengua semítica de términos científicos que se expresan de diferente forma, dependiendo de la cultura científica de cada país y de las raíces que esta cultura guarda con el inglés o el francés, es una cuestión ajena a los dialectos existentes en los países propiamente dichos.

²⁹ Traducción propia del árabe.

³⁰ En este sentido nos gustaría recordar que algunos autores, como Iskandar Maalouf, Ahmed Lutfi el Sayed, Salama Moussa o Lois Awad, entre otros, han ido incluso más allá, propugnando que los dialectos árabes se convirtiesen en oficiales en sus respectivos países, abandonando, así, el árabe culto.

A nuestro modo de ver, la divergencia referente al último caso se manifiesta claramente cuando se reúnen, para llevar a cabo traducciones, árabes de diversa procedencia, máxime cuando dicha procedencia tiene lugar de dos rutas distintas, a saber: Oriente Medio y el Magreb. Como es sabido, los países del primer bloque son anglófonos, mientras que los del segundo son francófonos. En consecuencia, en un taller de trabajo bajo estas premisas suelen plantearse distintas propuestas que abarcan terminología diferente generada por la influencia del inglés o del francés.

Pese a ello, consideramos que este fenómeno sería enriquecedor siempre y cuando lo propuesto se ajuste a las normas lingüísticas del árabe. De igual forma, discrepamos de aquellos que se aferran a su propia propuesta, desestimando otros planteamientos de uso infrecuente pese a que lingüísticamente son correctos. Es más, pensamos que el hecho de mostrar un conocimiento —y, por ende, flexibilidad— de los diferentes usos y expresiones propias de los términos científicos del árabe culto es una clara señal de poseer una cultura amplia y un dominio especial de la lengua propiamente referida.

2.4.4. La flexibilidad morfológica y léxica

2.4.4.1. La derivación (al-Ištiqāq)

Ibn Fāris (citado en Dwidar Khattab, 2014: 41) arguye que la lengua árabe contiene esquemas y medidas que permiten crear palabras derivadas de otras. Cabe explicitar que se dan dos tipos de derivación:

- **Al-Ištiqāq al-Saġīr**³¹ (derivación menor) الاشتقاق الصغير أو الأصغر: Se refiere a la derivación de la raíz principal del verbo trilítero. Dicha derivación se utiliza para generar términos en forma de adjetivos, participios, nombres de lugares y de tiempo, etc.

³¹ Llamado también la derivación morfológica (الاشتقاق الصرفي).

- **Al-iṣṭiqāq al-kabīr** (derivación mayor) الاشتقاق الكبير: Significa ampliar la derivación para que comprenda seis raíces, de las cuales se crean más palabras cambiando el orden las de las letras.

La flexibilidad de esta lengua se extiende a admitir otros aspectos como el señalado *ta'rib* (arabización), *al-naḥt* (composición léxica), *al-iqtirāḍ* (préstamo lingüístico) o *al-mayāz* (metaforización).

2.5. La capacidad del árabe para responder el avance científico

Se plantea, en muchas ocasiones, la cuestión siguiente: ¿Es la lengua árabe apta para expresar el pensamiento científico protagonizado por Occidente? En esta línea, presentando ejemplos del pasado شوقي ضيف (2004: 38) habla del apogeo de la lengua árabe como lengua de la ciencia en la época abasí. El autor arguye que uno de los motivos de este apogeo se plasma en la susceptibilidad del árabe a la derivación (al-Ṣṭiqāq) de los sustantivos y verbos, como se ha referido en pocas páginas arriba. Así pues, según el autor esta lengua contribuyó a que la ciencia alcanzara su máximo esplendor en la época abasí, al igual que ocurrió con el griego en la Antigua Grecia.

En respuesta al interrogante planteado al comienzo del párrafo anterior, عبد العليم بو فاتح (2007: 201) sostiene que el árabe es un idioma flexible y capaz de responder a todas las operaciones tecnológicas. Para él, el problema no radica en la naturaleza de esta lengua sino en los mecanismos de su uso y las técnicas de su programación automatizada. Por ello, el autor incita a desplegar un esfuerzo práctico en esta dirección, en lugar de sumergirse en estériles debates teóricos. Con estas afirmaciones coinciden otros autores como محمود الربيعي (2009: 244 y ss.), أحمد شفيق الخطيب (2009: 69), صالح بلعيد (2008: 146) y محمد مزالي (2009: 116-117). Además, este último incita encarecidamente a emplear esta lengua semítica en la enseñanza de la ciencia en los países árabes. En su argumentación el autor se sirve de ejemplo de países como Japón, China, Corea del Sur y Taiwán, cuyo renacimiento científico se produjo, desde su modo de ver, a raíz del uso de sus respectivas lenguas nacionales, tanto en la enseñanza como en la producción científica. Es más, محمود الربيعي advierte de que el empeño en seguir utilizando lenguas ajenas al árabe para esta finalidad dará lugar sólo

al acceso a la “información” y no a la “ciencia”, a la “superficie” y no a la “profundidad”, a la “forma” y no al “contenido” (2009: 241).

Asimismo, وليد محمود خالص apunta que el problema no estriba en la lengua árabe sino en los propios usuarios de ésta, ya que son los que pueden, mediante su esfuerzo o inercia, promover el desarrollo de esta lengua o contribuir a su decadencia. Prueba de ello es la capacidad que demostró esta lengua para responder al avance científico en la Bagdad de los abasíes (وليد محمود خالص, 2016: 105).

2.5.1. La arabización de las ciencias

Expuesto lo anterior, aquí abordamos con cierto detalle el concepto de “*la arabización de las ciencias*”, citando las cuatro ramas que lo componen. La imposición por parte del colonialismo occidental de lenguas distintas al árabe en la enseñanza de las ciencias en los países árabes así como la gran producción científica originada en el mundo durante los siglos XIX y XX escrita en idiomas diferentes a esta lengua, entre otros motivos, han dado lugar al surgimiento de lo que se llama la *arabización de las ciencias*. Ésta radica en una de las cuatro acepciones que se mencionan a continuación:

- a) La introducción de palabras de otras lenguas en el árabe, preservando sus peculiaridades y características fonéticas o supeditándolas a las normas de la lengua árabe. El primer caso se llama *dajīl* (intruso) y su ejemplo es الأكسجين (oxígeno), mientras que el segundo caso se llama *al-Mu'arrab* (arabizado) y su ejemplo es الأسقربوط (escorbuto)³².
- b) La arabización entendida como traducción, es decir, verter palabras y conceptos de otras lenguas al árabe.
- c) El uso de la lengua árabe en todos los aspectos de la vida; administración, docencia, publicación, etc.

³² البتّع أو عوز فيتامين سي.

- d) La utilización por parte de una civilización determinada del árabe como lengua cultural y como representante de la civilización árabe e islámica (ميسون علي جواد (التميمي, 2015).

De este modo, varios autores apelan la arabización de las ciencias en un sentido más amplio que la mera traducción al árabe de textos extranjeros o la búsqueda en esta lengua del equivalente de un término que aparece en otra. A este respecto, محمود أحمد السيد (2015: 56) subraya:

والتعريب الذي نقصده في هذا العرض لا يقتصر فقط على ترجمة النصوص الأجنبية ونقلها إلى العربية وتعليم العلوم الأجنبية بالعربية، ولا يقتصر فقط على إيجاد مقابلات عربية للألفاظ الأجنبية لتعميم العربية واستخدامها في ميادين المعرفة، وإنما يعني بمفهومه الشامل سيورة اللغة العربية وسيادتها وانتشارها في جميع مناحي الحياة تعليمًا وإدارة وإعلامًا وتواصلًا وفي جميع قطاعات التنمية الشاملة والمستدامة أداءً سلبًا على الألسنة والأقلام.

La arabización objeto de esta presentación no se ciñe solamente a la traducción de textos extranjeros, vertiéndolos al árabe y la enseñanza en esta lengua de los saberes ajenos. Tampoco se limita a buscar equivalentes en árabe de las voces extranjeras para generalizar el árabe y utilizarlo en las parcelas del saber. Significa, en su sentido más amplio, el desarrollo de la lengua árabe, su hegemonía y expansión en todos los aspectos de la vida; en la docencia, en la administración y en todos los sectores del desarrollo integral y sostenible, hablándola y escribiéndola correctamente³³.

En la misma línea, أحمد بن محمد الضبيب (2015: 36 y ss.) afirma que el debate sobre la arabización de las ciencias, en general, y de la medicina, en particular, se ha convertido en una discusión crónica y reiterada. El autor añade que todo progreso científico en Egipto o en el mundo árabe no sería posible sino por la utilización del árabe como lengua vehicular de la ciencia y por la arabización de los términos científicos. En este sentido, el autor hace alusión a la experiencia de Egipto en el siglo XIX en esta materia. Del mismo modo, menciona la experiencia de Siria en la arabización de las ciencias, alegando que el uso, por parte de este país, del árabe a lo

³³ Traducción propia del árabe.

largo de casi nueve décadas, tanto en la docencia universitaria como en la producción libresco científica, no ha hecho que los científicos sirios sean inferiores o menos avanzados que sus homólogos de otros países, ni que la ciencia en este país esté menos desarrollada que en otros puntos del mundo.

2.6. Lenguajes de especialidad y traductología

Existen denominadores comunes entre los LSP y la traductología: ambos comenzaron a despertar el interés de los investigadores a partir de la segunda mitad del siglo XX, y también ambas disciplinas han generado una polémica entre los especialistas en la materia sobre todo en lo que a su definición y delimitación de su área se refiere.

Resulta evidente el lugar destacado que los LSP ocupan en el seno de la traductología. Dentro de esta disciplina casi siempre se ha distinguido entre “lenguaje general o común” y “lenguaje de especialidad”. De la misma forma, los tipos de traducción, con estas dos variedades, han sido objeto de numerosos estudios, máxime durante las últimas tres décadas. De las obras orientadas específicamente a la traducción científico-técnica mencionamos los trabajos de Hann (1992), Congost Maestre (1994) y Gamero Pérez (1998 y 2001), entre otros.

Ahora bien, Hurtado Albir entiende que los textos especializados son aquellos “dirigidos a especialistas y pertenecientes a los llamados lenguajes de especialidad: lenguaje técnico, científico, jurídico, económico, administrativo, etc.” (2001: 59). Tanto es así, que esta autora —al igual que Ciapuscio (2003)— opta por la denominación *traducción de textos especializados* (o géneros especializados) y no *traducción especializada*. Casi en la misma línea van otros autores que estiman que “para un texto sea especializado requiere únicamente que el lenguaje y el entramado conceptual utilizados exijan unos conocimientos “especiales” para su procesamiento” (Franco Aixelá, 2015: 02).

No obstante, algunos autores han puesto de relieve la ambigüedad que estriba en esta denominación, debido a las múltiples interpretaciones que pueden darse debido a

la variedad de denominaciones o por las demás expresiones alternativas que se emplean como sinónimos; *lenguajes especializados*, *lenguas especializadas*, *lenguas de especialidad*, etc., (Cabré y Gómez de Enterría, 2006: 10-11).

El análisis en demasía de las diferentes acepciones que se atribuyen a la denominación LSP se encuentra fuera del propósito de este trabajo. Este espacio se centra más bien en lo que dichos lenguajes significan dentro de la traductología. De esta forma, el interés pasa a dirigirse a la traducción de textos especializados.

2.7. Los textos especializados y su clasificación

Al igual que el estudio de los LSP puede tratarse desde distintos ángulos, la determinación del grado de especialización de un texto especializado puede también ser estudiada desde diferentes enfoques (traductológico, terminológico, discursivo, entre otros). Tanto es así, que el grado de especialización de los LSP varía dependiendo del plano temático al que éstos pertenecen. En otras palabras, existen múltiples parámetros que han de tomarse en consideración en aras de dar respuesta a la diversidad de la terminología y del texto especializado (Rodríguez-Tapia, 2016: 991). Aquí la tipología textual resulta de suma importancia para determinar el grado de especialización de un texto.

Así pues, a la hora de tratar de realizar una tipología textual del texto propiamente dicho, nos topamos con dos posturas diferentes mencionadas por Rodríguez-Tapia (*ibíd.*: 991-992):

- a) Aquellos que abogan por la existencia de un límite claro entre texto especializado y divulgativo.
- b) Aquellos que proponen lo que se llama un *continuum*.

La primera tesis se encuentra propugnada por autores como Sager, Dungworth y Mac Donald (1980, citados en Cabré, 2002: 23), que establecen una distinción entre textos especializados y generales, dependiendo de que el emisor sea o no especialista. No obstante, en la posición opuesta encontramos autores pertenecientes a la corriente

funcionalista como Gläser (1982 y 1993), Jacobi (1984) y Lauffler-Laurian (1983 y 1984) (*ibídem*).

En cambio, Hatim y Mason (citado en Muñoz Torres, 2011: 47-48) proponen cinco funciones principales del texto de especialidad, a saber: argumentativa, expositiva, descriptiva, narrativa e instructiva. Para ello, los autores establecen una función principal y unas funciones secundarias. Según ellos, esta concepción ha de permitir caracterizar los textos en su naturaleza multifuncional o híbrida, en términos de funciones.

Desde un enfoque temático, los géneros que se traducen en el ámbito médico suelen ser manuscritos, ensayos de psicología, investigaciones científicas, ensayos clínicos, artículos médicos, especificaciones de productos, artículos de investigación, protocolos, manuales científicos, informes médicos, ensayos de laboratorio, tesis y tesinas científicas, traducción de *papers*, análisis clínicos, cuestionarios médicos, folletos médicos, instrucciones de manuales médicos, textos de marketing y publicidad para el sector médico, páginas *web* médicas, etc. Si tenemos en consideración ámbitos afines como la Farmacia, cuyos géneros suelen ser compartidos con el ámbito médico, tendríamos que incluir documentos como recetas médicas, prospectos, marketing farmacéutico, expedientes de registro de medicamentos, fichas técnicas, resúmenes de características de producto, patentes químicas y farmacéuticas, hojas de datos de seguridad de materiales, etc.

2.7.1. La traducción de textos especializados

Parece que no hay consenso sobre lo que significa el término *traducción especializada*. El debate que se ha generado a propósito de este concepto se debe a distintas razones, entre ellas la posibilidad de aplicarlo no sólo a la actividad profesional, sino también al acto de la traducción. En este sentido, Muñoz Torres afirma que “[...] toda traducción se enmarca en la comunicación especializada y, a la vez, de una serie de condiciones especiales tejidas de conocimientos y competencias (Delisle, 1993; Velásquez 1994; Gamero Pérez, 1998, 2001 y Hurtado, 2001” (2011: 218).

Muñoz Torres ofrece la definición siguiente a traducción especializada:

Es la traducción de textos marcados por campos, dirigida a especialistas y semiespecialistas y también al público general con necesidades e intereses particulares, estructurados en géneros y funciones diferentes, enmarcados por los llamados lenguajes especializados dentro de la comunicación de conocimiento especializado (2011: 247).

Este autor reflexiona que, así, el campo temático es el que determina la descripción de lo que se denomina traducción especializada, lo que quiere decir que esta definición va marcada por el campo. Así, esta posición nos lleva a la división tradicional entre traducción literaria, traducción científico técnica traducción jurídica, etc. (Hurtado Albir, 1999: 29).

2.8. La traducción científico-técnica

Habida cuenta de los códigos especiales que posee, así como las peculiaridades que lo caracterizan, el lenguaje científico-técnico pertenece a los géneros especializados. Motivo por el cual, tanto la traducción científica como la técnica se enmarcan en “la traducción de los textos especializados” (Hurtado Albir, 2001: 59 y ss.).

Por otra parte, los límites entre lo científico y lo técnico no son tan marcados, de forma que han generado un desacuerdo entre los especialistas en la materia. Así pues, mientras que autoras como Gamero Pérez (2001) y Byrne (2006) han procurado establecer lindes claros entre lo primero lo segundo, otros autores Chico Rico (2015) y Franco Aixelá (2015), entre otros, vinculan la traducción científica con la técnica, conformando de ambas una dualidad. Este intento obedece a razones múltiples entre ellas las citadas a por Gamero Pérez en las líneas que siguen:

Esto se debe en parte a que las fronteras entre la ciencia y la técnica no siempre están claras. Así, hay objetos de estudio que se afrontan desde disciplinas científicas y tecnológicas a la vez; por ejemplo, el átomo se estudia tanto desde la física como desde la tecnología nuclear. Por otro lado, algunos autores afirman que

existen categorías intermedias entre la ciencia y la técnica, como por ejemplo, las ciencias aplicadas (medicina) (2005: 01).

2.8.1. Definición de la traducción científico-técnica

La RAE define *ciencia* como “conjunto de conocimientos relativos a las ciencias exactas, físicas, químicas y naturales”, entre otras definiciones (2014: 533). De igual forma, concibe el adjetivo *científico* como “perteneciente o relativo a la ciencia”; “que se dedica a una o más ciencias”; “que tiene que ver con las exigencias de precisión y objetividad propias de la metodología de las ciencias” (*ibídem*), entre otras acepciones.

De otro lado, este diccionario define *técnico* como “perteneciente o relativo a las aplicaciones de las ciencias y las artes”; “dicho de una palabra o de una expresión: empleada exclusivamente, y con sentido distinto del vulgar, en el lenguaje propio de un arte, ciencia, oficio, etc.” (RAE, 2014: 2089), entre otras definiciones.

Sin embargo, una definición más simplista de la traducción científico-técnica es la ofrecida por Sevilla Muñoz (2003), quien concibe este tipo de traducción como “aquella en la que se trabajan textos científico-técnicos”. Esta misma perspectiva contempla el texto científico-técnico como “aquel cuyo contenido está relacionado con el objeto de estudio de las ciencias y las tecnologías y que se produce con la intención de transmitir ese contenido especializado” (*ibídem*).

En lo tocante a la denominación “traducción científica”, ésta, al igual que la denominación LSP, entraña cierta ambigüedad. Por este motivo, أبو يعرب المرزوقي reflexiona sobre las distintas nociones que el uso de este sintagma puede llegar a suponer, tal y como se observa a continuación:

- 1) La traducción científica implica, en una primera acepción, la traducción de las ciencias, es decir, se inspira ese adjetivo del contenido del material transmitido gracias a la traducción: **Traducción de las ciencias.**

2) Y la traducción científica significa, en un segundo sentido, la traducción cuyo método es científico. Esto quiere decir que ésta se inspira su atributo del método, independientemente del objeto de traducción: **La traducción que tiene un método científico.**

El planteamiento primero prepondera, dado que el método científico en la traducción emana de la influencia del material científico traducido sobre el método en la traducción, en general (أبو يعرب المرزوقي, 1989: 29)³⁴.

2.9. La traducción médica como rama de la traducción científico-técnica

Varios estudios desarrollados acerca de la traducción médica la enmarcan en la traducción científico-técnica considerando que la primera es una subcategoría de la segunda. En este sentido, Montalt Resurrecció asevera que “la traducción médica (incluyendo la industria farmacéutica y otros campos de las Ciencias de la Salud) ocupa un lugar primordial dentro del ámbito de la traducción científico-técnica” (2002: 225). Esta perspectiva es, igualmente, compartida por otros autores como Lázaro Gutiérrez (2014: 168), Marsh (1999) y Muñoz Miquel (2014: 11), entre otros.

De la misma forma, numerosos planes curriculares que disponen de formación en traducción médica en el seno de las universidades españolas engloban la traducción médica como un bloque temático de la traducción científico-técnica. Por citar un ejemplo, señalamos la formación que ofrece la Universidad de Málaga en el segundo ciclo, donde se inserta la traducción médica dentro de la traducción científico-técnica (Ortega Arjonilla, 1998: 89).

Ciñéndonos a esta perspectiva, hemos partido de lo general, esto es, la traducción científico-técnica para tratar lo particular, a saber: la traducción médica que en las líneas a continuación exponemos su definición.

³⁴ Traducción del árabe al español realizada por el autor de la tesis doctoral.

2.9.1. Definición de la traducción médica

La RAE concibe la medicina como “conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir” (2014: 1435). De igual manera, Averroes dijo que “llamamos medicina el arte que, arrancando de principios verdaderos, busca la conservación de la salud del cuerpo humano y la curación de sus enfermedades”³⁵. De la propuesta del médico y filósofo andalusí se desprende que la medicina se contemplaba como un arte, se basaba en principios realistas y empíricos, y, como es lógico, se ocupaba principalmente de la prevención de las enfermedades, pero también de curarlas, una vez contraídas.

Ahora bien, en lo referente a la traducción médica, Montalt Resurrecció puntualiza:

Medical translation refers to a specific type of scientific and technical translation that focuses on medicine and other fields closely related to health and disease such as nursery, public health, pharmacology, psychiatry, psychology, molecular biology, genetics and veterinary science (2011: 79).

A la luz de las definiciones planteadas entendemos que la traducción médica es “la traducción de textos pertenecientes a las ciencias de la salud que forman parte de toda comunicación profesional y van dirigidos a la formación del personal sanitario o a la comunicación con los usuarios de los servicios sanitarios”. De este modo, la definición ofrecida acota el ámbito objetivo de la traducción, al igual que abarca el mayor abanico de géneros textuales, tanto de los que se utilizan en la prestación de los servicios sanitarios como de los que se emplean para la formación de quienes prestan dichos servicios.

³⁵ (Averroes, Al-Kuliyat, libro II, capítulo V, folio 11, citado en Torre, 1974: 26).

2.9.2. Características de la traducción médica

En efecto, son numerosas las peculiaridades que corresponden a la disciplina que nos ocupa y que afectan, de una manera u otra, a la traducción al árabe de textos médicos. Esta cuestión ha llamado la atención de varios autores que la abordaron desde varias perspectivas.

La primera característica que ha sido objeto de estudio es la amplitud del campo médico, de forma que imposibilita abarcar todas las especialidades por parte de un médico o profesional de la salud. Así pues, ningún facultativo ha abarcado anteriormente todas las especialidades médicas garantizando un conocimiento sólido en torno a todas ellas y creemos firmemente que esta tarea va a seguir siendo imposible. A continuación exponemos las tradicionales especialidades médicas que esta disciplina posee:

- Anestesiología قسم التخدير
- Bacteriología قسم الجراثيم
- Bioquímica قسم الكيمياء الحيوية
- Cirugía قسم الجراحة
- Dermatología قسم الأمراض الجلدية
- Endocrinología قسم الغدد
- Farmacología قسم الصيدلة
- Fisiología قسم وظائف الأعضاء
- Genética قسم الأمراض الوراثية
- Geriátrica قسم أمراض الشيخوخة
- Hematología قسم أمراض الدم
- Inmunología قسم المناعة
- Medicina interna قسم الأمراض الباطنية والمتوطنة
- Microbiología قسم الأحياء المجهرية
- Obstetricia y ginecología قسم أمراض النساء والتوليد
- Odontología قسم الفم والأسنان
- Oftalmología قسم طب العيون

- Otorrinolaringología قسم الأنف و الأذن والحنجرة
- Patología قسم علم الأمراض
- Pediatría قسم طب الأطفال
- Psiquiatría y neurología قسم الأمراض النفسية والعصبية
- Radiología قسم الأشعة
- Urología قسم المسالك البولية
- Virología قسم الأمراض الفيروسية
- Medicina forense الطب الشرعي
- Medicina industrial الطب الصناعي
- Medicina nuclear الطب النووي
- Medicina preventiva y rehabilitación الطب الوقائي والتأهيل

Cabe explicitar que hay un número considerable de especialidades afines a las ciencias médicas que no se recogen en esta lista, así como especialidades propias a los nuevos descubrimientos científicos. Sobre esta cuestión, Marsh (1999) arguye:

La medicina, o quizá mejor dicho las ciencias médicas, engloba un área del saber humano extensísima por lo que se halla dividida en numerosas especialidades. Ningún clínico puede abarcarlas todas, de ahí que tampoco ningún traductor, ni siquiera teniendo una formación en medicina, puede aspirar a dominarlas todas.

Al igual que las numerosas especialidades médicas, el lenguaje médico español es muy nutrido. A este respecto, Rodríguez Gama (citado en Patiño Restrepo, 2010: 174) sostiene que dicho lenguaje posee 300.000 voces; es decir, tres veces y medio más que las 90.000 entradas que abarca el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Igualmente, Navarro González y Hernández (1997) afirman que la traducción médica representa las formas más antiguas de la traducción científica, y hacen hincapié en la riqueza de la que dispone el lenguaje médico en general. Para ello, utilizan como ejemplo los términos médicos, que ascienden a 115.000, recogidos en el *Dorland's Medical Dictionary*.

Por otro lado, Navarro González (2000) apunta que una de las características del lenguaje médico español es la multitud de sinónimos. Este autor atribuye esta

característica a la proliferación de los comités de nomenclatura y a la metodología que los integrantes de este comité aplican en su quehacer, añadiendo un nuevo sinónimo o acuñando un nuevo término junto al que ya se empleaba.

Asimismo, las metáforas tienen presencia en el lenguaje médico español, lo que añade complejidad a la traducción propiamente señalada (Fernández Díaz, 2012). Sin duda, las metáforas existen en dicho lenguaje médico y consideramos que algunas de ellas han surgido como consecuencia de su analogía con una parte determinada en el organismo humano como la palmera del ojo para señalar la carnosidad o el *pterygium*. Otras incluso son de uso frecuente entre los facultativos pero —según Fernández Díaz (*ibídem*)— son de sentido, o más bien de fondo histórico, desconocido para una buena parte de éstos. A modo de ejemplo, mencionamos *la corbata del suizo* para referirse a la condensación formada por las fibras longitudinales superficiales.

2.9.3. ¿Traducción médica o traducción sanitaria?: variedad de denominaciones

Son varias las denominaciones que se han dado a la traducción que se verifica en el ámbito de la salud humana (Muñoz Miquel, 2014: 24). En este sentido, hemos localizado hasta seis de ellas, a saber: traducción médica, traducción sanitaria, traducción médico-sanitaria, traducción biomédica, traducción biosanitaria, traducción médico-farmacéutica. Notamos que todas ellas se emplean en aras de hacer referencia a la transmisión de un texto escrito de una lengua a otra en áreas relativas a la salud humana.

Aquí nuestro propósito no radica en ahondarnos en la exploración de los motivos de cada una de estas denominaciones sino en analizar, de forma sucinta, la diferencia entre “traducción médica” y “traducción sanitaria”, dadas las razones que mencionaremos a continuación:

— “Traducción médica” es objeto de la presente tesis doctoral, mientras que “traducción sanitaria” se emplea para referirse a la asignatura englobada en el Máster en TISP que representa también un objeto de estudio en el trabajo aquí presentado.

— “Traducción médica” y “traducción sanitaria” son, según observamos, los dos usos más frecuentes para aludir a al hecho de verter textos relevantes al área de la salud humana de un idioma a otro en la investigación acerca de dichas traducciones.

— No hay una separación nítida entre “traducción médica” y “traducción sanitaria”. La primera puede emplearse para aludir a la segunda, o a la inversa, y, por ende, puede generarse una confusión como consecuencia de ello.

Con respecto a los usos de las denominaciones arriba señaladas, Muñoz Miquel (*ibídem*) asevera que la utilización más extendida entre ellas es “traducción médica”, aunque, según la autora, los demás títulos tienen también presencia entre los académicos, investigadores y especialistas en la materia.

Por otro lado, Lázaro Gutiérrez, a partir de definiciones planteadas por Montalt Resurrecció, resalta que tanto “traducción médica” como “traducción sanitaria” corresponden al ámbito de la salud humana y se ven condicionadas “por los principios éticos de la biomedicina y la medicina asistencial, que incluyen la exactitud, la fiabilidad, la confidencialidad y la consideración hacia el paciente” (2014: 170).

Ahora bien, si analizamos la definición dada por (*vid. supra.* capítulo II, epígrafe: 2.9.1) observaremos que este vocablo atañe principalmente al cuerpo humano y a las enfermedades que afectan dicho cuerpo. Esto quiere decir que en “traducción médica” se recogen únicamente los textos atinentes al diagnóstico y al tratamiento del cuerpo humano, y por lo tanto el campo de acción de dicha traducción será bien limitado.

En cambio, “sanidad”, entre otras concepciones, viene definida por la RAE como “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio” (2014: 1970). Con esto se desprende que *traducción sanitaria* tiene un sentido más amplio, ya que a la par que se ocupa de la salud humana, se desarrolla dentro de servicios gubernativos o públicos. Igualmente, “sanitario” abarca otros elementos que guardan relación con la

salud humana, esto es, la higiene. Además, Bueno García ha ido más allá en esta dirección considerando que los textos sanitarios son tan amplios, de modo que agrupan desde las especialidades médicas hasta las veterinarias o farmacéuticas (2007: 225).

Tanto es así, que autores como Montalt Resurrecció (2012) y Lázaro Gutiérrez (2014) establecen distinción entre las dos áreas arriba referidas. A su juicio, “traducción médica” se deriva de la traducción científica y engloba géneros textuales variados y de distintos grados de dificultad, mientras que “traducción sanitaria” forma parte de la TISP. Ahora, quedando casi clara la diferencia entre ambos conceptos, el hecho de juntarlos en una combinación; es decir, “traducción médico-sanitaria”, amplia exponencialmente su campo de acción, ya que en este caso se abarcan tanto aspectos médicos como sanitarios. Cabe resaltar que esta denominación es la que encabeza ciertas ofertas de formación en algunas universidades españolas, y el máster que ofrece la Universidad Jaume I es un ejemplo.

No obstante, autoras como Barceló Martínez y Varela Salinas (2011: 243), se decantan por “traducción biosanitaria”, ya que —desde su punto de vista— este uso comprende un concepto más extenso que la traducción médica. También, según estas autoras, “lo médico estaría incluido en lo biosanitario, pero no extenderíamos los ámbitos que comprenden únicamente a las especialidades veterinaria o farmacéutica, sino que incluiríamos, además, ramas afines, como la fisioterapia o la enfermería, entre otras” (*ibídem*).

Resulta evidente, por último, que “traducción médico farmacéutica” es aquella que reúne textos pertenecientes al ámbito de la medicina con otros relacionados con el campo farmacéutico y el de la industria farmacológica. Este último, como es sabido, queda fuera del propósito principal de esta tesis doctoral.

2.10. A modo de conclusión

La concepción del lenguaje de especialidad ha sido un motivo de polémica entre los especialistas en la materia. No hay consenso entre éstos a propósito de la definición de los LSP ni en torno al enfoque desde el que hay que estudiarlos. Algunos atribuyen

el grado de la especialidad del texto a la terminología, otros achacan esta peculiaridad a los sujetos a los que va dirigido el texto, mientras que terceros sostienen que los integrantes de la comunicación son los que determinan la naturaleza del texto. En cambio, hay quien ve que no existe una diferencia evidente entre lenguaje general y LSP. Además, algunos van más allá en esta cuestión y aseguran que los denominados LSP no existen.

La investigación en torno a los LSP es tan reciente como la propia investigación sobre la traductología. Los estudios acerca de esta disciplina responden a necesidades específicas y cobran una relevancia especial como consecuencia de la importancia que posee la lingüística para las nuevas tecnologías, entre otras razones. Por otra parte, el lenguaje médico español es tan nutrido, de modo que el volumen de sus términos equivale casi tres veces y medio al de las entradas que el Diccionario de la Real Academia Española abarca. Esta riqueza se debe a varias razones, entre ellas el contacto y el mestizaje mantenido con otras lenguas (el griego, el árabe, el latín o las lenguas indoeuropeas) a lo largo de numerosos siglos. De igual forma, responde al protagonismo conferido al español en contextos científicos en los países hispanohablantes, tanto en lo que se refiere a la docencia como en lo que corresponde a la divulgación científica. Además, es de justicia mencionar el papel que en este sentido desempeñan la Real Academia Española (RAE) y la Real Academia Nacional de Medicina, así como las academias análogas en los diferentes Estados hispanoamericanos.

Sin embargo, el lenguaje médico árabe se encuentra en desventaja, en tanto que se trata de una lengua a la que se vierten textos médicos en castellano. Dicho lenguaje está repleto de préstamos, extranjerismos, calcos lingüísticos o voces transliteradas a pesar del esfuerzo que los comités de los términos médicos de las academias de la lengua árabe, máxime la de El Cairo, despliegan con el objetivo de que esta lengua sea capaz de transmitir el conocimiento científico que se produce principalmente en Occidente.

Asimismo, hemos constatado que no se saca provecho de dicho esfuerzo, ya que la aportación de los miembros de dicho comité queda habitualmente a merced de los repertorios de las instituciones académicas en los países árabes, a la espera de una decisión para que se lleve a la práctica. Así pues, la gran mayoría de las investigaciones científicas que se realizan en las facultades de medicina en Egipto se redactan en inglés. Del mismo modo, las tesis doctorales de las que tenemos conocimiento en facultades de lenguas y traducción en dicho país han sido redactadas en las lenguas de sus respectivos departamentos. Esta tendencia a redactar en una lengua diferente al árabe —a veces por esnobismo y otras por un complejo de inferioridad, según percibimos— genera un retroceso en el uso del árabe en el ámbito científico de los países árabes.

Por último, y como queda descrito, hay consenso entre las perspectivas de los miembros de las academias de la lengua árabe especialistas en LSP al corroborar que esta lengua semítica afronta un serio problema como consecuencia de la marginación a la que se ha visto sometida en sus respectivos países, en lo que se refiere a su uso, tanto en la docencia como en la divulgación científica.

CAPÍTULO III: FORMACIÓN EN TRADUCCIÓN MÉDICA ESPAÑOL-ÁRABE

3.1. Introducción

Es bien sabido que toda práctica profesional de la traducción médica ha de estar antecedida por una formación sólida y rigurosa en esta línea. Dicha formación debe comprender desde las competencias de la traducción hasta la enseñanza del código deontológico sin el cual todo ejercicio de traducción será, en nuestra opinión, deficiente.

Los estudios en torno a la didáctica de la traducción en general reflejan la importancia que esta parcela cobra en aras de garantizar una formación adecuada de los futuros traductores. En esta línea, y lejos de cualquier afán de exhaustividad, los estudios de Barceló Martínez y Varela Salinas (2011), Balliu (1998), Bueno García (2007-8), Cabré y Gómez de Enterría (2006), Escamilla (1993), Gamero Pérez (1996), Hurtado Albir (1999 y 1999a), Kamal Zaghoul (2010), Mayor Serrano (2002a y 2003), Sevilla Muñoz y Callejas Trejo (2003), Valero Garcés (2000), Sawyer (2004), así como los estudios mencionados por Albarrán Martín (2012: 301) plasman nítidamente esta realidad.

Pese a ello, y en lo que se refiere al binomio lingüístico inglés-español, autores como Albarrán Martín (2012) afirman que aún no se puede hablar de una gran acogida de la disciplina de la traducción médica por parte del mundo académico e investigador. Prueba de ello, según la autora, es la escasez de trabajos correspondientes a este ámbito, en comparación con otras especialidades de la traducción. Por otro lado, Mendiluce Cabrera sostiene que “hasta ahora [los estudios sobre la didáctica de la traducción] se han centrado principalmente en la terminología, la fraseología y los aspectos puramente morfológicos y léxicos” (2004: 3).

Tanto es así, que varios autores, entre ellos Mayor Serrano (2005) y Muñoz Miquel (2008), estiman apropiado proseguir la aportación en esta línea, considerando que los estudios efectuados al respecto son todavía insuficientes. Sin embargo, frente a la escasez que, desde la perspectiva de algunos autores, caracteriza esta línea, no sería arriesgado decir que en el caso del binomio lingüístico español-árabe, dichos estudios

son casi nulos. Esta afirmación nuestra fue corroborada tras el barrido de información realizado en esta tesis doctoral.

Una vez constatada esta información, en el presente capítulo abordamos el tema de la docencia y la práctica de la traducción médica en el par lingüístico que nos ocupa. En lo atinente a la docencia, analizamos el *statu quo* de la asignatura de traducción médica en los planes de estudios de los centros de los cuales han provenido durante los últimos cuatro años alumnos para estudiar el Máster en TISP que la UAH ofrece. Este diagnóstico comprende todos los planes de estudios de los centros que han tenido una representación estudiantil en dicho máster entre los cursos académicos 2014-2015 y 2017-2018.

Aunque el objetivo principal de dicho diagnóstico va dirigido a los planes propiamente señalados, incluimos también en el estudio que aquí se presenta todos los programas que incluyan asignaturas de traducción español-árabe cuyos alumnos puedan en un futuro estudiar el máster referido.

3.2. Consideraciones previas

Si el origen de los estudios sobre traducción se remonta a la segunda mitad del siglo XX, tenemos que remitirnos a fechas aún más recientes para hablar de los orígenes de la didáctica de la traducción como nueva disciplina que se ha desarrollado en el seno de dichos estudios. Algunos autores atribuyen el inicio de esta disciplina a mediados de los ochenta del siglo pasado (Hernández Guerrero, 1995: 105).

El pionero en la materia fue Jean Delisle, quien en 1981 publica la obra titulada *L'Enseignement de l'interprétation et de la traduction: de la théorie à la pédagogie* en la que se recoge la experiencia de un número de docentes canadienses de interpretación y traducción. Tres años más tarde, el propio autor publica *L'analyse du discours comme méthode de traduction* donde se establecen por primera vez objetivos de aprendizaje relevantes a la traducción (Hurtado Albir, 1996: 33). Desde ese momento, han proliferado los estudios, los congresos, las conferencias y los talleres de

trabajo a propósito de la didáctica de la traducción y la interpretación (Hernández Guerrero, 1995: 105).

Las dos escuelas de referencia en esta área son la canadiense y la parisiense. Así pues, hasta bien finalizado el primer lustro de la década de los noventa del siglo pasado, esta disciplina en España brillaba por su ausencia. Por otro lado, las obras que giran en torno a la didáctica de la traducción que se encuentran en árabe son, en su mayoría, traducciones principalmente del inglés y del francés, además de algunas obras traducidas del castellano, como la de Hurtado Albir (1996) vertida al árabe por Aly Ibrahim Menufi.

Ahora bien, la didáctica de la traducción de textos especializados adquiere una relevancia especial en toda esta amalgama. En español, se publican en los últimos 17 años alrededor de medio centenar de obras referentes a la didáctica de traducción científico-técnica, comercial, médica y, fundamentalmente, jurídica. Sin embargo, la mayoría de estas aportaciones ponen el acento en los términos, considerándolos la principal dificultad que caracteriza este tipo de textos (Falzoi, 2015, entre otros). De esta manera, nacen las voces que apelan a poner énfasis en otros aspectos como la tipología textual, la competencia extralingüística, con sus dos vertientes temáticas y bicultural, o la competencia instrumental con el objetivo de desarrollar finalmente la competencia traductora en los alumnos de traducción de textos especializados (Abdel-Aziz, 2006; Muñoz, 2011; Hurtado Albir, 2001, entre otros).

Cabe ilustrar, por añadidura, que las opiniones en este sentido son tan heterogéneas hasta el punto de encontrarse a quien cuestiona la posibilidad de ofrecer una formación integral de traductores en el ámbito especializado objeto de este estudio. En esta línea, Bueno García estima que “es imposible formar adecuadamente a los traductores especializados en tantos y tan variados terrenos léxicos y de experiencia profesional sin caer en la superficialidad” (2007: 225).

3.3. Antecedentes sobre la didáctica de la traducción en general

A pesar de la magnitud de los estudios que se han elaborado a propósito de la traducción en general, máxime a partir de la segunda mitad del siglo XX, se aprecia un retraso importante en lo que se refiere al esfuerzo investigador conferido a la didáctica de la traducción. A este respecto algunos autores (Hurtado Albir, 2001: 161-162) ha apuntado a la escasez de estudios referentes a la didáctica de la traducción en general y la de los textos especializados en particular. Otras autoras como Mayor Serrano (2002a: 83; 2003: 123) y Muñoz Miquel (2009: 157) hacen referencia a la escasez de este tipo de estudios e investigaciones, especialmente en el ámbito de la traducción médica.

Así pues, algunos estudiosos han planteado incluso interrogantes sobre la posibilidad de formar traductores especializados en un ámbito específico de la traducción. Dicho planteamiento nace como resultado de su convicción de que la traducción médica requiere una formación especializada y dedicación exclusiva, dada la dificultad que presenta su práctica profesional y la amplitud de las especialidades que componen este ámbito (Navarro González y Hernández, 1997). Por ello, en las líneas que siguen mencionamos algunas obras que han tenido como objeto de estudio el tema que aquí nos interesa.

En su artículo titulado “Metodología de la Enseñanza de la Traducción”, García (1997) aborda el tema de la didáctica de la traducción, partiendo de unos fundamentos teóricos basados en la didáctica, con su enfoque en la transmisión de los conocimientos. Aquí, la autora aboga por que haya un proyecto pedagógico que ofrezca una buena formación, que haga hincapié en la interacción profesor-alumno y que tenga equilibrio entre la teoría y la práctica. Acto seguido, la autora hace mención a los elementos pedagógicos en la enseñanza de la traducción. Estos son: ¿Quién enseña? ¿A quién enseña?, ¿En qué contexto espacio-temporal (social, organizativo, institucional) se ubica la enseñanza?

Gallardo San Salvador (2007) en su trabajo titulado “Breve repaso a la enseñanza de la traducción científica”, realiza una revisión concisa del desarrollo de

los estudios sobre la traducción científica desde sus primeras andaduras en las universidades españolas. La autora hace una reflexión acerca del fenómeno de enfocar la formación hacia aspectos más academicistas, relegando a un segundo plano aquella formación con objetivos profesionales que el mercado laboral requiere. Asimismo, la autora pone de relieve la ambigüedad que suele producirse en la enseñanza de esta modalidad de traducción al mezclar aspectos profesionales con el empleo de herramientas o recursos para el traductor, olvidando que la función prioritaria de la traducción es la transmisión de un acto de comunicación.

En el artículo titulado “Enseñanza-aprendizaje de la traducción biosanitaria (alemán-español): una propuesta didáctica”, Barceló Martínez y Varela Salinas (2011) arrojan luz sobre la trascendencia que tiene la enseñanza-aprendizaje de la traducción especializada alemán-español en el ámbito biosanitario y tratan de confeccionar una propuesta didáctica que responda satisfactoriamente a las necesidades del mercado laboral en el binomio lingüístico señalado, acorde a las disposiciones del actual sistema educativo. La metodología de esta propuesta didáctica se basa en los ejes siguientes: ¿qué se enseña?, ¿cómo se enseña? y ¿por qué se enseña?

Mayor Serrano (2002), en su tesis doctoral titulada “Tipología textual pragmática y didáctica de la traducción en el ámbito biomédico” se centra en el análisis contrastivo intra e interlingual de 66 textos de la comunicación biomédica escrita en la combinación lingüística inglés-español, con el fin de solventar unas lagunas didácticas en la combinación lingüística mencionada. La autora propone la elaboración de una tipología textual pragmática en la que se propongan herramientas que posibiliten la adopción de una tipología unitaria que, a su vez, determine las unidades textológicas del sistema tipológico (tipos, variantes y clases de textos). El objetivo es poder conocer el grado de especialización de los textos y diferenciarlos de acuerdo a unos criterios comunes. Igualmente, la autora pone de manifiesto la importancia de dotar al alumnado de conocimiento exhaustivo relativo a la tipología textual que configura todo campo del saber, así como de las convenciones que rigen su funcionamiento para que la formación sea fructífera.

De la misma forma, esta autora en su artículo titulado “La ¿formación de traductores médicos? Sugerencias didácticas” (Mayor Serrano, 2002a), consciente del retraso investigador, no sólo de la didáctica de la traducción médica, sino también de la didáctica de la traducción en general, propone sugerencias didácticas a propósito de la traducción en el ámbito que nos ocupa, tales como ampliar la investigación para que alcance cuestiones básicas como los objetivos, los contenidos, los métodos, los medios y las razones de la enseñanza de la traducción médica.

Asimismo, mediante la aplicación de principios pedagógicos, como la programación por objetivos y el enfoque por tareas, Sevilla Muñoz, M., Sevilla Muñoz, J. y Callejas Trejo (2003) han propuesto una UD genérica para la enseñanza de la traducción científico-técnica dirigida a alumnos universitarios. En esta unidad, los autores plantean el uso en el aula de una serie de textos que responden a las necesidades de un modelo didáctico que tiende a formar a traductores profesionales. En lo que respecta a las tareas, los autores proponen tres tipos: las de sensibilización, las de adquisición de destrezas y las de aplicación de destrezas.

En lo que respecta al binomio lingüístico que nos ocupa, las únicas aportaciones de las que tenemos conocimiento al respecto son, primero, una propuesta de innovación docente que se trata de la “resolución de ejercicios y problemas en la traducción médica y biosanitaria, combinación lingüística español-árabe-español”, llevada a cabo de la mano de Baya Essayahi (2012) en el Departamento de Traducción e Interpretación en la Universidad de Granada. El objetivo de esta propuesta es, según su autor, mejorar la calidad de la enseñanza de la traducción médica español-árabe-español ofrecida a los alumnos de grado o licenciatura en dicha universidad. La segunda se trata de una propuesta de UD proyectada por Kamal Zaghoul (2010) y dirigida a los alumnos de grado de nivel intermedio para la enseñanza de la traducción de textos no especializados en la dirección español-árabe. El autor emplea en esta UD el método del enfoque por tareas, utilizando para ello textos auténticos cuyo objetivo, según afirma, es mejorar la competencia traductológica del alumnado.

Tras nuestra búsqueda efectuada con el objetivo de hallar propuestas didácticas que versen, principalmente, sobre la enseñanza de la traducción de textos científico-técnicos y médicos hemos podido extraer las conclusiones que se citan a continuación:

- ⇒ Son varias las unidades didácticas confeccionadas sobre la enseñanza de la traducción de textos médicos, pero en otras combinaciones lingüísticas distintas de la que nos ocupa.
- ⇒ La mayor parte de dichas unidades didácticas concibe la enseñanza de la traducción médica en un marco más amplio, esto es, el de la traducción científico-técnica.
- ⇒ Son numerosas las formas en las que estas unidades didácticas han sido estructuradas y los temas en los que hacen hincapié, dependiendo de los objetivos de aprendizaje.
- ⇒ Lejos de los planes de estudios propios de cada departamento de traducción o centro docente, se observa una escasez importante en las unidades didácticas correspondientes a la enseñanza de la traducción médica en la combinación lingüística español-árabe.

3.4. La formación en traducción médica español-árabe: Estado de la cuestión

Aquí exploramos el estado de la cuestión de la formación en traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa. Dicha exploración se vertebra en dos niveles: en primer lugar, rastreamos los programas de formación ofrecidos por los centros árabes o españoles, tanto en la fase de grado como en la de posgrado. En segundo lugar, examinamos el contenido de los planes de estudios de los centros recogidos en este estudio con el fin de verificar su adecuación a los objetivos del alumnado y a las necesidades del mercado laboral.

Ahora bien, antes de emprender nuestra exploración, nos gustaría subrayar que el ejercicio de la traducción médica en España no se circunscribe a los traductores provenientes de carreras de filología, lingüística o de traducción e interpretación, sino que se encuentra integrado también por traductores formados en medicina. Hemos comprobado que esta realidad, aunque se da mayoritariamente en pares lingüísticos como el inglés-español y el francés-español, también existe en la combinación lingüística objeto del trabajo que aquí se presenta. Cabe ilustrar que sobre la dicotomía traductor médico o médico traductor se han generado heterogéneas perspectivas, algunas defendían un perfil concreto que ha de ocuparse de esta profesión, mientras que otros se decantaban por un perfil distinto, cuestión que tratamos en el epígrafe siguiente.

3.4.1. ¿Traductor médico o médico traductor?

A diferencia de otros ámbitos de traducción, especialmente de los textos no especializados, se observa que la profesión de la traducción médica siempre ha sido un objeto de debate, por no decir polémica, entre los especialistas en la materia. A este respecto, todavía se reformula el interrogante: ¿quién ha de ocuparse de la traducción médica; el traductor profesional o el profesional traductor; es decir, el traductor médico o el médico traductor? Alguna que otra vez “el debate de esta cuestión se prolonga durante horas y consiste, básicamente, en un cruce de descalificaciones y generalizaciones rayanas en lo increíble” (Navarro González, 2002: 307).

Ahora bien, el ejercicio de la traducción médica en general no requiere la ostentación de un título universitario concreto. Así pues, esta modalidad de traducción puede ser ejercida por perfiles muy heterogéneos³⁶. No obstante, hay voces que estiman imprescindible la formación y especialización exclusivas en este ámbito de la traducción, arguyendo que “la traducción científica debe ser tarea de traductores especializados con dedicación exclusiva y preparación adecuada, independientemente

³⁶ Sin perjuicio de las condiciones que algunos organismos, normalmente públicos, exigen para el acceso a esta profesión.

de su trayectoria formativa” (*ibídem*). Otras voces van más allá en esta consideración y reclaman “alcanzar el rango legal de especialista por medio de un título que esté universalmente aceptado” (Gutiérrez Rodilla y Diego Amado, 2006: 120).

Ciñéndonos a la cuestión objeto de este epígrafe, hay tres perspectivas diferentes con respecto al perfil profesional que ha de ocuparse de la traducción médica. El primer grupo se decanta por que este encargo sea efectuado por médicos con conocimientos lingüísticos. Esta opinión se fundamenta en que dichos facultativos suelen poseer una sólida competencia temática que les posibilita paliar los entresijos del lenguaje médico. Algunos defensores de esta opinión admiten que los profesionales de la salud, al no recibir formación en traducción médica, pueden demostrar una insuficiencia patente en lo que se refiere a las competencias: traductora, estratégica e instrumental. Algunos de los que representan esta teoría son Navascués y Hernando (1998) Félix y Alarcón (1998).

El segundo grupo aboga por dejar esta profesión en manos de los profesionales provenientes de carreras en Traducción e Interpretación o de Filología. Esta perspectiva considera que dichos perfiles suelen gozar de las competencias imperiosas para presentar una traducción de calidad. Es más, sostienen que la profundización en la temática médica, esto es, la consolidación de la competencia temática es algo asequible que se puede lograr con la práctica. Algunos de los defensores de esta perspectiva son Mata Pastor (1998) y Lee-Jahnke (2005).

La tercera óptica plantea una especie de fusión entre los dos perfiles antes referidos. En su opinión, son indispensables tanto los conocimientos lingüísticos como los médicos en aras de garantizar la calidad de los textos médicos vertidos a otra lengua. Uno de los partidarios de esta opinión es Balliu (1998).

A nuestro modo de ver, el entrar en este debate queda improductivo e ineficaz. Ambos perfiles, como se ha dicho anteriormente, tienen acceso a esta profesión. Igualmente, el *statu quo* del mercado laboral en España, pero también en el mundo árabe, demuestra que las traducciones médicas se llevan a cabo por ambos perfiles. Los traductores de estos textos son, a nuestro parecer, un medio para alcanzar un fin.

Dicho fin subyace en presentar un texto médico de alta calidad en la LO. La calidad del texto médico traducido es el objetivo sobre el que han de girar los debates entre los especialistas en la materia. Una traducción médica que carezca de los estándares de calidad, será deficiente e inaceptable, con independencia del perfil que la haya culminado. En cambio, una traducción médica de calidad habrá logrado el objetivo para el que fue encargada, independientemente del perfil de quien la ha llevado a cabo.

Lo indispensable, desde nuestro modo de ver, es demostrar un dominio de las competencias esenciales que posibilitan verter con éxito un texto de una lengua a otra, estas son: la competencia lingüística, la extralingüística con sus dos vertientes (la temática y la bicultural), la traductora o traslativa, la estratégica y la instrumental. En muchos casos, especialmente en lo que respecta a la competencia temática, la consulta de un médico por parte de un traductor con perfil lingüístico resulta de suma importancia para alcanzar el objetivo fundamental que estriba en ofrecer una traducción médica de calidad.

3.4.2. Programas de formación en traducción árabe-español

3.4.2.1. Fase de posgrado: En España

En lo que se refiere a la oferta de formación de posgrado que se desarrolla en el seno de universidades españolas, hemos realizado un inventario de los másteres en traducción (e interpretación) relacionados con la combinación lingüística que nos ocupa. Acto seguido, hemos explorado los planes de estudios de los programas propiamente referidos, con el propósito de averiguar la formación en traducción (e interpretación) en el área médico-sanitaria. La búsqueda efectuada al respecto revela la existencia de la relación de másteres que se muestra a continuación:

Universidad	Programa	Tipo de estudios/Créditos
Alcalá, UAH	Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los	Oficial, 60 ECTS

	Servicios Públicos	
Granada, UGR	Máster Universitario en Interpretación de Conferencias	Oficial, 60 ECTS (Interpretación de conferencias, exclusivamente)
Granada, UGR	Máster Universitario de Traducción Profesional	Oficial, 60 ECTS
Málaga, UMA	Máster Universitario en Traducción para el Mundo Editorial	Oficial, 60 ECTS
Murcia, UM	Máster Universitario en Traducción Editorial	Oficial, 60 ECTS
Rey Juan Carlos I, URJC	Traducción e Interpretación Jurídica y Judicial	Oficial, 60 ECTS
Sevilla, US	Máster Universitario en Traducción e Interculturalidad	Oficial, 60 ECTS

Tabla 2: Másteres en traducción e interpretación árabe-español en universidades españolas (Elaboración propia)

Cabe aludir, igualmente, a una formación que, si bien no se trata de un máster universitario, engloba asignaturas de traducción y, en menor medida, de interpretación árabe-español. Con ello nos referimos al Curso de Especialista en Traducción árabe-español³⁷ que la Escuela de Traductores de Toledo lleva casi dos décadas ofreciendo. Se trata de un título propio que entraña varias asignaturas de traducción general y especializada (jurídica, económica, literaria, de prensa, política internacional, etc.,

³⁷ Disponible en: <http://escueladetraductores.uclm.es/posgrado-edicion-2017-18/> (Último acceso: 14/10/2018). Cabe subrayar que, según confirmación de la ETT, esta formación se cancelará a partir del curso académico 2018-2019.

además de un taller de interpretación de conferencias). Si exceptuamos las asignaturas obligatorias, esto es, Teoría y Práctica de la Traducción I y Teoría y Práctica de la Traducción II, las demás son impartidas en forma de talleres que se realizan mensualmente de octubre a junio. No obstante, este curso no dispone de ninguna asignatura de traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa.

Ahora bien, el análisis de los planes de estudio de la nómina señalada de másteres desarrollados en el área de traducción (e interpretación) desemboca en los resultados siguientes:

- La oferta de formación en estos másteres es heterogénea, de modo que procura cubrir una gama de especialidades; traducción editorial, traducción profesional o traducción de textos especializados.
- La gran mayoría de los programas de máster ofertados posee un perfil mixto, esto es, profesionalizante e investigador.
- Ninguno de los estudios ofertados presenta una formación profunda en una sola línea de traducción.
- Los únicos dos másteres que ofrecen formación en traducción médica árabe-español son: el Máster en TISP de la UAH, mediante una asignatura llamada “Traducción Especializada: Ámbito Sanitario Árabe-Español” de 5 ECTS y el Máster Universitario en Traducción e Interculturalidad de la Universidad de Sevilla³⁸, a través de la asignatura “Traducción de Textos Científico-técnicos y Bio-sanitarios árabe-español”, de 4 ECTS.

3.4.2.2. Fase de posgrado: En Egipto

En Egipto hay numerosas universidades públicas (Al-Azhar, Ain Shams, El Cairo, Al-Minia o Helwan) que disponen de Posgrado en Lingüística y Traducción español-árabe³⁹. La exploración de los másteres en este país revelan que el único máster que posee ciertas semejanzas, tanto en su estructura como en su contenido, con

³⁸ Disponible en: http://www.us.es/estudios/master/master_M175 (Último acceso: 14/10/2018).

³⁹ Junto, evidentemente, a otras líneas como es la literatura, la cultura o la civilización español-árabe.

los másteres españoles, es el Máster Universitario de Lengua y Cultura Hispánicas (MULCH), auspiciado por la Universidad de Salamanca (USAL) de forma conjunta con otras universidades árabes y europeas, y con sede en la Universidad egipcia de El Cairo. Se trata de un programa cuyo propósito radica principalmente en la formación de profesores de ELE. No obstante, si bien el objetivo de este programa no reside en la formación de traductores especializados y, mucho menos en la línea que nos ocupa, permite culminar la investigación, esto es la tesina del máster, en un tema que atañe a la traducción español-árabe.

Los demás estudios de máster en los departamentos de español en Egipto difieren de sus homólogos españoles tanto en la estructura como en la duración. Son estudios que se basan fundamentalmente en la elaboración y la defensa de una tesis de máster que va obligatoriamente antecedida de estudios superiores cuya duración es de un curso académico en el caso de algunas universidades como la de El Cairo y dos cursos académicos en el caso de otras universidades como la de Al-Azhar. Dicha tesis suele culminarse en un periodo de uno a tres años, en los casos normales. La elección del tema que se estudiará en dichas tesinas se encuentra supeditada únicamente a las preferencias del propio alumno. Así pues, una buena parte de dichos temas giran en torno a la literatura (poesía, teatro, narrativa, literatura morisca, etc.), cultura e historia (civilización islámica en Al-Ándalus, elementos culturales o históricos árabes en España o viceversa, elementos culturales o históricos árabes en América Latina o viceversa, etc.), enseñanza del ELE, Lingüística o Traducción español-árabe.

Cabe explicitar que nuestra averiguación en este sentido no se ha circunscrito a Egipto, sino que se ha explayado a otros países árabes del Oriente Medio, a saber: Arabia saudí, El Líbano, Jordania y Siria⁴⁰. El contacto que se ha producido con los departamentos de español en dichos países demuestra que los programas de posgrado acerca de la traducción médica español-árabe prácticamente son nulos.

⁴⁰ Contacto que se produjo en marzo del 2017.

Así pues, tras exponer los programas de formación ofrecidos tanto en España como en algunos países árabes, procedemos en las próximas líneas a analizar el contenido de los planes de estudios relativos a los centros cuyos alumnos han estudiado el Máster en TISP de la UAH. Las conclusiones extraídas de ambas exploraciones, junto a otras, nutrirán la UD objeto del capítulo VII.

3.4.3. Perfil de los alumnos del Máster en TISP

Antes de emprender el análisis referido, procedemos a mencionar en las líneas que siguen los centros cuyos alumnos se formaron en el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la UAH durante los cuatro cursos académicos propiamente dichos. Así pues, los planes de estudios de estos centros pasan a ser nuestro objeto de estudio:

3.4.3.1. En España

Centro	Estudios
Universidad Autónoma de Madrid	— Licenciatura en Filología árabe — Estudios de Asia y África: Árabe, Chino y Japonés
Universidad Complutense de Madrid	— Grado en Estudios Semíticos e Islámicos — Licenciatura en Filología Árabe — Estudios Ingleses
Universidad de Alcalá	Grado en Humanidades
Universidad de Barcelona	Grado en Estudios Árabes y Hebreos
Universidad de Cádiz	— Licenciatura/ Grado en Filología Árabe — Grado en Estudios Árabes e Islámicos
Universidad de Granada	— Licenciatura en Filología Árabe

	— Grado en Traducción e Interpretación — Grado en Estudios Árabes e Islámicos
Universidad de Salamanca	Grado en Estudios Árabes e Islámicos
Universidad Santiago de Compostela	Grado en Lengua y Literatura Españolas
Universitat de València	Grado en Traducción y Mediación Interlingüística (Inglés)

Tabla 3: Universidades españolas de las que proceden alumnos del Máster en TISP (Elaboración propia).

3.4.3.2. En países árabes

Para empezar, y en relación con la fase de grado, casi todos los departamentos de español⁴¹ existentes en los países árabes mencionados en el apartado “universidades árabes: oferta docente y análisis curricular” de este capítulo se han creado principalmente con el propósito de enseñar el Español como Lengua Extranjera (en adelante, ELE). En segundo plano, y al margen de la enseñanza de esta lengua, se ofrece formación —de naturaleza superficial— en disciplinas como literatura hispánica, traducción español-árabe o lingüística española. Así pues, la exploración de los objetivos de estos departamentos revela que ninguno de ellos se ha implantado con la finalidad de enseñar el español para formar a futuros traductores médicos en el par lingüístico referido.

De igual manera y siguiendo en la fase de grado, ninguno de los estudios árabes e islámicos, ni los de filología árabe, ni los de traducción e interpretación en los que se inserta el árabe como lengua (b) o lengua (c), ni los de filología y literatura árabe⁴² ofrecen una línea de formación en traducción médica árabe-español.

⁴¹ Con independencia de su denominación oficial; Departamento de Español, Departamento de Lengua Española, Departamento de Lengua y Literatura Hispánicas, etc.

⁴² Cuyos planes de estudios se analizan en este capítulo.

Centro	Estudios
Universidad Abdelmalek al-Saadi (Marruecos)	Licenciatura en Filología Hispánica
Universidad de Ain Shams (Egipto)	Licenciatura en Lengua y Literatura Españolas
Universidad de Al-Azhar (Egipto)	Licenciatura en Filología Hispánica
Universidad de Damasco (Siria)	Licenciatura en Lengua y Literatura Hispánicas
Universidad de El Cairo (Egipto)	Licenciatura en Lengua y Literatura Hispánicas
Universidad de Jordania (Jordania)	Licenciatura en Lengua Española e Inglés
Universidad Libanesa (El Líbano)	Grado en Lenguas Vivas Aplicadas (Español)
Universidad Manouba (Túnez)	Licenciatura fundamental en lengua, literatura, y civilizaciones hispánicas
Universidad Mohammed V (Marruecos)	Licenciatura en Estudios Hispánicos
Universidad Rey Saud (A. Saudí)	Licenciatura en Filología Hispánica
Universidad Sidi Mohammed ben Abdallah (Marruecos)	Licenciatura en Lengua y Literatura Hispánicas

Tabla 4: Universidades árabes de las que han provenido alumnos del Máster en TISP (Elaboración propia).

3.4.3.3. En otras universidades

Centro	Estudios
Università Ca' Foscari (Italia)	Licenciatura en Lengua, Cultura y Sociedad de Asia y el Mediterráneo

Tabla 5: Otras universidades de las que han provenido los alumnos del Máster en TISP (Elaboración propia).

3.4.4. Oferta docente y análisis curricular: Universidades españolas

En el mismo orden alfabético que se aplica en las tablas arriba citadas, procedemos en las próximas líneas a mencionar las universidades cuyos planes de estudios exploramos:

Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Los alumnos de Grado en Traducción e Interpretación de esta universidad cursan en el tercer año académico una asignatura de traducción científico-técnica de carácter obligatorio y 6 ECTS. No obstante, dichos estudios se limitan a los binomios lingüísticos inglés-español y francés-español. Además, esta asignatura se convierte en optativa en el cuarto curso académico, pero sigue ligada a la combinación lingüística señalada. Y con carácter específico, no hay ninguna oferta relevante a la traducción médica en la línea de estudios propiamente referida.

De la misma forma, en los Estudios de Asia y África hemos observado que no se hace hincapié en la traducción, sino que, más bien, en la lengua y la civilización. Por tanto, los tres itinerarios de este grado carecen de cualquier asignatura que guarde relación con la materia que nos ocupa.

Por último, los programas analizados de esta universidad reflejan una ausencia de estudios concernientes a la traducción y la interpretación en los servicios públicos, ya sean de carácter obligatorio u optativo.

Universidad Complutense de Madrid (UCM)

En lo que se refiere al Grado en Estudios Semíticos e Islámicos no se ha detectado ninguna asignatura que verse sobre traducción médica o científico-técnica en nuestro par lingüístico. Tal es el caso también de los Estudios Ingleses que, de la misma forma, carecen de dicha asignatura.

Sin embargo, en lo que respecta al Grado en Traducción e Interpretación de la universidad señalada, hemos hallado una formación de naturaleza potestativa en

traducción especializada. Se trata de Traducción Científico-Técnica B1-A y Traducción Científico-Técnica B2-A. Ambas son optativas y cada una de ellas es de 6 ECTS. No obstante, dicho plan de estudios no ofrece ningún tipo de formación en traducción médica español-árabe.

Universidad de Alcalá (UAH)

Grosso modo, el Grado en Humanidades de esta universidad no pone el acento en la formación en traducción ni en interpretación. Por lo tanto, la mayor parte de la oferta ofrecida aquí tiene relación con la lengua, la historia, la civilización y la cultura. Por ello, afirmamos que el alumno egresado en esta disciplina no recibió ninguna clase de formación, ni obligatoria ni optativa, en la traducción médica en el par lingüístico español-árabe.

Universidad de Barcelona (UB)

El Grado en Estudios Árabes y Hebreos de la Universidad de Barcelona no tiene como objetivo principal en su currículo educativo la formación en traducción español-árabe. En consecuencia, son nulos éste las asignaturas referentes a la traducción especializada, en general, y en la materia médica en particular.

Universidad de Cádiz (UCA)

De la misma forma, el Grado en Filología Clásica del que el árabe forma parte en la Universidad de Cádiz (UCA) carece de asignaturas de traducción especializada, en general, y médica, en particular. Las dos asignaturas que guardarían relación con el máster aludido impartidas en esta universidad son Lingüística Aplicada a la Enseñanza y Traducción de las Lenguas de Especialidad, y Teoría y Aplicación de la Mediación Lingüística e Intercultural, pero ambas van orientadas a los alumnos de Filología Inglesa. Igualmente, en lo que atañe al Grado en Estudios Árabes e Islámicos se ofrece una asignatura de traducción especializada, pero en el binomio francés-español.

Universidad de Granada (UGR)

Con relación al Grado en Estudios Árabes e Islámicos no hay ninguna especie de formación en la materia que nos ocupa. En cambio, el Grado en Traducción e Interpretación ofrece a partir del tercer curso académico una asignatura de traducción especializada llamada Traducción en Ciencia y Tecnología de la Lengua A–B (y viceversa). Dicha asignatura es de carácter obligatorio y el plan de estudios de este grado ofrece igualmente, aunque de forma optativa, una asignatura de introducción a la traducción y la interpretación en los servicios públicos.

Universidad de Salamanca (USAL)

Con respecto al Grado en Estudios Árabes e Islámicos en la Universidad de Salamanca, no hemos hallado ninguna formación relevante a la materia que nos ocupa. No obstante, el plan del Grado en Traducción e Interpretación de esta misma universidad, aunque no tiene representación estudiantil en nuestro máster, sí recoge en la lista optativa una asignatura de Introducción al Lenguaje Científico-Técnico (4.5 ECTS) en el segundo curso. También, existe otra asignatura de Traducción Científico-Técnica (primera lengua extranjera) de 6 ECTS que se imparte a partir del tercer curso. Cabe ilustrar que el árabe no se imparte como lengua B en esta universidad, pero sí se incluye.

Universidad de Santiago de Compostela (USC)

Se ha comprobado que el Grado en Lengua y Literatura Españolas de esta universidad carece de la formación que nos interesa.

Universidad de Valencia (UV)

Del mismo modo, el Grado en Traducción y Mediación Inter-lingüística (Inglés) no posee ninguna formación en traducción médica en el par lingüístico que nos ocupa.

3.4.5. Oferta docente y análisis curricular: Universidades árabes

Cabe explicitar que en los países árabes el español tiene una pujante expansión mediante varias instituciones y centros públicos. De este modo, en orden alfabético, Arabia Saudí, Argelia, Egipto, El Líbano, Irak, Jordania, Libia, Marruecos, Mauritania, Siria y Túnez cuentan con universidades públicas⁴³ que disponen de departamentos de español. Asimismo, en la mayoría de estos países el Centro Cultural Español (Instituto Cervantes) desarrolla su actividad de manera estable y continua ofreciendo formación en lengua española. No obstante, el estudio objeto del presente capítulo sólo se centra en universidades públicas.

De la misma forma, el estudio se centrará en los departamentos de español cuyos estudiantes han cursado el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la UAH. Por lo tanto, aparte de los planes de estudios, antes analizados, relativos a los centros públicos españoles, se abordan los currículos educativos propios de grados y licenciaturas en hispánicas en los países de Arabia Saudí, Egipto, El Líbano, Jordania, Marruecos, Siria y Túnez.

Conviene desatacar que para esta finalidad hemos procurado localizar los currículos de los departamentos de español objeto de estudio a través de las páginas web oficiales de sus universidades. Esta tarea ha resultado completamente posible en el caso de las universidades españolas. Sin embargo, excepto la Universidad Libanesa, los demás centros árabes objeto de estudio no suelen disponer en su página *web* de información referente a su actividad, currículo, objetivos, profesorado, etc. Es más, varios de ellos no poseen incluso un sitio *web*.

Tanto es así, que ante esta situación no hemos tenido más remedio que contactarnos por medio de correos electrónicos con responsables dentro de estos departamentos, en pos de conseguir información al respecto. Pero no siempre este

⁴³ La mayoría de estos países (Egipto, Marruecos, Argelia, Irak, El Líbano, Jordania) disponen también de universidades privadas que ofrecen enseñanza de ELE.

medio de contacto se encontraba asequible y, el caso de que lo fuera, nuestros mensajes no tenían siempre el agrado de recibir una respuesta.

En el segundo caso, recurríamos a la estrategia de contactarnos telefónicamente o a través de las redes sociales con amigos, compañeros o profesores hispanistas, con el objetivo de pedirles que contribuyeran a facilitar los planes de estudios o cualquier información al respecto. Por último, y en pocos casos, hemos tenido que acudir al propio alumno egresado en dichos departamentos, con la intención de solicitarle que aporte información concerniente a la materia que estudió en la fase universitaria. Nuestra labor, en este sentido, ha dado lugar a la información que se presentan a continuación:

➤ **Arabia Saudí**

En Arabia Saudí el único departamento que acoge una licenciatura⁴⁴ en lengua y traducción español-árabe es el Departamento de Lengua Española y Traducción de la Facultad de Lenguas y Traducción de la Universidad Rey Saud. El español en dicha facultad constituye una sección dentro del Departamento de Lenguas Modernas y Traducción que, a su vez, comprende otras siete lenguas adicionales, a saber: el alemán, el chino, el hebreo, el japonés, el persa, el ruso y el turco. Se trata de una licenciatura de cinco años académicos cuyo objetivo es enseñar el español, pero también ofrecer una formación en materia de traducción e interpretación español-árabe, en varias parcelas temáticas, especialmente de textos y discursos no especializados.

El análisis del plan de estudios del departamento propiamente referido revela que el primer contacto que los alumnos de este departamento tienen con la traducción se produce en el primer trimestre del cuarto año (módulo VII), con la asignatura de Introducción a la Traductología (2 horas semanales). Paralelamente a esta asignatura de carácter obligatorio, se ofrece otra también de naturaleza imperativa, esto es, Traducción español-árabe (4 horas semanales). En el curso siguiente, esta última

⁴⁴ Denominada allí BA (بكالوريوس).

asignatura se desglosa en dos partes. Cada una de ellas conlleva 2 horas semanales de carga lectiva. La primera es Traducción General y la segunda se trata de Traducción de Textos Islámicos. Sigue la impartición de esta asignatura en el año siguiente con la misma carga lectiva. Asimismo, en el primer trimestre del quinto año se ofrece la asignatura de Problemática de la Traducción, la Arabización y la terminología, (3 horas semanales). Por último, se ofrece durante el quinto año una asignatura denominada Jurisprudencia Médica (2 horas semanales) que no pretende formar en traducción médica en la combinación lingüística que nos ocupa, sino que aportar perspectivas islámicas sobre cuestiones médicas. Conviene destacar que esta asignatura es de carácter potestativo.

En lo que se refiere a la materia que nos ocupa, este currículum no engloba formación en traducción médica español-árabe. Así pues, si bien la asignatura llamada “Problemática de la Traducción, la Arabización y la Terminología” que figura en este plan de estudios aborda cuestiones terminológicas que afectan la traducción del español al árabe, esta asignatura no se aproxima a la terminología médica y, por lo tanto, queda lejos de aportar mucho en el área que nos ocupa.

➤ **Egipto**

Universidad de al-Azhar

La Facultad de Lenguas y Traducción en esta universidad dispone de un Departamento de Lengua y Literatura Españolas⁴⁵. La primera toma de contacto de los alumnos de este departamento con la traducción se materializa en la asignatura de “Introducción a la Traductología” (4 horas lectivas semanales), que se estudia a partir del primer cuatrimestre del segundo año académico. Esta aproximación teórica constituye una antesala para las dos asignaturas “Traducción de Textos Literarios” (4 horas lectivas semanales) y “Traducción de Textos Islámicos” (4 horas lectivas semanales), que se imparten en el tercer año académico. No obstante, en el cuarto curso, se imparten dos asignaturas de traducción especializada. La primera es

⁴⁵ Se ha analizado el Plan de Estudios de este departamento.

“Traducción de Textos Jurídicos y Comerciales” y la segunda es “Traducción de Textos Científicos”. Ambas poseen una carga lectiva de 4 horas semanales. Por último, el análisis de esta última revela que no tiene el objetivo de aportar cualquier tipo de formación, teórica o práctica, en la materia médica a los alumnos que la cursan.

Universidad de Ain Shams

Según el plan de estudios del Departamento de Español de esta universidad, la práctica de la traducción directa e inversa entre el español y el árabe comienza a partir del segundo trimestre del primer año y continúa desarrollándose hasta el cuarto y último año de licenciatura. De ahí que durante el primer y el cuarto año, la carga lectiva de la traducción del español al árabe (y viceversa) es de 4 horas semanales, mientras que en el segundo y en el tercer año dicha carga es de 3 horas semanales.

No obstante, los textos objeto de las referidas prácticas suelen ser genéricos y no hacen hincapié en ninguna formación específica del alumnado. Así, la oferta en este centro carece completamente de propuestas regladas concernientes a la línea que nos ocupa.

Universidad de El Cairo

De la misma forma, la formación en traducción español-árabe que se origina en el centro dependiente de esta universidad comienza a partir del segundo año en la dirección español-árabe con 4 horas semanales y continúa hasta el cuarto curso académico. Sin embargo, dichos estudios, de igual manera, carecen de oferta relativa a la traducción de textos especializados, y menos en la materia objeto de esta tesis doctoral.

➤ **El Líbano**

El centro cuyo plan de estudios analizaremos aquí es el Centro de Lenguas y Traducción adscrito a la Facultad de Letras y Humanidades de la Universidad Libanesa. Dicho centro ofrece un grado de tres años en Lenguas Vivas Aplicadas, con distintas ramas, entre ellas el español. Además, en los estudios que se desarrollan en el

seno de este centro se emplean un conjunto de lenguas como el árabe, el español, el francés y el inglés.

Sin embargo, el plan de estudios de este centro no dispone de ninguna asignatura dirigida a la traducción científico-técnica ni a la traducción médica. De esta forma, la asignatura de traducción que se ofrece a partir del tercer año va orientada a la traducción de textos generales y no a la traducción especializada.

➤ **Jordania**

La Universidad Jornada

Aquí el castellano se imparte, conjuntamente con el inglés, en el seno del Departamento de Lenguas Europeas de la Facultad de Lenguas Extranjeras. La asignatura de Traducción aquí se imparte en ambas direcciones: español-árabe y árabe-español, a partir del primer curso académico. La formación que se lleva a cabo en el departamento que aquí se presenta responde, según la oferta que su plan de estudios comprende, únicamente a las necesidades de los sectores turísticos, económicos, periodísticos y de la información del país propiamente referido.

➤ **Marruecos**

Los dos centros marroquíes que mayor representación estudiantil poseen en el máster propiamente señalado son los departamentos de español de las Universidades Mohammed V de Rabat, Abdelmalek Essaâdi de Tánger-Tetuán y Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fez.

Universidad Mohammed V de Rabat

En este centro no se ofrece ninguna enseñanza de la traducción de textos médicos. No obstante, los alumnos estudian a partir del tercer curso académico una asignatura de Traducción Científica y Técnica español-árabe, en ambas direcciones (48 horas anuales). Asimismo, cursan una asignatura de Traducción Científica y Técnica Español-Francés / Francés-Español / Español-Árabe (48 horas anuales). La impartición

de esta asignatura se limita al tercer curso académico, ya que en el cuarto curso la traducción que se ofrece es de carácter general, es decir se trata de la traducción de textos comunes o generales.

Universidad Abdelmalek Essaâdi (Tetuán)

En cambio, la Licenciatura en Filología Hispánica del Departamento de Español la Facultad de la Facultad de Letras de esta universidad no ofrece ninguna asignatura para la formación en la materia que nos ocupa.

Universidad Side Mohamed ben Abdellah (Fez)

Este grado de tres años tiene como objeto proporcionar a los alumnos la formación básica en el campo de las letras hispánicas (lengua, literaturas y comunicación). La finalidad del programa es preparar a los egresados para el mercado profesional, así como dotarlos de las competencias necesarias para continuar sus estudios superiores.

Por este motivo, aunque el plan de estudios de este centro dispone de una asignatura de traducción directa español-árabe que se imparte a partir del primer semestre del tercer curso académico, no se ofrece ninguna formación en la traducción de textos especializados, y menos en traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa.

➤ **Siria**

La enseñanza del español en universidades públicas en Siria tuvo lugar primero en la Universidad de Aleppo, a partir del curso académico 2002-2003 y más tarde en la Universidad de Damasco, desde el curso académico 2006-2007. Además, se proyectaba la apertura de un departamento de español en la Universidad de Homs (Fonrés Guardia, 2006: 115).

El estudio que efectuamos aquí se centra en el Departamento de Lengua y Literatura Españolas de la Universidad de Damasco, inaugurado en el año 2007, dado

que los dos alumnos que cursaron nuestro máster en el año 2016-2017 pertenecen a dicha universidad. Los testimonios que nos han llegado respecto a este departamento⁴⁶ revelan que la actividad que tiene lugar en él hace hincapié, primero, en la enseñanza de la lengua española. Esto se desarrolla de manera constante durante los primeros dos años. No obstante, la enseñanza de la traducción empieza a partir del tercer curso académico y se limita, casi, a la traducción de textos literarios.

Tanto es así, que según los testimonios referidos, todo ejercicio de la traducción de otros textos no literarios se producía a iniciativa del profesor y de forma voluntaria y ajena al contenido del plan de estudios del departamento.

➤ **Túnez**

A nivel de las universidades públicas, en Túnez se ofrece la Licenciatura en Filología Española en la Facultad de Letras de la Universidad de la Manouba (Muñoz Sánchez-Brunete, 2003). Dicha licenciatura, según el testimonio de Chiraz Hammami⁴⁷, se desglosa en Licenciatura Fundamental y Licenciatura Aplicada. En ambas se estudia la traducción durante tres años, aunque en la combinación lingüística “español-árabe-francés”. Las asignaturas de traducción no se ciñen a textos literarios, sino que se encuentra cubierta igualmente la traducción de textos científico-técnicos y médicos.

Aunque sin una introducción teórica, se lleva a cabo en este departamento la traducción de textos cuyos géneros son informativos o divulgativos. Éstos tratan de enfermedades comunes, especialidades médicas, servicios sanitarios, partes del cuerpo, así como otros de carácter farmacéutico como los prospectos y recetas médicas por, según observamos, iniciativa del profesor.

⁴⁶ A manos de Jaafar Al Aluni, hispanista sirio y ex alumno del Máster en TISP de la UAH, con fecha del 22 de abril de 2018.

⁴⁷ Hispanista tunecina y ex profesora de traducción español-árabe de la Universidad de la Manouba. Su testimonio fue registrado mediante un correo suyo recibido el lunes, 16 de abril de 2018.

En definitiva, en dicho departamento, los alumnos poseen contacto con la traducción médica en el binomio lingüístico español-árabe, de modo que puedan partir de esta formación básica y superficial de la fase de grado hacia una formación profunda en la fase de posgrado. De igual manera, el dominio de una tercera lengua, esto es, el francés, por parte de los alumnos contribuiría a su adecuada formación en esta parcela. Esta característica se dará, no sólo por las condiciones lingüísticas sino que también por la cultura médica consolidada en el país francófono.

3.5. Consideraciones teóricas sobre la UD

La RAE define “unidad” como “propiedad de todo ser, en virtud de la cual no puede dividirse sin que su esencia se destruya o altere”; “unión o conformidad”, entre otras definiciones (2014: 2196). De la misma forma, la RAE concibe “didáctico/ca” como “perteneciente o relativo a la enseñanza”; “propio, adecuado para enseñar o instruir”; “perteneciente o relativo a la didáctica”; “arte de enseñar”, etc. (2014: 795).

El concepto UD⁴⁸ se planteó por primera vez en 1822 de manos del filósofo alemán Johann Friedrich Herbart “quien decía que es una consecuencia de la necesidad de ordenar las materias conforme al desarrollo del pensamiento”⁴⁹. Más tarde —en 1931— el estadounidense John Dewey, a diferencia de Herbart, puso de manifiesto la importancia de la adquisición del conocimiento en aras de solventar problemas del día a día del alumno. Durante el siglo XX el planteamiento de ambos autores acerca de la UD fue sujeto a varias reformas por especialistas en la materia, hasta que Monero (1978)⁵⁰ estudió las distintas concepciones relativas a dicha unidad y a raíz de ello le ha achacado los cuatro objetivos siguientes:

— Compromiso con la enseñanza activa.

⁴⁸ Actualmente “unidad didáctica” es el término más generalizado, ya que hay otros usos como “unidad de programación” o “módulos de aprendizaje”, cuyo uso conlleva, a nuestro parecer, cierta confusión.

⁴⁹ Véase Revista Digital para Profesionales de la Enseñanza, N.º 7, marzo 2010. Disponible en: <file:///C:/Users/Mohana%20Sultan/Desktop/UD.pdf> (Consulta: 24/10/2017)

⁵⁰ *Ibídem.*

- Atención a las necesidades e intereses del alumnado.
- Trabajo del profesorado al servicio de la educación integral del alumnado.
- Búsqueda de contenidos significativos para el alumnado.

Ahora bien, desde una perspectiva pedagógica, autores como Andújar y Cañada sintetizan que la UD es “una sucesión de tareas o actividades vinculadas a un género textual concreto que para su desarrollo exigen alternar las fases de trabajo presencial en el aula con las fases de trabajo autónomo fuera de ella” (2011: 190). Con este planteamiento los autores asocian la UD a un área concreta del saber, coincidiendo en ello con otros autores como Pieron (1992, citado en Blasco Mira y Mengual Andrés, 2008: 3) que la circunscriben a una actividad determinada, lo que hace que esta perspectiva sea parcial y reduccionista. No obstante, la definición de Andújar y Cañada no reduce la actuación de dicha unidad a un lugar determinado, sino que extiende su campo de acción al aula y también fuera de ella.

Igualmente, desde una visión más amplia que pone el foco en los integrantes del proceso educativo, Antúnez et al., concibe la UD como “la intervención de todos los elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje con una coherencia metodológica interna y por un período de tiempo determinado” (1992: 104). En esta concepción los autores recogen los dos sujetos fundamentales en dicho proceso, a saber: el profesor y el alumno, mencionando —además—la tarea que corresponde a cada uno de dichos sujetos, esto es, la enseñanza y el aprendizaje. De igual forma, destacan la importancia de una metodología coherente que ha de regir dicha programación que, sostienen, se confecciona para un periodo de tiempo concreto, condición ésta en la que coinciden casi todos los autores aquí citados.

Blasco Mira y Mengual Andrés (2008) deslindan unos elementos concretos que han de componer toda unidad de programación como la que aquí nos ocupa. Dichos elementos son: título, introducción, objetivos, contenidos, actividades de enseñanza-aprendizaje, metodología, evaluación, recursos y materiales, reflexión del profesor y bibliografía. Además, dichos autores describen cómo debe ser cada uno de los elementos señalados, aunque resulta evidente que en general no existe unanimidad a

propósito de estos elementos ni sobre su composición (*ibíd.*: 7 y ss.). Si bien Blasco Mira Mengual Andrés (2008) realizan su docencia e investigación en un campo completamente ajeno al nuestro, esto es, Educación Física, su modelo acerca de la UD es genérico y aplicable a cualquier disciplina que se encuentre supeditada al proceso de docencia-aprendizaje. Por ello, en nuestra propuesta que se ofrece en el capítulo VII bebemos de este modelo, pero también de otros planteados por especialistas en el ámbito objeto de esta tesis doctoral, de los cuales citamos algunos en las líneas siguientes.

La UD en el ámbito de la docencia de la traducción especializada contiene peculiaridades específicas, ya que tratarse. Así pues, en palabras de Falzoi, el docente se enfrentará con tres obstáculos principales al emprender la enseñanza de este tipo de textos: 1) el desconocimiento, por parte del estudiante, del campo científico, así como 2) del lenguaje de especialidad en ambas culturas y 3) el tiempo muy limitado del que dispone el docente para la práctica de la traducción en varios ámbitos especializados (2015: 106). Por ello, la autora estima propicio plantearse una metodología didáctica que comprenda ejercicios cuyo objetivo sea desarrollar la competencia temática y lingüística en los alumnos.

Asimismo, Mayor Serrano alude a una serie de parámetros que han de tenerse en consideración a la hora de confeccionar modelos didácticos para la formación de traductores: los objetivos del curso y los instrumentos didácticos. Además, la autora enfatiza la importancia de estos parámetros considerándolos “indispensables sobre todo a la hora de estructurar un curso introductorio a la llamada *traducción especializada*” (2005: 196). De igual modo, esta autora asevera que a los parámetros [el mercado de trabajo y el tipo del alumnado] apenas se les ha prestado la atención que merecen, a pesar de la importancia de vincular docencia y mercado laboral, y de atender las necesidades y carencias del individuo que se va a formar (*ibídem*). Estas consideraciones con las que coincidimos serán tenidas en cuenta en la UD objeto del capítulo VII de esta tesis doctoral.

Una vez recogidas las distintas concepciones que se han dado a la UD, así como los objetivos y las peculiaridades de la misma, nos gustaría explicitar que nos hemos decantado por UD por ciertas razones en concreto. Primero, porque hemos observado que dicha unidad, entre otras características, se elabora para ser desarrollada principalmente en el aula. Asimismo, es de carácter práctico y tiene como objetivo adquirir conocimientos determinados, lo cual va en consonancia con la asignatura objeto de esta unidad, ya que es de carácter práctico, se imparte en el aula y tiene como finalidad ayudar al alumnado a adquirir competencias específicas de la traducción.

3.6. A modo de conclusión

Los estudios a propósito de la didáctica de la traducción tienen su origen en la segunda mitad del siglo XX. *Grosso modo*, éstos no gozaron de la relevancia que merecen ostentar dentro de los estudios de traducción hasta bien entrado el siglo actual. Ciñéndonos al binomio lingüístico español-árabe, son muy escasos los estudios de esta naturaleza, en general, y casi nulos cuando se trata de la didáctica de la traducción de textos especializados.

En lo que atañe al perfil del alumnado, los estudiantes que han cursado el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la UAH entre los años 2014 y 2018⁵¹ ostentan perfiles académicos dispares y provienen de un espectro variado de universidades. Del mismo modo, los discípulos que proceden de carreras en Traducción e Interpretación lo son en menor número con respecto a los que han cursado carreras de Filología Hispánica, Lengua y Literatura Españolas o Estudios Árabes e Islámicos. Igualmente, casi la totalidad del alumnado que se ha formado en dicho máster durante los últimos cuatro años posee un perfil lingüístico y no técnico; es decir, son lingüistas, filólogos (árabes o españoles) o formados en estudios árabes e islámicos y no médicos.

Asimismo, en materia comparativa, a los alumnos que pertenecen a la carrera de Traducción e Interpretación se les suele ofrecer cierta asignatura, aunque básica,

⁵¹ Etapa que el presente estudio recoge.

referente a la Traductología. De igual manera, los currículos que rigen los estudios de dichos alumnos pueden contener alguna asignatura relativa a la traducción científico-técnica, aunque en la mayoría de los casos es de naturaleza optativa.

Con respecto a la traducción médica, afirmamos que, salvo en la Universidad tunecina de la Manouba —en cuyo plan se permite un margen para la iniciativa personal del profesorado, lo que, quizás, explica la existencia de una introducción básica a la formación en traducción médica español-árabe—, en todos los planes de estudios analizados la asignatura de traducción médica español-árabe siempre ha brillado por su ausencia.

Por ello, consideramos que la gran mayoría de los alumnos de la combinación lingüística español-árabe que estudian el Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos no ha recibido una formación previa ni en la traducción médico-sanitaria ni en la traducción y la interpretación en los servicios públicos en la fase de grado, con independencia de las universidades de las que hayan provenido.

Tanto es así, que la única opción que ofrece formación en traducción médica en el binomio lingüístico del que nos ocupamos es el Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos. No obstante, esta formación resulta —a nuestro modo de ver— muy básica y superficial al tratarse de una asignatura de 5 ECTS en un ámbito tan amplio y especializado como es la medicina. Pese a ello consideramos necesaria esta formación básica como introducción a la especialización profunda en la materia.

Por otro lado, el contacto que hemos establecido con, al menos, una decena de profesionales que se dedican a la traducción médica en el par lingüístico español-árabe, ha permitido entrever dos aspectos llamativos. Primero, casi la mitad de dichos profesionales carecía de formación en la materia cuando se incorporó por primera vez a esta profesión. Y segundo, ninguno de estos se interesó por realizar una formación en traducción médica simultánea a su ejercicio profesional. La continuidad de la formación que han efectuado en este sentido ha tenido lugar de forma autodidáctica.

Así, los conocimientos son adquiridos a medida que el profesional va ejerciendo las funciones que se precisan.

Por último, ante la ausencia de un programa integral que posibilite la formación exhaustiva en la materia, consideramos que es natural que las cosas se desarrollen de esta manera, siempre y cuando se garantice un nivel de acreditación determinado en esta parcela, dada su sensibilidad, al tratarse de la salud humana. En caso contrario, las consecuencias serán negativas.

Por todo ello, en este sentido deseamos aportar nuestro granito de arena proponiendo una UD como iniciación de un curso para el futuro, deseando que contribuya a la configuración de los 5 ECTS referidos que representan esta introducción a la formación en traducción sanitaria en el binomio lingüístico que nos interesa.

**CAPÍTULO IV: PRÁCTICA DE LA TRADUCCIÓN MÉDICA
ESPAÑOL-ÁRABE**

4.1. Introducción

Toda formación universitaria en traducción, en general, y en traducción médica, en particular, tiene el objetivo de sustentar la práctica profesional. De ahí que la *formación para la práctica profesional* sea un concepto bien consolidado en el marco del Trabajo Social y, además, ocupe una posición relevante dentro de los programas formativos (Domínguez Pachón, 2006). Dichos programas configuran el perfil de los traductores que han de satisfacer las demandas del mercado laboral. Tanto es así, que deben tenerse en cuenta las características de este mercado a la hora de confeccionar los programas formativos, tal y como ya hemos mencionado en anteriores ocasiones en este trabajo.

La práctica profesional de la traducción de textos especializados, sobre todo de la traducción médica, ha presentado cambios significativos durante las últimas dos décadas, tanto en volumen como en parcelas profesionales. Estos cambios obedecen, de una forma u otra, las demandas marcadas por las nuevas realidades sociales, a saber: inmigración, crisis humanas, catástrofes naturales, pero también avances tecnológicos y la búsqueda de nuevos ámbitos para la inversión.

En el marco de esta nueva realidad, han proliferado los estudios en torno a la práctica profesional de la traducción médica, en pos de adecuar los perfiles de los futuros traductores que se dedican a esta parcela a las necesidades y demandas del mercado laboral. De estos estudios citamos el de Mayor Serrano (2002), así como los de Muñoz Miquel (2009; 2014) que si bien tratan cuestiones profesionales, se han desarrollado desde enfoques distintos.

Por otro lado, las nuevas tecnologías, la internacionalización del conocimiento, la cooperación en materia de las ciencias y la inversión a gran escala en el sector de la salud y del bienestar, entre otras cuestiones, exigen perfiles profesionales capaces de contribuir a la consecución de los objetivos de la comunicación que se desarrolla en el marco de la realidad propiamente dicha (Albarrán Martín, 2012: 221).

Así pues, en el presente capítulo abordamos la situación del mercado profesional relativo a la materia y a la combinación lingüística que nos ocupan. Para ello, exponemos el estado de la cuestión de la práctica profesional en relación a esta materia, la cooperación entre España y algunos países en dicha área, los proyectos verificados en este sentido y la demanda y las expectativas de futuro.

4.2. Cooperación hispano-árabe en materia de sanidad

Si revisamos los componentes del proceso actual de cooperación entre España y los países árabes, máxime los que conforman el CCG, vamos a percatarnos de que el sector de sanidad es uno de los que ocupan un lugar de relieve en el marco de esta cooperación. Para valorar el interés que concita el sector referido entre España y los países árabes, resultarían representativas las siguientes conclusiones del ciclo de seminarios que “España Exportación e Inversiones”⁵² organizó en pos de averiguar oportunidades de negocio en Oriente Medio y especialmente en Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Omán y Catar:

— “Las autoridades de los Emiratos Árabes Unidos quieren fomentar el turismo de salud y hacer del país un centro de referencia mundial en materia sanitaria. Aunque eso llevará su tiempo, se están dando pasos en esa dirección y se están construyendo numerosos hospitales y clínicas especializadas, creándose oportunidades, tanto para la provisión de equipos médicos como para la gestión sanitaria”⁵³.

— “Arabia Saudita, por su parte, ofrece interesantes posibilidades en el ámbito de la gestión hospitalaria, aunque la representación española es todavía limitada, a pesar de su experiencia y potencial en el sector. Con un plan de desarrollo del sector 2010-2020, que incluye la construcción de hospitales en diferentes zonas del país, las

⁵² El antiguo Instituto Español de Comercio Exterior (www.icex.es/icex/es).

⁵³ Esta cita y las tres siguientes están disponibles en: https://www.icex.es/icex/wcm/idc/groups/public/documents/documento_anexo/mde3/nza3/~edisp/dax2017707046.pdf (Consulta: 07/05/2018).

oportunidades de las empresas españolas en este mercado son claras, al tiempo que se mantienen las opciones para el sector del turismo sanitario”.

— “El sistema de salud de Omán, clasificado entre los primeros más eficaces del mundo, se enfrenta en la actualidad al reto de mantener los logros de su plan de desarrollo del sector sanitario hasta 2050”.

— “En el caso de Catar, se trata de un mercado pequeño, pero con una interesante inversión en infraestructuras sanitarias, políticas de sanidad universal y un gasto en salud que sigue incrementándose, lo que asegura su atractivo para el empresariado español del sector sanitario”.

De igual manera, en enero de 2014 Casa Árabe publicó el *Directorio de recursos del sector salud en los Estados árabes del Golfo*⁵⁴. Se trata de un informe que incluye datos relativos a la naturaleza del sector sanitario en estos países, así como los planes de desarrollo correspondientes a este sector y algunos de los centros de salud — públicos y privados— que puedan interesar a los profesionales o emprendedores españoles. Por ello, esta obra tiene como finalidad dar a conocer las oportunidades que dichos países ofrecen en la materia propiamente referida, con la intención de ponerlas a disposición de profesionales y empresas españolas interesados en explorar las posibilidades de negocio, cooperación y desarrollo profesional que surgen de los proyectos de expansión sanitaria en el Golfo.

4.2.1. Misiones hispanohablantes en países árabes

Con respecto a las misiones de hispanohablantes en países árabes, en el Reino de Arabia Saudí trabajan alrededor de 400 médicos cubanos de distintas especialidades. Dichos facultativos prestan servicios sanitarios en el país árabe en el marco de un convenio firmado en el año 2013⁵⁵. Además de estos galenos, hay enfermeros y

⁵⁴ Disponible en: file:///C:/Users/Mohana%20Sultan/Downloads/directorio_para_casa_arabe_20140127.pdf.

⁵⁵ Información publicada en el Diario de Cuba, con fecha del 05 de mayo de 2018. (http://www.diariodecuba.com/cuba/1525519239_39143.html).

técnicos pertenecientes al país caribeño que prestan servicios en Riad, así como en otras ciudades ubicadas al sur del país árabe.

Igualmente, en palabras de Raúl Enrique Rodríguez Llorente, facultativo español en el hospital del *Dr. Mamdooh Ashy medical center*, (Yeddah, Arabia Saudí), refiriéndose a los médicos españoles que trabajan en dicho país:

Sólo en Riad hay más de 30 médicos españoles. El inglés es la lengua en la que han de comunicarse los integrantes de la conversación [médicos españoles y pacientes no hispanohablantes]. Normalmente no hay servicios de traducción ni de interpretación, lo que hace necesaria la implantación de este servicio en la combinación lingüística español-árabe. Además, un manual médico técnico árabe-español creo será de gran utilidad. Pues el intercambio con el área hispanoparlante parece ser más amplio de lo que creemos⁵⁶.

Con respecto a Emiratos Árabes Unidos, según datos publicados en “ConSalud.es”⁵⁷ en diciembre de 2017, este país se encuentra entre los principales cinco Estados del mundo considerados como destino preferente y anhelado por los facultativos españoles que se marchan a trabajar fuera de la Península Ibérica. Dichos galenos se unen al número creciente de hispanohablantes radicados en el país árabe por motivos laborales, turísticos o de inversión. Los últimos datos al respecto demuestran que Emiratos Árabes Unidos encabeza el grupo del CCG en cuanto al volumen de los colectivos hispanohablantes. Son alrededor de 50.000 hispanohablantes, entre ellos cerca de 12.000 españoles⁵⁸. Estos datos incluyen aproximadamente 8.000 soldados hispanohablantes (5.000 colombianos y 3.000 mexicanos) alistados en el ejército emiratí, según el citado diario.

De igual manera, en Catar, y precisamente a 100 km de la capital, Doha, se instauró el hospital cubano inaugurado en enero del 2012. Se trata de un centro que abarca una horquilla amplia de especialidades médicas como cardiología, odontología,

⁵⁶ Información facilitada, vía *What's App*, con fecha del 12/05/2018.

⁵⁷ Disponible en: www.consalud.es.

⁵⁸ Según el diario electrónico saudí, *Almowaten*⁵⁸, con fecha de 07 de abril de 2014.

dermatología, diabetes, otorrinolaringología, servicios de emergencia para niños y adultos, medicina de familia (incluyendo endocrino y gastrointestinal), cirugía general, maxilofacial, obstetricia y ginecología, oftalmología, traumatología, pediatría, rehabilitación, urología y cirugía vascular⁵⁹. En este hospital trabajan aproximadamente 455 profesionales cubanos entre médicos, enfermeros y técnicos⁶⁰.

Por otro lado, Kuwait tiene suscrito un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública de Cuba en materia de sanidad. En el marco de dicho acuerdo un equipo de facultativos y auxiliares de enfermería presta sus servicios sanitarios en el país del Golfo desde el año 2015⁶¹.

Además, cabe ilustrar que otros países no incluidos en el presente estudio, como Argelia, disponen de profesionales de la salud, provenientes de países hispánicos, que prestan servicios sanitarios en este país árabe. A este respecto, tenemos conocimiento de un acuerdo firmado entre Argel y La Habana en la materia propiamente referida⁶².

Por último, nos gustaría explicitar que nuestra exposición referente a los marcos de cooperación entre países árabes e hispanos en materia sanitaria no ha englobado todos y cada uno de los proyectos establecidos entre ambas partes. Un estudio integral en torno a esta cuestión, llevado a cabo desde una perspectiva comunicativa, serviría perfectamente, a nuestro modo de ver, para una tesis doctoral completa, dada la importante inversión de índole pública y privada en este sentido.

⁵⁹ Información publicada en el periódico “El Correo del Golfo”, con fecha del 2 de marzo de 2015.

⁶⁰ Información aportada por el Jefe de la Misión de los médicos cubanos, Dr. Ernesto López Cruz. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=h6xI4-gym1I>, (Consulta: 16/05/2018).

⁶¹ Véase: “Personal médico cubano laborara en el Centro Diabético de Kuwait”, noticia publicada en: <http://www.trabajadores.cu>, con fecha del 25 de octubre de 2015.

⁶² Véase: “Argelia frenó la llegada de más médicos cubanos al país”, noticia publicada en: www.diariolasamericas.com, con fecha del 9 de febrero de 2018.

4.2.2. El turismo sanitario en España: pacientes árabes

Ahora bien, en el marco del turismo sanitario los datos más recientes revelan que en el año 2017 alrededor de 140.000 pacientes extranjeros viajaron a España con el objetivo de recibir tratamiento médico en alguno de los centros de este país. Según los datos ofrecidos en este sentido, si exceptuamos los pacientes procedentes de la UE, serán los árabes, los chinos y los rusos los que encabezan la lista de los clientes que visitan la Península Ibérica en pos de encontrar solución a su padecimiento físico⁶³.

En este sentido, la oferta viene de la mano de centros especialmente privados como los hospitales Ruber Internacional, Quirón Salud y HM, entre otros. Algunos de estos centros acogen servicios de mediación interlingüística en la pareja lingüística que nos ocupa, como se verá en las próximas líneas. De igual manera, en esta línea hemos hallado un número firmado de acuerdos y memorandos de entendimiento entre instituciones públicas y privadas y aseguradoras en ambas partes⁶⁴.

Cabe subrayar, por otro lado, los centros privados de referencia en España en los que se proporciona formación, de corta y mediana duración, a profesionales de la salud provenientes de países árabes. A este respecto, destaca la Clínica Barraquer de Barcelona en la que, de vez en cuando, oftalmólogos árabes de países como Egipto, Catar, Omán, Kuwait o Barein⁶⁵ reciben cursos, en virtud de un acuerdo de cooperación establecido entre dicho centro y algunos homólogos en los países señalados.

4.3. Práctica profesional: enfoque en los servicios públicos

Las nuevas realidades acontecidas en el mundo como consecuencia de la globalización, entre otros motivos, han configurado nuevas profesiones y prácticas que

⁶³ Véase: “Chinos, rusos y árabes hacen de España su “paraíso” para turismo sanitario”, en www.lainformacion.com, con fecha de 26 de septiembre 2017.

⁶⁴ Véase: “España firma acuerdo con aseguradora emiratí para promocionar turismo médico”, La Vanguardia, con fecha de 16/02/2018.

⁶⁵ Véase: “Revista Barraquer”, Número 16, febrero 2013, pág. 7.

se desconocían anteriormente. En el pasado, la comunicación interlingüística e intercultural se producía entre comunidades y naciones separadas por fronteras o geográficamente pertenecientes a lugares distintos. En cambio, hoy en día esta comunicación se origina dentro de la misma sociedad que, en ocasiones, abarca centenares de lenguas y culturas diferentes. De allí pues, aparecen figuras como el mediador interlingüístico e intercultural en los servicios públicos.

De este modo, el concepto “servicios públicos” hace alusión originalmente a los servicios que las autoridades en un país determinado ofrecen al público. Por lo tanto, a “la interpretación y la traducción que se lleva a cabo en el contexto de los servicios públicos con usuarios que no hablan la lengua mayoritaria del país” (Corsellis, 2010: 05) se llama interpretación y traducción en los servicios públicos⁶⁶. Éstos pueden ser centros de salud, comisarías de policía, juzgados, ayuntamientos, centros de enseñanza, etc.

En este orden, en los países receptores de grandes flujos migratorios que no comparten con los integrantes de la sociedad del país anfitrión la misma lengua y, en muchas ocasiones la misma cultura, proliferan estos servicios que dan lugar a la figura del mediador interlingüístico e intercultural. De ahí que, lógicamente, EE.UU., Canadá, Australia, Inglaterra, Alemania y los países escandinavos sean pioneros en esta materia. Los países del sur de Europa, con España e Italia a la cabeza, destacan asimismo en esta línea, aunque con cierto retraso con respecto de los primeros.

Realizada esta breve introducción, nos aproximamos en las próximas líneas a la práctica de la traducción en los servicios públicos, tanto en España como en Egipto.

4.3.1. En España

La legislación española hace referencia sucinta a la actuación de los intérpretes, máxime en el ámbito judicial. En los artículos número 440, 441 y 442 de la Ley de

⁶⁶ Sin refutar, claro, la falta de consenso sobre la denominación y la falta del reconocimiento sobre esta profesión (Abril Martí, 2006: 19 y ss.)

Enjuiciamiento Criminal (BOE, 1982: 81) se regula el uso de la mediación interlingüística del modo siguiente:

Art.º 440: “Si el testigo no entendiere o no hablare el idioma español, se nombrará un intérprete, que prestará a su presencia juramento de conducirse bien y fielmente en el desempeño de su cargo”.

Art.º 441: “El intérprete será elegido entre los que tengan títulos de tales, si los hubiere en el pueblo. En su defecto será nombrado un maestro del correspondiente idioma, y si tampoco lo hubiere, cualquier persona que lo sepa”.

Art.º 442: “Si el testigo fuere sordo, se nombrará un intérprete de lengua de signos adecuado, por cuyo conducto se le harán las preguntas y se recibirán sus contestaciones. El nombrado prestará juramento a presencia del sordo antes de comenzar a desempeñar el cargo”.

De los artículos mencionados se desprende que la legislación propiamente referida no considera insoslayable la formación universitaria previa para quienes se dediquen a esta profesión, tal y como viene expresamente estipulado en el artículo número 762.8 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

Art.º 762.8: Cuando los encausados o testigos no hablen o no entendieren el idioma español, se procederá de conformidad con lo dispuesto en los artículos 398, 440 y 441, sin que sea preciso que el intérprete designado tenga título oficial.

España se interesa, desde hace al menos tres décadas, por la traducción al castellano de obras médicas. De este modo, dicho país “encabeza la publicación mundial de traducciones de libros científicos. [...]. En 1987, por ejemplo, se publicaron en España 1500 libros médicos, de los que nada menos que la cuarta parte fueron traducciones” (Navarro González y Hernández Crespo, 1997: 139).

Dicho interés de traducción de esta materia al castellano continuó con pasos firmes durante la primera década del siglo corriente, de modo que en 2009 las obras

científicas y técnicas vertidas a esta lengua realizadas en el contexto de la traducción editorial ascendieron a 10.699 obras⁶⁷.

La demanda de este tipo de traducción, aunque más frecuente en binomios lingüísticos distintos al que nos ocupa, está protagonizada principalmente por clientes como centros de salud, laboratorios, organismos internaciones, proyectos de formación del personal sanitario, industrias farmacéuticas, editoriales médicas, centros de investigación, etc. Todo ello hace que este ámbito se convierta en “un área especializada fructífera y con futuro, que ofrece posibilidades de trabajo a un elevado número de traductores, pero al mismo tiempo su complejidad exige una formación adecuada de estos profesionales” (Albarrán Martín, 2012: 221).

Con la finalidad de acortar con precisión el tema objeto de este apartado, vamos a distinguir los sectores donde se ejerce la traducción médica árabe-español en España. A estos sectores los dividiremos en públicos y privados, tal y como se verá en las próximas líneas.

4.3.1.1. El sector público

En lo que se refiere a la traducción médica árabe<>español, tenemos constancia de que la traducción que se lleva a cabo en este sentido viene a satisfacer tres demandas que mencionamos a continuación:

- 1) Proyectos de cooperación sanitaria entre España y los países árabes. Para ello se requiere, normalmente, la traducción de guías, folletos informativos, diapositivas para la formación de personal sanitario, etc.
- 2) Hospitales marca España o que tienen presencia en este país; es decir, Quirón Salud y Ruber Internacional, que proyectan la apertura de sucursales suyas en

⁶⁷ Véase: informe del Ministerio de Cultura titulado "La Traducción Editorial en España", noviembre 2010. Disponible en: <https://www.mecd.gob.es/dam/jcr:773ede60-5dbc-4c54-aeae-1b048235c5be/traduccion-2010.pdf>. (Consulta: 14/04/2018).

países árabes con los Emiratos Árabes Unidos la cabeza. El material que ofrecen para la traducción es publicidad, menús de comida, folletos informativos, información sobre las últimas técnicas y avances médicos de los que disponen, etc.

- 3) Obras de carácter individual, cuya traducción al árabe encarga una institución pública o privada española para ser, posteriormente, publicada en el mundo árabe. Dentro de esta categoría se insertan trabajos como un glosario español-árabe sobre oftalmología; oferta que hace tres décadas aproximadamente recibió el codirector de esta tesis doctoral y que la culminó en su momento. Igualmente, libros sobre enfermería, cuyas traducciones requerían proyectos de formación de personal médico auxiliar⁶⁸.

Siguiendo en el sector público, se ha constatado que la traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa se desarrolla en organizaciones internacionales como la OMS, la UE y la Cruz Roja Internacional, entre otros. En el caso de la primera organización, la demanda de este servicio viene a obedecer al interés en verter al árabe artículos científicos, así como textos médicos— mayoritariamente de géneros informativos— escritos en castellano. En lo que se refiere a la UE, la traducción propiamente señalada viene a satisfacer principalmente los proyectos de cooperación internacional de los que instituciones europeas forman parte. Y por último, la demanda que se produce en el caso de la Cruz Roja Internacional viene a responder a la actividad del personal hispanohablante que presta servicios en las antenas de esta organización que se encuentran en países árabes.

En España se ha constatado que este tipo de traducción se ejerce también en el marco del proyecto Salud Entre Culturas⁶⁹ que forma parte de la Asociación para el

⁶⁸ Oferta que recibió en 2007 y llevó a cabo el Dr. Basem Saleh Dawoud, hispanista egipcio que actualmente ocupa el cargo de Consejero Cultural de la Embajada de Egipto en España. Información aportada por el señalado profesor en el IEEI a mediados del mes de octubre de 2017.

⁶⁹ Para ampliar información, consultar: <http://www.saludentreculturas.es>.

Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEED), y con sede en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Además, este proyecto tiene establecida una colaboración, mediante un convenio de prácticas institucionales, con el Máster en TISP de la UAH.

4.3.1.2. El sector privado

El principal sector privado que presta servicios de interpretación y traducción médicas entre los dos idiomas en cuestión es el proyecto de “HM Hospitales: International Patient”, empresa adscrita a la marca de hospitales HM que ofrece soporte lingüístico (interpretación, traducción), gestión de citas y autorizaciones a pacientes extranjeros con seguros de salud internacional. La mayor parte de los alumnos egresados en el Máster en TISP que desempeñan actividades como traductores e intérpretes médicos brindan sus servicios para esta empresa, sobre todo en el hospital de HM de Sanchinarro de Madrid. Así, actualmente hay cinco traductores e intérpretes provenientes de dicho máster, sólo en el hospital señalado, que proporcionan servicios de mediación interlingüística e intercultural a la población árabe, en su mayoría diplomáticos y empresarios, radicada en la localidad propiamente referida.

Por otro lado, nos consta que otros hospitales con sedes en España, como Quirón Salud y Ruber Internacional, proyectan la apertura de sucursales en países árabes como los Emiratos Árabes Unidos y Catar, al tiempo que poseen clientes que provienen de los países del CCG, lo que da lugar a una importante demanda de intérpretes y traductores en la combinación de lenguas propiamente referida. En este sentido, el autor de esta tesis ha tenido, en los años 2015 y 2016, la oportunidad de prestar para estos hospitales servicios de traducción recibidos por medio de una empresa intermediaria de traducción. Cabe explicitar, que al igual que el proyecto Salud entre Culturas, tanto la marca de hospitales Quirón Salud en Madrid como el proyecto de traducción e interpretación en el hospital HM de Sanchinarro tienen un convenio con el Máster en TISP.

Por último, vienen los trabajos esporádicos llevados a cabo por hispanistas o arabistas no especialistas en la materia. Estos encargos se llevan a cabo principalmente para sectores privados como la industria farmacéutica, laboratorios o empresa — igualmente privadas— que suelen requerir este tipo de servicios. Ejemplo de trabajos realizados por hispanistas son los servicios prestados por Saleh Dawoud y el El Madkouri Maatoui referidos en el capítulo V. Nosotros también, así como al menos un par de compañeros hispanistas, hemos vertido al árabe un buen volumen de textos médicos. Y evidentemente los casos como los que aquí citamos son numerosos.

En cambio, un ejemplo de trabajos llevados a cabo por arabistas es el testimonio de Juan Vernet Ginés, que se menciona a continuación:

Hacia 1958 unos laboratorios me pidieron la traducción de una investigación sobre vasodilatadores. Otro traductor, que desconozco, les había hecho una traducción inaceptable que nunca he visto. En 1959, el 4 de febrero, tuve un infarto y el médico me contó que había salido al mercado un nuevo producto para estas crisis, que él sabía el nombre, pero no cómo se utilizaba. Añadió que el autor era un egipcio. Le dije desde la cama: “Coge tal carpeta y mira si es eso (mi traducción)”. Lo era. Fueron a buscar el medicamento a la farmacia y me lo inyectó. Luego, en uno de mis viajes por Marruecos, descubrí que allí lo administraban aún como infusión. Ha dejado de usarse después de la aparición del Persantín (Arias Torres, Feria García y Peña Martín, 2003: 106-107).

4.3.2. La traducción (e interpretación) médica en los países árabes

En lo que atañe a los países árabes, aunque se permite la actuación de traductores e intérpretes entre el árabe y las lenguas extranjeras —especialmente el inglés— ante los organismos oficiales y estatales, esta tarea aún no se encuentra amparada por la legislación en la mayoría de los países árabes que forman parte del presente estudio.

En este sentido, no nos consta que alguna de las legislaciones de los países recogidos en la exploración que aquí se presenta haya hecho mención expresa de la actuación de traductores e intérpretes ante los organismos estatales. Sin embargo, se

observa que en alguna de las constituciones de estos países se hace referencia al compromiso del Estado para promover, en términos generales, la Traducción.

A modo de ejemplo, en el artículo número 45 de la Constitución egipcia de 2014 aparece estipulado que “el estado se compromete a promover el movimiento de la traducción entre el árabe y las otras lenguas [extranjeras]”. Del mismo modo, en la constitución egipcia de 2012 se observa que el compromiso era más amplio cuando en el artículo número 12 de ésta se fue más allá de estas disposiciones y se estableció además que “el estado se compromete a arabizar las ciencias”⁷⁰.

Con relación a los proyectos de cooperación sanitaria entre la UE y España por una parte y países árabes por otra parte, hemos realizado un acopio de información concerniente a los proyectos desarrollados en esta dirección durante la última década (entre 2007 y 2017). En efecto, los resultados extraídos a raíz de esta exploración fueron para nosotros sorprendentes y manifiestan el interés que desde el gobierno se pone en este sentido. A continuación, presentamos los resultados de dicho trabajo:

4.4. Proyectos de cooperación entre España y países árabes en materia sanitaria⁷¹

País	Libia. (proyecto financiado por la Comisión Europea y la FIIAPP)
Nombre del proyecto	EUNIDA: Fortalecimiento del Sistema de Salud de Libia
Duración	48 meses
Presupuesto	8.500.000€

⁷⁰ Cabe señalar que la arabización de las ciencias es una cuestión panarabista que surgió a raíz del colonialismo occidental a los países árabes durante los siglos XIX y XX.

⁷¹ Son proyectos desarrollados en el periodo comprendido entre 2007 y 2017.

Objetivo del proyecto	Mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de servicios de salud en Libia
------------------------------	---

Tabla 6: Proyecto “EUNIDA. Fortalecimiento del Sistema de Salud” (Libia)⁷².

Países	Argelia, Egipto, Jordania, Líbano, Marruecos, Siria y Túnez (financiado por la Comisión Europea y la FIIAPP)
Nombre del proyecto	EUROMED: Protección Civil
Duración	36 meses
Presupuesto	4.790.200€
Objetivo del proyecto	Reforzar las medidas existentes de prevención de riesgos y su atenuación a nivel local, regional y nacional de los países beneficiarios

Tabla 7: Proyecto “EUROMED. Protección Civil”⁷³.

País	Túnez
Nombre del proyecto	SOCIEUX: Protección Social de la UE. (Forma parte del programa UE “Investing in People” de EuropeAid, financiado por la Comisión Europea y gestionado por la

⁷² Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiiapp/eunidaprograma-de-fortalecimiento-de-los-sistemas-de-salud-de-la-ue-libia-2/#ancla-contenido-proyectos.

⁷³ Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiiapp/euromed-proteccion-civil/#ancla-contenido-proyectos.

	FIIAPP) Colaboradores España: FCSAI (Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social) y la AECID (Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo)
Duración	-
Presupuesto total:	3.994.500€
Presupuesto gestionado por la FIIAPP:	350.000€
Objetivo del proyecto	Favorecer el desarrollo de los servicios sociales de países de renta baja y media a través de misiones de intercambio de experiencias con los organismos especializados de los Estados miembros y otros de carácter multilateral

Tabla 8: Proyecto “SOCIEUX. Protección Social de la UE” (Túnez)⁷⁴.

Países	Sudán
Nombre del proyecto	EUROMED: Protección Civil. Financiado por la Comisión Europea y gestionado por la FIIAPP Colaboradores: AECID,

⁷⁴ Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiapp/socieux-comunicacion-sobre-la-proteccion-social-en-la-cooperacion-al-desarrollo-de-la-ue/#ancla-contenido-proyectos.

	<p>Italian Agency for Development Cooperation (IADC)</p> <p>Austrian Development Agency (ADA)</p> <p>European DisabilityForum (EDF)</p> <p>International Disability and Development Consortium (IDDC)</p>
Duración	4 años
Presupuesto total	6.809.790€
Presupuesto gestionado por la FIIAPP	1.814.406€
Objetivo del proyecto	Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas

Tabla 9: Proyecto “EUROMED. Acortando distancias” (Sudán)⁷⁵.

Países	Argelia
Nombre del proyecto	<p>Apoyo al Servicio de Protección Civil de Argelia. Financiado por la Comisión Europea y gestionado por la FIIAPP, en colaboración con el Ministerio de Interior Francés y con la ayuda de la seguridad civil francesa (CIVIPOL)</p> <p>Colaboradores España: Ministerio del Interior, Protección Civil y Emergencias</p>

⁷⁵ Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiiapp/acortando-distancias/#ancla-contenido-proyectos.

Duración	24 meses
Presupuesto total	1.500.000€
Presupuesto gestionado por la FIIAPP	190.000€
Objetivo del proyecto	Aumentar el personal del servicio de protección civil, la adquisición de equipos de extinción de incendios y la capacitación general y especializada del personal

Tabla 10: Proyecto “Apoyo al Servicio de Protección Civil” (Argelia)⁷⁶.

Países	Túnez
Nombre del proyecto	<p>Refuerzo de la gestión hospitalaria en Túnez fase II.</p> <p>Financiado por la Comisión Europea y gestionado por la FIIAPP</p> <p>Colaboradores España:</p> <p>Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</p> <p>Servicio Madrileño de Salud.</p> <p>Instituto Nacional de Gestión Sanitaria del Ministerio de Sanidad</p>

⁷⁶ Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiiapp/apoyo-al-servicio-de-proteccion-civil-de-argelia/#ancla-contenido-proyectos.

Duración	24 meses
Presupuesto total	1.000.000€
Presupuesto gestionado por la FIIAPP	1.000.000€
Objetivo del proyecto	Mejorar la gestión de archivos e historiales médicos en los hospitales tunecinos

Tabla 11: Proyecto “Refuerzo de la gestión hospitalaria fase II” (Túnez)⁷⁷.

País	Marruecos
Nombre del proyecto	Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil. Financiado por la Administración General del Estado
Duración	2 años (2007-2009)
Presupuesto total	2.378.000,000€
Objetivo del proyecto	Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, con especial atención a la salud materno-infantil, mediante la facilitación del acceso a los servicios

Tabla 12: Proyecto “Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud” (Marruecos)⁷⁸.

⁷⁷ Elaboración propia, a partir de http://www.fiiapp.org/proyectos_fiiapp/consolidacion-de-un-dispositivo-de-informacion-medico-economica-y-su-aplicacion-en-todos-los-hospitales-publicos-de-tunez/#ancla-contenido-proyectos.

País	Marruecos
Nombre del proyecto	Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	4 años (2007-2011)
Presupuesto total	2.298.000,00€
Objetivo del proyecto	Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, con especial atención a la salud materno-infantil, mediante la facilitación del acceso a los servicios

Tabla 13: Proyecto “Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud” (Marruecos)⁷⁹.

País	Marruecos
Nombre del proyecto	Fortalecimiento de Capacidades Institucionales del Sector Salud Entidad canalizadora: Entidades públicas Financiado por las Comunidades Autónomas
Duración	1 año (2007-2008)

⁷⁸ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=42554>.

⁷⁹ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=52796>.

Presupuesto total	2.400.000,00€
Objetivo del proyecto	Fortalecer las capacidades institucionales del Sistema de Salud en las tres regiones del norte de Marruecos

Tabla 14: Proyecto “Fortalecimiento de Capacidades Institucionales del Sector Salud” (Marruecos)⁸⁰.

País	Egipto
Nombre del proyecto	Suministro Equipamiento Ministerio de Salud y Población Entidad canalizadora: Entidades públicas Financiado por la Administración General del Estado
Duración	5 años (2008-2013)
Presupuesto total	7.052.075,00€
Objetivo del proyecto	Suministrar equipamientos de sanidad al Ministerio de Salud Egipcio y a su población

Tabla 15: Proyecto “Suministro Equipamiento Ministerio de Salud y Población” (Egipto)⁸¹.

⁸⁰ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=31518>.

⁸¹ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=52785>.

País	Marruecos
Nombre del proyecto	Apoyo Sectorial Salud Entidad canalizadora: Entidades públicas Financiado por la Administración General del Estado
Duración	5 años (2009-2013)
Presupuesto total	5.000.000,00€
Objetivo del proyecto	Apoyar el sector sanitario marroquí

Tabla 16: Proyecto “Apoyo Sectorial Salud” (Marruecos)⁸².

País	Palestina
Nombre del proyecto	UE Pegase. Mecanismo Palestino-Europeo de Gestión de la Ayuda Socio-Económica Entidad canalizadora: Organismos multilaterales Financiado por la Administración General del Estado
Duración	1 (2011-2012)
Presupuesto total	6.666.666,67€

⁸² Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=52786>.

Objetivo del proyecto	Contribuir en programas específicos de educación y fondos gestionados por organizaciones internacionales basándose en un plan de política educativa
------------------------------	---

Tabla 17: Proyecto “UE Pegase Educación” (Palestina)⁸³.

País	Palestina
Nombre del proyecto	UE Pegase. Mecanismo Palestino-Europeo de Gestión de la Ayuda Socio-Económica Entidad canalizadora: Organismos multilaterales. Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2012
Presupuesto total	1.333.200,00€
Objetivo del proyecto	Contribuir en programas específicos de salud y fondos gestionados por organizaciones internacionales basándose en un plan de política sanitaria

Tabla 18: Proyecto “UE Pegase Salud” (Palestina)⁸⁴.

País	Marruecos
-------------	-----------

⁸³ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=78785>.

⁸⁴ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=93772>.

Nombre del proyecto	Apoyo Sectorial Salud Entidad canalizadora: Entidades públicas Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2013
Presupuesto total	3.000.000,00€
Objetivo del proyecto	Apoyar el sector sanitario marroquí

Tabla 19: Proyecto “Apoyo presupuesto Salud” (Marruecos)⁸⁵.

País	Mauritania
Nombre del proyecto	Creación de un Entorno Sostenible y Prácticas Higiénicas Saludables Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	3 años (2010-2013)
Presupuesto total	720.752,07€

⁸⁵ Elaboración propia., a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=95250>.

Objetivo del proyecto	Contribuir a la supervivencia infantil creando un entorno sostenible y fomentando la educación sanitaria a través de prácticas higiénicas saludables
------------------------------	--

Tabla 20: Proyecto “Entorno Sostenible y Prácticas Higiénicas Saludables” (Mauritania)⁸⁶.

País	Marruecos
Nombre del proyecto	Refuerzo de la Atención de Salud Primaria Entidad canalizadora: Entidades públicas Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2013
Presupuesto total	700.000,00€
Objetivo del proyecto	Reforzar el sector salud mediante formación médica en los centros de atención primaria

Tabla 21: Proyecto de Atención de Salud Primaria (Marruecos)⁸⁷.

País	Palestina
-------------	-----------

⁸⁶ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=95259>.

⁸⁷ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=95260>.

Nombre del proyecto	Otras contribuciones a Unicef Entidad canalizadora: Organismos multilaterales Financiado por las comunidades autónomas
Duración	1 año (2009-2010)
Presupuesto total	1.800.000,00€
Objetivo del proyecto	Contribuir en programas específicos y fondos gestionados por organizaciones internacionales en proyectos de salud sexual y reproductiva

Tabla 22: Otras contribuciones a Unicef (Palestina)⁸⁸.

País	Mauritania
Nombre del proyecto	Proyecto de Supervivencia Infantil Entidad canalizadora: Organismos multilaterales Financiado por la Administración General del Estado
Duración	1 año (2009-2010)
Presupuesto total	1.500.000,00€

⁸⁸ Elaboración Propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=52799>.

Objetivo del proyecto	Contribuir a programas específicos y fondos gestionados por organizaciones internacionales en el sector de la salud sexual y reproductiva Fomentar la supervivencia infantil mediante la planificación familiar
------------------------------	--

Tabla 23: Proyecto de Supervivencia Infantil (Mauritania)⁸⁹.

Países	Marruecos y Mauritania
Nombre del proyecto	Proyecto de Salud Materno-Infantil Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	4 años (2010-2014)
Presupuesto total	775.000,00€
Objetivo del proyecto	Mejorar los indicadores de salud materna e infantil en los sectores de infraestructuras sociales y servicios

Tabla 24: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos y Mauritania)⁹⁰.

⁸⁹ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=52802>.

⁹⁰ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=78802>.

Países	Marruecos
Nombre del proyecto	Proyecto de Salud Materno-Infantil Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2012
Presupuesto total	720.000€
Objetivo del proyecto	Mejorar los indicadores de salud materna e infantil en el sector de salud sexual y reproductiva

Tabla 25: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos)⁹¹.

Países	Jordania
Nombre del proyecto	Proyecto de Derechos Sexuales y Reproductivos Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2012
Presupuesto total	354.270€

⁹¹ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=88535>.

Objetivo del proyecto	Mejorar los derechos de salud sexual y reproductiva mediante la planificación familiar

Tabla 26: Proyecto de Derechos Sexuales y Reproductivos (Jordania)⁹².

Países	Mauritania
Nombre del proyecto	Proyecto de Salud Materno-Infantil Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por las comunidades autónomas
Duración	2 años (2011-2013)
Presupuesto total	300.000 €
Objetivo del proyecto	Mejorar la salud sexual y reproductiva de las madres y niños de Gorgol

Tabla 27: Proyecto de Salud Materno-Infantil en la Región de Gorgol⁹³.

⁹² Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=88539>.

⁹³ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=88540>.

Países	Palestina
Nombre del proyecto	Programa de Salud Materno-Infantil Entidad canalizadora: Organismos multilaterales Financiado por las comunidades autónomas
Duración	1 año (2012-2013)
Presupuesto total	1.000.000 €
Objetivo del proyecto	Mejorar la salud sexual y reproductiva de las madres y niños de Palestina

Tabla 28: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Palestina)⁹⁴.

Países	Marruecos
Nombre del proyecto	Programa de Salud Materno-Infantil Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2013
Presupuesto total	544.000 €

⁹⁴ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=95261>.

Objetivo del proyecto	Mejorar la salud sexual y reproductiva de las madres y niños de Marruecos
------------------------------	---

Tabla 29: Proyecto de Salud Materno-Infantil (Marruecos)⁹⁵.

Países	Mauritania
Nombre del proyecto	Médicos del Mundo Entidad canalizadora: ONGD y sociedad civil Financiado por la Administración General del Estado
Duración	Durante el año 2014
Presupuesto total	635.291 €
Objetivo del proyecto	Mejorar la salud sexual y reproductiva en la población de Mauritania

Tabla 30: Proyecto “Médicos del Mundo” (Mauritania)⁹⁶.

Ahora bien, expuestos algunos de los proyectos de cooperación en materia sanitaria establecidos durante la última década en países árabes, podemos observar un

⁹⁵ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=95267>.

⁹⁶ Elaboración propia, a partir de <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/cooperaciones/Paginas/detalledecooperacion.aspx?idCp=102528>.

elenco de factores que indican la importancia de la existencia de un mediador interlingüístico en aras de dinamizar la comunicación dentro de dichos proyectos.

En primer lugar, resulta evidente el número de países árabes que se encuentran beneficiarios de dichos proyectos. Así pues, si exceptuamos el CCG, Irak, Somalia, Yemen y Yibutí, todos los países cuya lengua oficial es el árabe figuran en las tablas arriba expuestas. De igual forma, los presupuestos dirigidos a los proyectos señalados son considerables, y también su duración oscila entre uno y cinco años, lo que garantiza cierta sostenibilidad en esta materia. Igualmente, la variedad de los objetivos de cada proyecto hace acuciante la traducción de géneros textuales variados, desde los más especializados como los dirigidos a legos, lo que hace imprescindible la existencia de un traductor médico profesional.

Por último, y pese a ello, tenemos conocimiento de que en muchos casos se recurre a traductores (e intérpretes) en pares lingüísticos diferentes a la combinación con nos ocupa, siendo los integrantes de la comunicación —hispanohablantes, por una parte y arabohablantes, por otra parte— por falta del mediador interlingüístico calificado en el ámbito y el binomio objetos de este trabajo.

4.5. Expectativas de futuro

Todo lo explorado en las páginas anteriores indica a la existencia de señales positivas en lo que se refiere al interés compartido entre países árabes e hispanohablantes en materia sanitaria. A juzgar por la situación actual de la cooperación en el ámbito propiamente dicho, no sería aventurado prever un aumento considerable en este sentido durante la próxima década.

En lo que atañe a España, el prestigio del que gozan, a escala mundial, algunas especialidades médicas, con la oftalmología a la cabeza, así como el buen sistema de salud y las condiciones climáticas que caracterizan este país europeo hacen, a nuestro modo de ver, que España sea un destino preferido para los pacientes árabes. Muchos de ellos, a instancias de su médico español o hispanohablante que presta servicios en el

mundo árabe, eligen España como destino para recibir un tratamiento médico⁹⁷. Este interés por parte de los pacientes árabes encuentra también ciertas facilidades y ofertas presentadas por hospitales, especialmente privadas, como las marcas Quirónsalud, HM o Rúber Internacional.

Por otro lado, pese a la situación no completamente estable en la región de Oriente Medio, ciertos países pertenecientes a esta zona —sobre todo los que conforman el CCG— “están viviendo un proceso de crecimiento económico, cultural y social que origina una serie de oportunidades en diversos sectores donde la experiencia española tiene mucho que ofrecer” (López Busquets, 2015)⁹⁸. En este sentido, el intercambio comercial entre España y los países propiamente aludidos en lo que respecta a los servicios sanitarios ha aumentado exponencialmente, sumándose a otros sectores como las energías renovables, las infraestructuras, las nuevas tecnologías, la educación, el turismo, los bienes de consumo y alimentos, etc., (*ibídem*). De igual forma, este interés encuentra muchas facilidades proporcionadas por las autoridades de estos países a la inversión extranjera en varios ámbitos, entre ellos el sanitario⁹⁹.

A pesar de esta situación, la formación de traductores e intérpretes español-árabe para los servicios públicos en los países árabes aún brilla por su ausencia. Además, en lo referente a los Estados del CCG, exceptuando Arabia Saudí, no disponen todavía de formación reglamentaria, en universidades públicas, en traducción o interpretación en la combinación lingüística que nos ocupa. Así pues, en los países árabes en general y

⁹⁷ Información aportada por el médico español, que presta servicios en Arabia Saudí, Raúl Enrique Rodríguez Llorente, con fecha del 25 de febrero de 2018.

⁹⁸ Entrevista prestada a Casa Árabe, con fecha del 25 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.casaarabe.es/noticias-arabes/show/los-paises-arabes-son-un-espacio-natural-de-intercambio-cooperacion-e-inversion>. (Consulta: 29/08/2017).

⁹⁹ A juzgar por las declaraciones de altos cargos árabes durante su visita a España y los acuerdos suscritos entre España y países árabes, especialmente durante los últimos cinco años (véase: comunicados del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación) relativos a las visitas de los Ministros de Exteriores de Arabia Saudí, los Emiratos Árabes Unidos, Catar, Jordania, entre otros.

en los del CCG en particular, estamos ante un campo virgen, esto es, la TISP que requiere a muchos traductores cualificados que dinamicen la comunicación interlingüística e intercultural entre los usuarios de los servicios públicos y los proveedores de los mismos.

Toda esta realidad hace creer firmemente que habrá propicias salidas profesionales para los traductores e intérpretes en el par lingüístico español-árabe, máxime en los países hablantes de esta lengua semítica. De igual manera, para la formación de traductores e intérpretes para los servicios públicos en dichos países, se necesitará formadores cualificados provenientes de centros que ostentan una dilatada experiencia en la materia, lo que posibilitaría la participación de numerosos centros y equipos de investigación europeos como los de UAH.

4.6. A modo de conclusión

La situación actual indica que el sector de la sanidad concita un gran interés en el marco de la cooperación económica y cultural entre España y los países árabes. Dan lugar a esta realidad ciertos elementos, de los cuales citamos la población considerable de hispanohablantes radicada en países árabes, así como los amplísimos colectivos árabes que se encuentran en España, los proyectos de cooperación internacional en la materia señalada y, por desgracia, el aumento de los conflictos bélicos que han generado flujos migratorios y campos de refugiados sin parangón que, a su vez, precisan de este tipo de traducción (e interpretación).

En consecuencia, la traducción científico-técnica, en general, y la médica, en particular, ocupan un lugar destacado en la demanda profesional de hoy en día. Es más, se estima que durante la próxima década esta demanda aumentará, de modo que una de cada cuatro demandas profesionales se dirigirá a este tipo de traducción. Al mismo tiempo, hemos comprobado que no se han dedicado la atención y el empeño debidos, dentro o fuera de la universidad, a la formación de traductores e intérpretes en esta especialidad de traducción, máxime en la combinación lingüística español-árabe.

La práctica de la traducción médica español-árabe se desarrolla tanto en sectores públicos (hospitales universitarios, centros de salud públicos o proyectos estatales y comunitarios) como en privados (clínicas, centros de salud privados o laboratorios). Los clientes de este tipo de traducción son variados, a saber: inmigrantes españoles en países árabes y viceversa, personal de representación diplomática, turistas, estudiantes extranjeros y miembros de delegaciones militares.

Igualmente, los textos que conforman dicha demanda de traducción pertenecen a una buena horquilla de géneros: informes médicos, consentimientos informados, recetas médicas, radiografías y ecografías, analíticas con diferentes objetivos, artículos científicos, guías de instrucciones, menús de hospitales, planes de viabilidad relativos a proyectos sanitarios, programas de formación, diapositivas para congresos, libros médicos y proyectos de cooperación sanitaria, entre otros.

Además, en los países árabes recogidos en esta tesis doctoral todavía se recurre a traductores de otros binomios lingüísticos diferentes a los que conforman el objeto de este estudio, como el inglés o el francés, debido a la falta de traductores especialistas en la materia. En cambio, en España, sólo uno de cada dos traductores de los 10 consultados había recibido formación en traducción médica previamente a su incorporación al mercado profesional en calidad de traductor médico. Algunos de éstos trabajan de forma autónoma, mientras que otros lo hacen en plantilla. Habitualmente, estos últimos desarrollan su actividad de forma multifuncional; es decir, llevan a cabo tareas administrativas y de orientación al paciente a la par que trabajan como traductores e intérpretes médicos.

A raíz de lo descrito, extraemos la conclusión de que es completamente incompatible la realidad del sector médico en España y los países árabes objeto de estudio con la situación de la práctica profesional que se desarrolla en este ámbito. En nuestra opinión, esta realidad convierte en imperiosa y acuciante la formación adecuada en esta área, de manera que desemboque en una práctica adecuada que cumpla con los objetivos y expectativas de los integrantes en la comunicación.

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

**CAPÍTULO V: DIFICULTADES DE LA TRADUCCIÓN MÉDICA
ESPAÑOL-ÁRABE**

5.1. Introducción

Todo ejercicio de la traducción es susceptible de entrañar problemas que generan dificultades para cualquier traductor, por muy experimentado que sea, especialmente cuando se trata de la traducción de textos especializados. Tales dificultades pueden poseer un carácter lingüístico, esto es, sintáctico, morfológico, léxico, semántico, etc., o de naturaleza extralingüística.

Dada la importancia que ocupa la noción del problema de traducción, varios autores han consagrado espacios en sus obras —o incluso amplios estudios— para abordar la cuestión referida. En esta línea, podemos citar, solamente a título indicativo, las obras de Pérez Guarnieri (2017), Ardi Yattou (2016), Barba Redondo (2015), Dwidar Khattab (2014), Congost Maestre (1994) y Kupsch-Losereit (1985), además de la lista mencionada por Hurtado Albir (2001: 280). Esta autora también arguye la necesidad de realizar investigaciones empíricas de los distintos tipos y modalidades de traducción, con el fin de tratar estas cuestiones desde la perspectiva del resultado y del proceso. En esta línea, la autora invita a realizar estudios “[...] que nos ayuden a identificar y clasificar mejor la diversidad de problemas de traducción a que se enfrenta el traductor [...]” (*ibíd.*: 288).

Además, y en consonancia con estas afirmaciones, otras voces, desde la perspectiva del docente, sostienen que:

Como docentes de traducción sabemos que para hacer una buena traducción, en primer lugar, es importante detectar las dificultades. Si se omiten las dificultades, éstas no se resolverán y, por tanto, quedarán sin resolver en la traducción final. Por ello la labor de detección de problemas y dificultades es esencial antes de emprender la tarea de traducción. (Torres Hostench, 2010: 29).

Dicho esto, en el capítulo que aquí se presenta, realizaremos una aproximación de índole empírica a las dificultades de la traducción médica en el par lingüístico español-árabe. Tales dificultades serán abordadas desde la perspectiva del traductor y el docente de la traducción de textos médicos que es el autor de esta tesis doctoral.

En la realización del presente estudio, partimos de las premisas de que, tanto en el aprendizaje de la traducción como en el ejercicio de la misma, siempre se hallan complejidades que condicionan, en primer lugar, la tarea del estudiante y, en segundo lugar, el trabajo del traductor. Igualmente, nos valemos de premisas adicionales, como la penuria de la producción traductora entre el árabe y el español, en comparación con otros binomios lingüísticos como el inglés>árabe o el inglés<>español.

En consecuencia, esta escasez, unida al ritmo acelerado de la producción científica, deja muy atrás, desde nuestro modo de ver, la tentativa de acercamiento entre las dos lenguas que nos ocupan. Motivo por el cual, proliferan los problemas y dificultades de traducción que, por ende, desembocarían en el error de la traducción.

Como se ha descrito en el apartado “metodología” (vid. Introducción), la metodología aplicada en el estudio objeto del presente capítulo es mixta. En primer lugar, se emplea el método analítico en el diagnóstico de las dificultades de la traducción propiamente aludida, ya sean de carácter lingüístico o extralingüístico. Aunque dichas dificultades se basan en la propia experiencia del traductor, serán aplicadas otras estrategias con el propósito de extraer conclusiones lo más objetivas y sólidas posible. Así pues, la lista de dificultades de la traducción médica que en este capítulo se propone será contrastada con la opinión de cinco traductores profesionales en el par lingüístico que nos ocupa.

5.2. Aspectos lingüísticos

5.2.1. La sinonimia en español

La *sinonimia* conocida como “el empleo intencionado de voces de significación idéntica o semejante [...]” (RAE, 2014: 2017) está notoriamente presente en el lenguaje médico español. De este modo, es normal que al acudir a las urgencias de un centro médico se tope con documentos que incluyan términos sinónimos o se

converse con personal sanitario que use dichos términos¹⁰⁰ para informar o hacer preguntas. Este fenómeno se debe, quizás, a la riqueza sinonímica presente en buena parte del lenguaje médico español y obedece, en otras ocasiones, al nivel de conocimiento que posee el personal que presta dicho servicio. Además, hemos notado que este fenómeno está más presente en veteranos y empleados con profundos conocimientos médicos.

A modo de ejemplo, hemos atestiguado el uso de voces como “desmayo” إغماء, “pérdida de conocimiento” فقدان الوعي, “síncope” غشي/إغماء para referirse a la situación en la que un paciente puede perder fugazmente el conocimiento, padeciendo una paralización momentánea en el movimiento de alguno de los órganos de su organismo. Otro ejemplo, es el uso de “resfrío” نزلة برد, “catarro” زكام, “gripe” زكام, “influenza” أنفلونزا para señalar el propio estado de salud de un paciente.

Este rasgo existe en el lenguaje médico español, aunque evidentemente no todos los sinónimos aquí poseen idéntico significado, ya que, en general, “muy pocas palabras son completamente sinónimas en el sentido de ser intercambiables en cualquier contexto sin la más leve alteración del significado objetivo, el tono sentimental o el valor evocativo” (Ullmann, 1992: 160).

En el caso de las dos lenguas que conforman la modalidad lingüística que nos ocupa, el uso de la sinonimia se ve de diferente manera. En lo que se refiere al castellano, algunos autores creen que el uso excesivo de la sinonimia en el lenguaje médico español no favorecerá el dinamismo del trabajo del traductor en este campo por varias razones, entre ellas, la necesidad de encontrar sus equivalentes en la LM. En esta posición se encuentra Fuentes Arderiu, quien afirma que:

Por el contrario, en los lenguajes de especialidad, el uso de sinónimos perjudica la comunicación y ocupa una cantidad importante de memoria en los sistemas de almacenamiento de la información, ya sean humanos o informáticos, por lo que diversas organizaciones científicas, tecnológicas y normalizadoras dedican una

¹⁰⁰ Con independencia del servicio sanitario que presta; auxilio, atención médica, de enfermería, etc.

parte muy importante de sus recursos a la producción de documentos con recomendaciones terminológicas (2006: 241).

En cambio, el árabe admite el uso de los sinónimos y no ve, además, nada malo en su reiteración. Es más, este uso es atribuido, en ocasiones, a la riqueza del lenguaje y a las peculiaridades y la flexibilidad que esta lengua posee para acuñar nuevos términos (حامد صدقي, 2006: 47 y ss., entre otros).

5.2.2. La sinonimia en árabe

La sinonimia no sólo se ciñe al español, sino que se extiende también al árabe. Por citar algunos ejemplos, el concepto *antiagregante plaquetario* tiene por equivalente esta variedad de términos que se mencionan a continuación:

مضادات الصفائح	مضادات الصفائح الدموية	مضادات تجمع الصفائح
مضادات الصفائح الدموية	موانع الصفائح	موانع الصفائح الدموية

De la misma forma, el término *isotónicas*, dentro de un contexto médico, puede referirse a tres ámbitos distintos. El primero corresponde a la fisiología y quiere decir “que mantiene una tensión muscular constante” (RAE, 2014: 1270). Sin embargo, el segundo atañe a la química y significa “dos o más disoluciones: Que, a la misma temperatura tienen igual presión osmótica” (*ibídem*). En tanto que el tercero concierne, más bien a la medicina y define la “bebida: Que contiene azúcares y sales minerales con la misma presión osmótica que la sangre y se emplea para reponerse de un ejercicio físico intenso”. Éste es el sentido al que se refieren las “bebidas osmóticas” en un documento médico que tiene por título “preparación para la realización de colonoscopia con CITRAFLEET”. Con un enfoque tradcutológico, al buscar el equivalente en la LM de “bebidas isotónicas”, hemos topado con los siguientes significados:

مشروب الطاقة	مشروب متساوي التناضح	مشروب متساوي التوتر
--------------	----------------------	---------------------

5.2.3. Las siglas

Por vivencia propia, el uso de las siglas es común en el lenguaje médico español. En palabras de Hernández de la Rosa y Moreno-Martínez, este fenómeno no se limita únicamente al campo médico sino que se extiende a casi todos los lenguajes científicos y técnicos (2012: 148).

Ahora bien, la RAE establece que *sigla* es la “abreviación gráfica formada por el conjunto de letras iniciales de una expresión compleja” o cualquier signo que sirve para ahorrar letras o espacio en la escritura (2014: 2009). Ejemplos de lo que antecede son: OMS para referirse a la Organización Mundial de la Salud, ETS, para abreviar las Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH para indicar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, AC para Anticuerpo o UCI para Unidad de Cuidados Intensivos.

Así pues, el análisis del uso de las siglas en el ámbito que nos ocupa nos ha permitido constatar que la dificultad generada de su traducción al árabe obedece a varios motivos que mencionamos a continuación:

A) La ausencia en árabe del uso de las siglas en general, tanto en ámbitos especializados como en no especializados. Para ser precisos, se exceptúan algunos casos, en su mayoría pertenecientes al sector económico y comercial, en los que se citan abreviaturas entre paréntesis, aunque siempre acompañadas de la frase árabe abreviada. A título ilustrativo, damos el ejemplo a continuación: شركة مساهمة مصرية (ش) / سكك حديد مصر (س ح م) / شركة ذات مسؤولية محدودة (ش ذ م م) / م م.

B) La proliferación de las siglas en el lenguaje médico español, así como el uso, a veces en demasía, de estos signos por parte de los especialistas en la materia. A este respecto, Hernández de la Rosa y Moreno-Martínez afirman que el lenguaje de la medicina, “como texto científico al fin, pretende transmitir la mayor cantidad de información con el mínimo de palabras posibles. Por tanto, no es extraño encontrar una proliferación (en ocasiones, abuso) de formas abreviadas en los artículos científicos médicos” (2012: 148-149). Cabe explicitar al respecto que algunos estudios estiman

que las siglas constituyen no menos del 0.5 % del lenguaje médico español (Gutiérrez Rodilla, 2014: 89).

C) La falta de convención, por parte de los comités internacionales de normalización, acerca de las siglas. De este modo, numerosas de las siglas resultarían de uso personal o restringido a un colectivo específico de profesionales. A este respecto, consideramos representativa la reflexión de Hernández de la Rosa y Moreno-Martínez en torno al uso de las siglas que aparecen en un artículo de contenido médico que lleva por título “Variables ecocardiográficas para la evaluación incruenta de la hemodinámica pulmonar”¹⁰¹. Al término del análisis, los autores concluyen que “existe un marcado abuso de siglas [...] y la mayor parte no se han establecido por convención ni están amparadas por los comités de normalización, sino que son de tipo personal y han sido inventadas” (2012: 149).

D) La confusión que genera en ocasiones el empleo de las siglas, dado el doble o incluso el múltiple significado que pueden acarrear. A modo de ejemplo, las siglas IT en un contexto médico se refieren a una serie de términos abreviados como: Incapacidad Temporal; Inmunotoxina; Isquemia Transitoria e Insuficiencia Tricuspídea¹⁰². Asimismo, las siglas AC hacen alusión hasta a 15 conceptos, todos ellos pertenecientes al ámbito médico, y los ejemplos en este sentido son múltiples.

E) La producción inquebrantable y permanente de siglas médicas como consecuencia del ritmo muy acelerado del avance científico y tecnológico. Así pues, este fenómeno puede sumarse, desde nuestra perspectiva, a los retos que el traductor afronta si no encuentra una normalización adecuada del uso de las siglas.

Tras las reflexiones anteriormente citadas, deseamos confirmar la existencia en español de unas herramientas útiles para el traductor. Entre éstas destacamos las obras

¹⁰¹ Pérez Cabrera, Damián *et al.* (2012). «Variables ecocardiográficas para la evaluación incruenta de la hemodinámica pulmonar», en *CorSalud*, 2012, 4 (3), pp. 201-215.

¹⁰² Véase el diccionario de siglas de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM). Disponible en: <http://www.sedom.es> (Consulta: 18/12/2016).

de Yetano Laguna y Alberola Cuñat (2003) y el Diccionario de Siglas de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM), además de otros listados propios de hospitales y centros de salud como “el Glosario de Abreviaturas Utilizadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán”¹⁰³ o “el Manual de abreviaturas de uso frecuente del hospital privado Mar del Plata”¹⁰⁴, entre otros.

También, consideramos que la hegemonía del inglés como *lingua franca* en la comunicación médica, así como la tendencia que posee esta lengua para abreviar y economizar el lenguaje de especialidad terminó propiciando el uso frecuente de las siglas en español y otras lenguas europeas. Asimismo, este fenómeno obedece al afán del uso rápido y ágil de los términos médicos dada, en muchas ocasiones, la limitación del tiempo y, por ende, la necesidad de abreviar algunos términos o especialidades médicas. En cambio, algunos autores atribuyen dicho fenómeno al “capricho del autor y otras debidas a nuevos descubrimientos, como suele ocurrir con textos de medicina o de química, entre otros” (Anguita Acero, 2002: 369).

Por todo ello, y como se ha señalado anteriormente, creemos firmemente que las siglas que se emplean comúnmente en el lenguaje médico español se unen a las dificultades que acompañan a la traducción al árabe de textos médicos en castellano. Cabe explicitar, finalmente, que la relevancia que posee este fenómeno ha dado lugar a la realización de ciertos estudios como el de Navarro González (2008), entre otros.

5.2.4. Falta del equivalente

A este respecto, nos gustaría compartir aquí parte de la conversación telefónica que tuvo lugar la mañana del jueves 22 de febrero de 2018 con un compañero (intérprete y traductor español-árabe)¹⁰⁵. Cuando éste llamó para preguntarme la posibilidad de acompañar a un técnico subdirector del Ministerio de Sanidad y

¹⁰³ Disponible en: <http://132.247.8.18:8080/intranet/downloads/uploads/2014/02/GLOSARIOINCMNSZ.pdf> (Consulta: 04/11/2017).

¹⁰⁴ Disponible en: <http://www.hpc.org.ar/images/revista/431-v3p166.pdf> (Consulta: 16/05/2017).

¹⁰⁵ Sus iniciales son F. A. y reside en Madrid.

Población de Egipto que se encontraba una visita de trabajo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, me dijo —literalmente— lo que sigue: “Es posible que la conversación [entre ambos funcionarios de dichos ministerios] contenga ciertos términos técnicos. En este caso, ante la ausencia en árabe del equivalente del término en español, conviértelo en inglés y, así, trabajo hecho”.

El comentario del compañero apunta, quizás de forma no profundamente reflexionada, a un problema serio con el que se topan los traductores y, evidentemente, los intérpretes al iniciar una tarea de verter al árabe textos médicos en castellano, esto es, la ausencia del equivalente. Parece ser, no obstante, que esta cuestión no se limita solamente al binomio lingüístico objeto del presente estudio, sino que ha tocado en otros momentos la traducción al español de términos médicos en otras lenguas como el inglés. En este tenor, Gutiérrez Rodilla señala que:

Los encargados de llevar a cabo esas traducciones, que generalmente eran los propios especialistas, chocaban una y otra vez contra el mismo obstáculo: la falta de términos con los que hacer equivaler los existentes en las obras de partida, según se desprende de su queja continúa tanto en la prensa especializada como en los prólogos de los libros traducidos (2014: 87).

En la práctica, un concepto como *la prueba de Graham*, cuya traducción literal al árabe es اختبار غراهام sería lo máximo que un traductor puede hacer antes de consultar a un especialista en medicina, dada la nulidad de los recursos que explican el objetivo de esta prueba. Otro ejemplo es *prueba de O'Sullivan* que se traduce literalmente al árabe por اختبار سوليفان, propuesta que quedaría un poco ambigua, ya que la referida prueba se conoce más en árabe por *prueba de diabetes gestacional* اختبار سكري الحمل. Esta falta de equivalente hace que se acrediten, muchas veces, transliteraciones de los términos médicos de la lengua de partida¹⁰⁶, especialmente en lo que a los nombres de los fármacos y los aparatos médicos se refiere.

¹⁰⁶ Aquí nos referimos al inglés, lengua de principal y máxima preponderancia en las especialidades médicas en Egipto y otros países árabes.

5.2.5. La no coincidencia léxica

Numerosos investigadores coinciden en que las mayores dificultades a las que se enfrenta el traductor de textos médicos son de carácter léxico (Anguita, 2002: 368, entre otros). Tratando de aplicar la tesis de estos autores al binomio lingüístico que aquí se presenta, observamos que, a veces, el término médico singular en castellano se traspaasa al árabe en forma de dos palabras o incluso más. Por ejemplo, la formación de cálculos (piedras) en algún órgano del cuerpo humano tiene por nombre científico, dentro del ámbito biomédico *litiasis*. Hay dos propuestas para verter este término al árabe. La primera radica en traducirlo en una sola palabra *التحصي*, propuesta que quedaría ambigua para el receptor de la lengua meta, ya que su uso es infrecuente en esta lengua, en tanto que la segunda estriba en realizar una descripción del término en dos palabras *تكوُن الحصى*, acepción cuyo uso se encuentra habitual en la LM. Este mismo término en español, si se le añade la palabra renal: *litiasis renal*, indicará la presencia del cálculo en un órgano específico del cuerpo, a saber: los riñones. De este modo, el sintagma en castellano tendrá un equivalente conformado por cuatro vocablos en árabe *تكوُن الحصى في الكلى*.

5.2.6. La metáfora

Si en un texto médico sobre oftalmología aparece el término *pteriación*, el traductor tendría unas cuantas opciones de documentación, entre ellas, consultar un diccionario bilingüe o monolingüe. En el primer caso, no hemos hallado ningún diccionario bilingüe (español-árabe) que nos resuelva el dilema. En el segundo caso, la fuente bilingüe empleada en aras de buscar el sentido de dicho término ha de tratarse de una fuente especializada, ya que en el RAE su definición brilla por su ausencia. No obstante, la tarea no se acaba aquí. En algunas ocasiones, y sobre todo cuando la competencia temática en el traductor no se encuentra bien desarrollada, el equivalente de *pteriación* en árabe *الظفرة*, tampoco sería suficiente. En una consulta básica en internet, el término en árabe se refiere al nombre de una ciudad en los Emiratos Árabes Unidos, así como al equipo de fútbol de esta ciudad. Sin embargo, el concepto que usualmente se utiliza en árabe como equivalente es *ظفرة العين*.

No obstante, el término en español no es el único que se utiliza para aludir a esta enfermedad. Así, aparte de carnosidad, se emplean también dos voces adicionales para indicar este término: *uña en el ojo* y *palmera en el ojo*. El uso de estas dos metáforas responde a los rasgos comunes que comparten con la enfermedad; es decir, la carnosidad que aparece en la conjuntiva del ojo poseyendo, a veces, la ramificación de la palmera u, otras veces, la uña de las extremidades del dedo. La traducción literal de ambas metáforas conllevaría ambigüedad: نخلة العين / أظفر العين, y por ello, surge la dificultad que atañe a la traducción de la metáfora del español al árabe.

Sin embargo, no todas las metáforas o metonimias resultan problemáticas a la hora de ser traducidas al árabe. Citamos, a continuación, dos ejemplos cuya traducción al árabe apunta en la misma dirección a la que aparece en español. El primero es *nudo en la garganta*, sensación que puede darse por motivos diferentes; físicos o emocionales. El equivalente de este sintagma en árabe es عقدة في الحلق¹⁰⁷, propuesta que, tanto en la forma como en el contenido, indica lo propio. Otro ejemplo es *saco conjuntival*, cuyo equivalente en árabe es igualmente كيس ملتحمي¹⁰⁸.

A este respecto, Mohamed Saad sintetiza que la problemática de la traducción de la metáfora obedece a uno, o más, de estos tres ejes: “la diferencia del contenido connotativo que poseen las palabras implicadas en el proceso metafórico dentro de la LO y la LM”, “el grado de originalidad de la metáfora en ambas lenguas” y “las diferentes estructuras que adopta la metáfora en las dos lenguas” (2001: 165). Como hemos observado, los primeros ejemplos expuestos coinciden con el primer eje señalado por el autor.

5.2.7. La polisemia contextual

La voz *asistencia* se traduce naturalmente a la LM por حضور، مساعدة، غوث. No obstante, este término cuando se emplea en medicina para referirse a *asistencia médica/sanitaria*, se traduce normalmente a la LM por رعاية طبية/ صحية. Otro ejemplo

¹⁰⁷ Véase: <https://www.altibbi.com>, entre otros.

¹⁰⁸ Véase: <http://bn.primalinstinctpheromone.com>, entre otros.

es el término *método*, cuya traducción —especialmente en un contexto científico— será habitualmente منهج. Sin embargo, en un contexto médico referente, sobre todo, a la ginecología y a la obstetricia, se verterá al árabe por وسيلة. Tercer ejemplo es el verbo *administrar*, cuya traducción al árabe es يدير، يدير، en tanto que en un contexto médico o farmacéutico será يعطي [الدواء].

De la misma forma, el término *principio activo*, concepto de uso frecuente en Farmacia, pero también en Medicina. Este sintagma se traduce literalmente a la LM por المبدأ النشط أو الفعال، o الأساس النشط أو الفعال، ya que todos los equivalentes que se dan como opción al término activo son: مبدأ، بداية، أساس، أصل، قاعدة. No obstante, el equivalente en árabe de dicho sintagma en contextos farmacéuticos es المادة الفعالة.

5.2.8. Conceptos ambiguos

La *prueba de la tolerancia* es “un examen de laboratorio que sirve para verificar la forma en que el cuerpo descompone los azúcares. La prueba que más se utiliza es la de la tolerancia a la glucosa oral (PTGO)”¹⁰⁹. La traducción literal de este concepto al árabe será اختبار التسامح. Sin embargo, esta prueba cuyo objetivo es constatar que no se producen síntomas que el paciente atribuye a la administración de un determinado fármaco tiene por equivalente en árabe [الدواء] اختبارات تحمل. Asimismo, el documento del *consentimiento informado* entraña cierta dificultad a la hora de traducirse al árabe. La primera complejidad es de naturaleza conceptual al no tener este documento la misma relevancia en el sistema médico árabe, y máxime egipcio, que la tiene en España. En otras palabras, salvo que la intervención quirúrgica se englobe dentro de las consideradas como peligrosas, este documento no suele ser facilitado al paciente¹¹⁰. La segunda dificultad es de índole estilística. La estructura compuesta de sustantivo y participio pasado (consentimiento + informado) hace que la

¹⁰⁹ <http://salud.ccm.net/faq/11713-en-que-consiste-la-prueba-de-tolerancia-a-la-glucosa>. (Consulta: 21/11/2016).

¹¹⁰ A este respecto, en todas las intervenciones quirúrgicas (apendicitis, cesáreas, circuncisiones masculinas, cirugía de tumor benigno, etc.) a las que hemos asistido en Egipto no hemos constatado la firma de dicho documento.

tentativa de preservar la forma y el contenido, durante el proceso de la traducción, sea complicada. Así pues, la propuesta موافقة معلوم resulta un poco ambigua, en nuestra opinión. Motivo por el cual, planteamos para ello la siguiente opción موافقة عن علم.

5.2.9. Términos cuya traducción al árabe requiere explicación

Estoma, como un término abstracto, se traduce literalmente al árabe por ثغير / فُغرة. Sin embargo, cuando es utilizado en un contexto médico indicando la “abertura al exterior que se practica en un órgano hueco, como el intestino, o entre dos de ellos” (RAE, 2014: 972) su traducción al árabe se llevará a cabo de forma explicativa: فتحة صغيرة تشبه الفم¹¹¹. Igualmente, el equivalente que se da a *anastomosis ileorrectal* en la LM es مفاغرة لفائفية مستقيمية. No obstante, a juzgar por su ausencia en los foros especializados, esta propuesta resulta de uso casi nulo entre los médicos árabes — especialmente los anglófonos—, ya que dichos profesionales emplean con frecuencia فغر لفائفية / فغر اللفائفي y cuando se trata del *ileo* se utiliza فغر المستقيم para referirse a la *rectostomía*.

Otro ejemplo es *preparación intestinal*, concepto que reside en efectuar un conjunto de preparativos antecedentes a la realización de la colonoscopia. La traducción literal de este sintagma a la LM es الإعداد المعوي. Esta propuesta carece de sentido en el lenguaje médico árabe y, además, no da el equivalente total ni parcial del sintagma en la LO. Por ello, se haría necesario recurrir a una estrategia que incluye una propuesta de traducción funcional. En este sentido, se plantea la opción تحضير المعدة, aunque se manifiesta en pocos textos en la LM. Naturalmente, en los textos árabes se emplea el equivalente: التحضير لإجراء منظار المعدة que se trata de una explicación que en castellano sería: *la preparación para la realización de colonoscopia*, por citar algunos ejemplos.

¹¹¹ Qamus al maany. Disponible en: <http://www.almaany.com/ar/dict/ar-en> (Consulta: 05/01/2017).

5.2.10. Denominación diferente entre LO y LM

El equivalente natural de *la cirugía* (o intervención) *de Hartman* en árabe sería جراحة هارتمان. Sin embargo, la elección de esta opción no transmitiría el sentido y conllevaría ambigüedad para el especialista de la LM, ya que en dicha lengua en la que la influencia del inglés es patente, este concepto se trata de un procedimiento y, por lo cual, su traducción sea إجراء هارتمان, lo que quedaría en español como *procedimiento de Hartman*. Como queda dicho, la denominación en árabe se origina por influencia del inglés donde la denominación es *Hartman Procedure*.

Asimismo, el *tratamiento de rescate*¹¹² que “se aplica a aquel que se indica para tratar una enfermedad en la cual se considera que ha fallado un tratamiento previo” (Álvarez Lerma y Grau Cerrato, 2007: 234). No obstante, la traducción literal de este sintagma sería علاج إنقاذي, en tanto que la terapia empleada en la LM se conoce más bien como استطباب إنقاذي¹¹³.

Otro ejemplo es *sanatorio* que se define como “establecimiento convenientemente dispuesto para la estancia de enfermos que necesitan someterse a tratamientos médicos, quirúrgicos o climatológicos” (RAE, 2014: 1967). Esta definición no especifica un tratamiento concreto o exclusivo que se lleva a cabo en dicho establecimiento. Sin embargo, el equivalente que suele emplearse en la LM es مصحة y, a diferencia de otros países árabes como Marruecos, este uso en Egipto suele referirse a una tarea determinada, esto es, brindar tratamiento de naturaleza psicológica y de desintoxicación مصحة نفسية; es decir, *sanatorio psicológico*¹¹⁴.

¹¹² También conocido como tratamiento de los síntomas, tratamiento sintomático, tratamiento de alivio, tratamiento aliviador, tratamiento de las agudizaciones, tratamiento de la crisis o terapia de rescate.

¹¹³ Véase: la Enciclopedia Médica Árabe Especializada: https://www.arab-ency.com/_/index.medical.php (Último acceso: 07/04/2018).

¹¹⁴ Véase: <https://treatment-drugs.com/addiction-treatment-clinics-in-egypt> (Último acceso: 01/04/2018).

5.2.11. El uso de préstamos

En el lenguaje médico árabe existen numerosos préstamos del inglés, originados por la preeminencia de esta lengua en la divulgación científica, así como en la enseñanza de la medicina en buena parte de los países árabes. A continuación, ofrecemos un listado de préstamos que se dan con frecuencia en dicho lenguaje, de forma que eclipsan el uso del equivalente original en la LM. Así pues, hemos optado por mencionar el anglicismo de uso preponderante, además del término original en la lengua propiamente dicha:

Término en español	Préstamos en árabe	El término original en árabe
Anemia	أنيميا	فقر الدم
Asma	أزمة	الربو
Cáncer	كانسر	السرطان
Colesterol	الكوليسترول	المادة الدهنية
ADN	الدي إن إيه	الحمض النووي
Hepatitis A, B, C	فيروس إيه، بي، سي	الالتهاب الكبدي الوبائي (إيه، بي، سي)
Herpes	هيربس	التقرحات (الفموية، التناسلية، إلخ)
Leucemia	اللوكيميا	سرطان الدم
Sarcoidosis	السااركويد	الغرناوية
Sida	إيدز	مرض نقص المناعة المكتسبة
Test	تيست	اختبار

Tabla 31: Préstamos en el lenguaje médico árabe (Elaboración propia).

5.2.12. Los niveles del árabe

Aquí abordamos una cuestión de carácter intralingüístico que estriba en la existencia de dos niveles —o más— del lenguaje médico árabe. Con ello no nos referimos a la tricotomía: *especializado*, *semiespecializado* y *lego*, sino que a términos médicos antiguos y otros modernos dentro del lenguaje propiamente dicho. Para esclarecer esta cuestión hemos recorrido a una obra médica del Madievo¹¹⁵ en aras de contrastar términos usados en aquella época con algunos actuales. Seleccionada la

¹¹⁵ “El Libro de la Introducción al Arte de la Medicina o “Isagoge”, de Abū Bakr Muḥammad ibn Zakariyā’ al-Rāzī (cf. Vázquez de Benito, 1979).

obra, en lo que sigue, procedemos a dilucidar los criterios en los que nos hemos basado para realizar esta selección:

- El peso intelectual que posee el autor de la obra quien realizó aportes incuestionables a la medicina, considerado uno de los médicos y filósofos más grandes en toda la historia medieval (مصطفى موسى و سماح سامي, 2016).
- El carácter práctico que distingue la obra propiamente elegida.
- El interés que esta obra ha concitado en España, ya que se estudió y se comentó por Vázquez de Benito (1979).

Dicho esto, nos gustaría realizar algunas puntualizaciones referentes a los términos escogidos:

- Los términos y conceptos presentes en la tabla siguiente no son los únicos cuyo uso puede contrastarse con términos actuales.
- Algunos de estos términos, aunque muy pocos, siguen siendo utilizados en el lenguaje médico árabe de hoy en día. Éstos irán acompañados de un asterisco.
- El hecho de que estos términos hayan dejado de utilizarse no significa, en nuestra opinión, que se han convertido en arcaicos.

Término en árabe clásico	Fuente	Término en árabe actual	Fuente	En español
احتباس البراز	Vázquez de Benito (1979), pág. 112	إمساك	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	estreñimiento
أحداث نفسانية	Vázquez de Benito (1979), págs. 34, 38, 125	حالة نفسية	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	estados anímicos
الإرب/إربية	Vázquez de Benito (1979), pág. 122 لسان العرب لابن منظور، المجلد الأول، ص 116	العضو الذكري/العضو التناسلي	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	miembro masculino/ pene
الأزب	Vázquez de Benito (1979),	الأزغب/كثير الشعر	منظمة الصحة العالمية ومواقع	peludo

	págs. 18, 31 لسان العرب لابن منظور، المجلد الأول، ص 137		طبية أخرى ويب طب: /https://www.webteb.com	
ازرداد	Vázquez de Benito (1979), págs. 18, 42, 45, 46	ابتلاع	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	deglución (acción de tragar)
أزعر	Vázquez de Benito (1979), págs. 18, 27, 28	أمرد/ فراغات الشعر أجرودي	Consultas islam web http://consult.islamweb.net Dicho de algunos médicos egipcios (comunicación directa)	lampiño
أسطقسات	Vázquez de Benito (1979), págs. 9, 59, 60	العناصر (ويُقصد بها العناصر الأربعة وهي الماء والهواء والنار والتراب)	قاموس المعاني على الشبكة	elementos ¹¹⁶
أغشية الدماغ	Vázquez de Benito (1979), pág. 93	السحايا	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	las meninges
أفة	Vázquez de Benito (1979), págs. 48, 79, 81	مرض / علة	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	enfermedad
آلة	Vázquez de Benito (1979), págs. 42, 45, 47	عضو (من أعضاء الجسم)	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	órgano
انبساط العروق	Vázquez de Benito (1979), págs. 67, 132	تمدد الأوردة	موقع الطبي: www.altibbi.com	dilatación de las venas
انشقاق عرق	Vázquez de Benito (1979), pág. 106	فتق	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	fisura de venas/ hernia

¹¹⁶ Los cuatro elementos (agua, aire, fuego y polvo).

بحوحة	Vázquez de Benito (1979), pág. 19	بحة الصوت	ويب طب: www.webteb.com	afonía
بزاق ¹¹⁷ الفضل الرقريقي الزبيدي	Vázquez de Benito (1979), págs. 63, 89	بصاق	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	esputo
بطلان	Vázquez de Benito (1979), págs. 14, 21, 78	عجز/عاهة	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	incapacidad, invalidez
ثفل (جمع) أثقال	Vázquez de Benito (1979), págs. 50, 86	راسب جمع رواسب	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	sedimentos
ثوران النفس	Vázquez de Benito (1979), pág. 38	غضب/ فوران	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	cólera, irritación
جرم	Vázquez de Benito (1979), págs. 25, 85, 130, 142	جسم	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	cuerpo
خروج البراز من المقعدة من غير إرادة	Vázquez de Benito (1979), pág. 27	التبرز اللاإرادي	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	incontinencia de heces
خرز الصلب	Vázquez de Benito (1979), pág. 46	فقرات الظهر	ويب طب: www.webteb.com	vértebras
خلفة	Vázquez de Benito (1979), pág. 79	إسهال	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	diarrea
خمول النفس	Vázquez de Benito (1979), pág. 38	حزن	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	tristeza
خياشيم	Vázquez de Benito (1979), pág. 105	الغضروف الأنفسي	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	cartílago nasal
دليل المرض	Vázquez de Benito (1979), págs. 8, 28, 29	عرض المرض	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	síntoma de la enfermedad
سدر	Vázquez de Benito (1979),	إغماء	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	síncope

¹¹⁷ A pesar de que بـصاق—con el uso de la šād (ص)— ha aparecido en otras partes del libro; pp. 34 y 86.

	págs. 62, 92, 93			
سِرْسَام	Vázquez de Benito (1979), págs. 27, 80, 81	هذيان	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	delirio
سعة منافذ الجلد	Vázquez de Benito (1979), pág. 121	اتساع مسام الجسم	موقع معلومات طبية ومواقع طبية أخرى: https://sayyidahtabib.com	dilatación de los poros
شخوص	Vázquez de Benito (1979), pág. 80	سبات عميق	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	letargia
شدخ	Vázquez de Benito (1979), pág. 75	كسر	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	rotura
شقيقة	Vázquez de Benito (1979), pág. 94	صداع نصفي	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	jaqueca
الصلب	Vázquez de Benito (1979), págs. 49, 55, 58	العمود الفقري	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	columna vertebral
العرق النابض الأعظم	Vázquez de Benito (1979), pág. 46	الشريان الأبهر	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى ويب طب: www.webteb.com	vena aorta
نزلة	Vázquez de Benito (1979), págs. 19, 31, 110	زكام	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	catarro
نافض	Vázquez de Benito (1979), págs. 110, 111, 112	حمى القشعريرة	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	escalofrío que precede a la fiebre
وجع	Vázquez de Benito (1979), págs. 42, 82, 90	ألم	منظمة الصحة العالمية ومواقع طبية أخرى	dolor
وسخ الأذن	Vázquez de Benito (1979), págs. 34, 103	شمع الأذن/ الصملاخ	ويب طب: www.webteb.com	cerumen

Tabla 32: Términos médicos antiguos y sus equivalentes actuales (Elaboración propia).

Otros términos médicos en árabe utilizados en el Medievo y cuyo uso ha adquirido otro sentido diferente en el lenguaje médico árabe actual son los que se citan a continuación:

- الأورام البلغمية para referirse a los *tumores flemáticos*. Esta denominación aparece en Garijo Galán (1997: 9 y 39), así como en otras obras médicas o de botánica escritas en árabe (Bustamante Costa, *et al.*, 2004: 18 y Aguirre de Cárcer, 1995: 309, entre otros).
- سفاء (Garijo Galán, 1997: 10) para referirse a *fármaco* o *medicamento* que hoy en día pasa a ser دواء (*cf.* OMS).
- لطوخ للعين (Garijo Galán, 1997: 11) para referirse a *pomada oftálmica* que hoy en árabe es conocida por مرهم للعين¹¹⁸.
- الغرب (Garijo Galán, 1997: 11) para hablar del *absceso* de la glándula *lacrimal* que en árabe se conoce hoy día por خراج الغدة الدمعية.
- بلة المعدة (Garijo Galán, 1997: 12, سهام خضر, 2008: 252) para referirse a la *acidez del estómago* que se conoce hoy en día por حموضة المعدة (OMS).
- الخوانيق (Garijo Galán, 1997: 12) para hablar de las *amígdalas* que hoy en día se llaman en árabe اللوزتين (OMS).
- الدماديل (Garijo Galán, 1997: 22) para referirse a las *erupciones cutáneas* que en el lenguaje médico de hoy en día se les llama بثور جلدية (OMS).
- النغانغ (Garijo Galán, 1997: 25) para referirse al *área uvular* que se conoce en árabe actual por منطقة اللهاة¹¹⁹.

¹¹⁸ Véase: www.altibbi.com (Consulta: 25/03/2018).

En lo atinente a las plantas que se empleaban en la composición de los fármacos extraídos de la botánica, aparece البوصير (Garijo Galán, 1997: 10) para referirse a la planta de *verbascum*, conocida hoy en día por أذن الدب/ آذان الدب¹²⁰.

Ahora bien, habría que tener en consideración esta realidad antes de retornar a los libros árabes de la Edad Media para servirnos de términos médicos empleados en aquella época para subsanar la notable deficiencia de equivalentes que caracteriza al lenguaje médico árabe de hoy en día.

5.2.13. La variedad lingüística entre los países árabes

Por otro lado, nos gustaría poner de relieve un fenómeno que se sumaría a las dificultades que el traductor médico español-árabe afrontará, esto es, la ausencia de consenso acerca de muchos términos árabes. Dicho en otras palabras, un término médico extranjero puede verse al árabe de diferentes formas, dependiendo del país o incluso del traductor que lleva a cabo la tarea. A este respecto, es digna de ser mencionada aquí la historia que me contó el profesor Mohamed El-Madkouri¹²¹, codirector de esta tesis doctoral, cuando recibió una oferta para verter al árabe clásico contemporáneo una obra sobre oftalmología dirigida a usuarios egipcios. Para este cometido, en el proceso de documentación el traductor se sirvió de fuentes sirias, ya que Siria es un país de referencia en lo que se refiere a la *arabización de las ciencias*. Además, es el único país árabe en cuyas facultades de medicina —y de ciencias en general— se imparten las asignaturas en lengua árabe. No obstante, tras culminar la traducción y entregar el trabajo al cliente, la obra fue devuelta, solicitándole al traductor que adaptara la terminología al contexto egipcio.

Antes de proceder a aportar ejemplos que confirman esta dificultad, nos gustaría subrayar que este fenómeno se da también en los países de habla hispana. En este tenor, Gutiérrez Rodilla señala que, en muchas ocasiones, “[...] un único término

¹¹⁹ Véase: <https://www.webteb.com> (Consulta: 25/03/2018).

¹²⁰ Véase: <http://www.elajweb.com/?p=1056>, entre otros sitios. (Consulta: 25/03/2018).

¹²¹ En la tutoría que tuvo lugar en la UAM, la tarde del miércoles 14 de marzo de 2018.

inglés lo encontremos traducido en español de dos, tres, cinco o diez formas distintas” (2014: 92). Motivo por el cual, la autora opta por la adopción consensuada, si fuera necesario, de un extranjerismo antes de admitir lo que ella denomina “caos”, consistente en que cada uno se traduzca de una forma, dadas las consecuencias que pueden afectar la propia lengua española (*ibídem*).

A continuación se ha comprobado el uso de todas las voces que siguen شهقة، شغطة، زغطة، حازوقة، بوفهاق، فواق، فواق para referirse al *hipo*, dependiendo de un país u otro. De igual forma, cuando en Egipto se emplea التمثيل الغذائي para indicar el *metabolismo*, en Irak se utiliza el término أيض، mientras que en otros países del Norte de África se usa الاستقلاب. Otro ejemplo es موت الأنسجة، نخر، التتكرز para señalar la *necrosis*. Asimismo, cuando en Egipto y en algunos países del CCG se dice أنفلونزا para referirse a la *influenza*, en Siria se dice النزلة الوافدة y en algunos países del Norte de África se dice الكريب.

Los ejemplos en esta línea serían inacabables. Además, esta cuestión no se ciñe solamente a los ámbitos científicos, sino que alcanza también las denominaciones referentes a la propia lingüística. Así pues, وفاء كامل فايد (2016: 179) pone de manifiesto esta cuestión en una tabla que consideramos indicativa:

El término	Equivalentes o variedades en árabe						
Alófono	صوت منطوق	بدل صوتي	متغير صوتي	صورة صوتية	صوتم تعاملي	ألفون	
Diptongo	مصوت مزدوج	حركة مزدوجة	صوت مركب	صائنت مركب			
Lingüística	علم اللغة	علوم اللسان	اللسانيات	علم اللسان	علم اللسانيات	اللغويات	
Morfema	حريف	صرفم	صرفن	وحدة صرفية	مورفيم		
Fonema	صويت	صوتم	صوتن	الصوت اللغوي	فونيم	صوتيم	وحدة صوتية
Semántica	علم المعاني	علم الدلالة	الدالية	علم السيمانتيك	السيمية		
Semiótica	علم الرموز	السيميوثية	السيمياثية	علم الأدلة	علم العلامات		

Tabla 33: Términos relativos a la Lingüística, cuyo uso es variado en los países árabes.

5.3. Dificultades extralingüísticas

Como queda dicho, las dificultades que caracterizan la traducción médica entre el español y el árabe no se circunscriben a los aspectos lingüísticos, sino que alcanzan igualmente aspectos extralingüísticos. Estos últimos o bien afectan al sistema sanitario y la estructura que le es propia o bien se tratan de diferencias culturales que en muchas ocasiones generan malentendidos que condicionan, de una forma u otra, el trabajo del traductor (y el intérprete) que a este ámbito se dedica. En las próximas líneas subrayamos esta cuestión.

5.3.1. Diferencia de los sistemas sanitarios

Ciñéndonos a España y Egipto, existen diferencias en lo que al uso de los centros médicos se refiere. Es decir, en este país árabe el sector privado —representado por clínicas privadas normalmente de un solo facultativo— excede impulsivamente a los hospitales públicos. Así pues, los profesionales de la salud que ejercen sus trabajos en dichas clínicas suelen ser especialistas que ofrecen directamente el diagnóstico y el tratamiento y no son médicos de cabecera. Asimismo, estas clínicas no se encuentran sujetas a la seguridad social, lo que significa que la consulta debe sufragarse de antemano para poder recibir una atención médica¹²². Con este fenómeno, se ignora en muchas ocasiones el papel del médico de cabecera, perfil que según نجوى خلاف no es bien conocido en el país señalado (2005: 27).

Desde una perspectiva traductora, *médico de cabecera* pasa a ser, literalmente, en árabe طبيب رئيسي y, funcionalmente, طبيب الأسرة, cuyo papel entre los egipcios de hoy en día, y a diferencia de antaño, no es claro. De la misma forma, *clínica* entendida como “dicho de un establecimiento sanitario: Ligado, por lo general, a una institución docente y que atiende pacientes de diversas enfermedades en régimen de internado o ambulatorio” (RAE, 2014: 553) no poseerá una equivalencia total con el término que usualmente se da en árabe, esto es, عيادة (*iyadah*). La *iyadah* en árabe normalmente no se trata de un establecimiento en el que se atienden multiespecialidades ni posee un

¹²² En este sentido, véase testimonios de pacientes hispanohablantes residentes en Egipto (capítulo VII).

régimen de internado. El establecimiento particular que suele tener estas características, si no se trata de un hospital, es المركز الطبي es decir *centro médico*.

Asimismo, la denominación y las competencias del ministerio que se ocupa de la materia de la salud en España y los países árabes es otro ejemplo de la divergencia objeto de este apartado. Cuando en España dicho ministerio lleva el nombre de “Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”¹²³, وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية, y, en Egipto éste es denominado “Ministerio de Sanidad y Población” وزارة الصحة والسكان, y, por ende, dicha institución en un país determinado puede incluir u omitir competencias que no se encuentran en la institución equivalente en el otro país árabe. En la siguiente tabla se hace alusión a este aspecto:

País	Denominación Específica del ministerio de sanidad	Traducción
España	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية والمساواة
Arabia Saudí	وزارة الصحة	Ministerio de Sanidad
Bahréin		
Jordania		
Kuwait		
Libia		
Marruecos		

¹²³ Conviene mencionar que cuando esta tesis doctoral estaba en revisión se produjo, en junio de 2018, una remodelación del gobierno español con la que se modificó el nombre de este ministerio a “Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social”.

Omán		
Túnez		
Argelia	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات	Ministerio de Sanidad, Población y Reforma Hospitalaria
Egipto	وزارة الصحة والسكان	Ministerio de Sanidad y Población
Emiratos Árabes Unidos	وزارة الصحة ووقاية المجتمع	Ministerio de Sanidad y Protección de la Sociedad
Catar	وزارة الصحة العامة	Ministerio de Sanidad Pública
Sudán	وزارة الصحة الاتحادية	Ministerio de Sanidad Federal

Tabla 34: Denominaciones de los ministerios de sanidad en los países árabes (Elaboración propia).

Otro ejemplo es el término *consejería* en el sintagma *consejería de salud* definida por la RAE como “conjunto de dependencias de un consejo (órgano colegiado)”; “Departamento de gobierno de una comunidad autónoma” (RAE, 2014: 609). Ésta última es la que se acuña al término referido. En un sentido contextual, *consejería de salud*¹²⁴ “es el organismo de la administración de la junta [...] responsable de las políticas sanitarias [...], así como de la superior dirección de los organismos dependientes [...]”¹²⁵. En este orden, la traducción literal de dicho ente al árabe sería *مستشارية الصحة*, propuesta que carecerá de equivalente en la mayoría de los países árabes (Egipto, los países del CCG o Sudán), dado que ninguna entidad de salud en dichos países dispone de esta denominación. Tanto es así, que se precisa buscar el equivalente de esta administración en árabe, esto es, *مديرية الصحة*, denominación acreditada en varios países como Egipto, Siria, Arabia Saudí, entre otros. Cabe

¹²⁴ Llamada en otras comunidades autónomas, como Madrid o Murcia, Consejería de Sanidad.

¹²⁵ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/salud> (Consulta: 06/11/2016).

precisar que la traducción literal de la consejería de salud por *مستشارية الصحة* sólo se ha visto en los documentos traducidos desde el castellano al árabe¹²⁶. Por último, deseamos aclarar que el término *مستشارية* en árabe es lingüísticamente acertado, ya que es *مصدر صناعي* “infinitivo acuñado” del sustantivo *مستشار*.

5.3.2. Aspectos administrativos

En Egipto, no es habitual que las clínicas realicen un historial médico de los pacientes, dado que no es necesario que el paciente realice reiteradas consultas en la misma clínica. De este modo, salvo en los hospitales bien sistematizados, sean públicos o privados, el historial médico pasa a ser una tarea casi exclusiva del propio paciente. Es decir, éste porta cada vez que acuda a la consulta de un médico toda la documentación relativa a su caso de salud (informes médicos, recetas médicas, radiografías, ecografías, cardiogramas, etc.) se traten o no de la patología causante de la consulta¹²⁷. De esta manera, aunque *historial médico* se traduzca al árabe por *سجل طبي*, este concepto no quedaría bien claro para muchos pacientes o traductores egipcios.

5.3.3. Las dietas hospitalarias

En un menú propio del hospital Ruber Internacional, que proyecta la apertura de sucursales en países árabes, el menú que formará parte de su oferta se compone de cinco raciones. Las tres principales —desayuno, comida y cena— son perfectamente conocidos y, de igual manera, se ofrecen en los hospitales de los países señalados¹²⁸. Así, el equivalente será *وجبة الإفطار*, *وجبة الغداء*, *وجبة العشاء*. Sin embargo, la merienda y la recena son culturalmente elementos nuevos para el destinatario de la LM. De ahí surge la dificultad de encontrar el equivalente apropiado en la LM. Por lo tanto, el equivalente de *merienda* es normalmente *وجبة خفيفة*, propuesta que consideramos deficiente, ya que si bien se refiere a una *comida ligera*, omite el tiempo en el que

¹²⁶ www.almaghribia.ma/2009/جريدة/المغرب/90764.html, entre otros. (Último acceso: 06/11/2016).

¹²⁷ Información aportada por el Dr. Hassan Abdulmagid, facultativo egipcio, el 01 de abril de 2018.

¹²⁸ *Ibidem*.

normalmente ésta se toma. Merienda: “comida ligera que se toma a media tarde”; “comida que se toma al mediodía” (RAE, 2014: 1450). Por otro lado, no hemos hallado un equivalente conocido en árabe a *recena* y nuestra propuesta de traducción es العشاء الثاني, que equivaldría a *segunda cena*. El cuadro siguiente refleja los elementos del menú propio del hospital propiamente dicho y su traducción al árabe:

☞ <u>Desayuno</u> , de 08:45 h a 09:15 h	إفطار: من الساعة 8:45 إلى الساعة 09:15
☞ Comida, de 13:00 h a 14:15 h	غداء: من الساعة 13:00 إلى الساعة 14:15
☞ Merienda, de 17:15 h a 17:30 h	وجبة خفيفة: من الساعة 17:15 إلى الساعة 17:30
☞ Cena, de 20:00 h a 21:00 h	عشاء: من الساعة 20:00 إلى الساعة 21:00
☞ Recena, de 23:00 h a 00:00 h	العشاء الثاني: من الساعة 23 إلى الساعة 00:00

5.3.4. Conceptos no (o poco) conocidos en árabe

En lo que respecta a los términos médicos poco conocidos en árabe, debido a cuestiones culturales, el término *tampón higiénico* sería muy indicativo en este sentido. Cuando el uso de dicho objeto es frecuente en Occidente, en los países árabes, en los que se preocupa demasiado por la virginidad de las chicas que no hayan contraído matrimonio, se declina el uso de todo aquello que pueda afectar el himen de las mujeres vírgenes¹²⁹. De este modo, la traducción literal de este concepto no sería la opción acertada, ya que no dará el significado completo de este término muy poco conocido en árabe. Por ello, conceptual سداة قطنية, sería la elección conveniente.

A nuestro modo de ver, en el ámbito de la toxicología y la ginecología abundan los elementos extralingüísticos que presentan dificultades ante los traductores en el binomio lingüístico que nos ocupa.

¹²⁹ De hecho, hemos hallado algunos artículos en árabe que advierten del uso del tampón higiénico en mujeres no casadas: <https://www.albawaba.com/ar/احذري-السداة-القطنية> (Consulta: 06/04/2018).

5.3.5. La proliferación de las especialidades médicas

La amplitud de las especialidades médicas es una de las características que se unen a las dificultades extralingüísticas, pero también lingüísticas, que corresponden a este ámbito (Marsh, 1999). Esta característica puede dar lugar a un número interminable de términos y conceptos médicos, lo cual complica aún más el trabajo del traductor, al tiempo que hace acuciante la especialización en este ámbito. De la misma forma, esta peculiaridad puede dar lugar a una incongruencia entre las especialidades, de modo que se hace difícil establecer una equivalencia entre ellas en la LO y la LM. Para esclarecer esta perspectiva con ejemplos reales presentamos esta tabla a continuación:

Especialidad en España¹³⁰	Traducción al árabe	Observaciones
Alergología	قسم الحساسية	
Análisis clínicos	التحاليل الطبية	
Anatomía patológica	التشريح المرضي	
Anestesia/ Reanimación	التخدير/ الإنعاش	
Angiología/ Cirugía vascular	قسم الأوعية وجراحة الأوعية الدموية	
Aparato digestivo	الجهاز الهضمي	
Bioquímica clínica	الكيمياء الحيوية الطبية	
Cardiología	طب القلب	
Cirugía cardiovascular	جراحة القلب والأوعية الدموية	
Cirugía general y aparato digestivo	الجراحة العامة والجهاز الهضمي	
Cirugía oral maxilofacial	جراحة الفم والفكين	
Cirugía pediátrica	جراحة الأطفال	
Cirugía plástica reparadora	جراحة التجميل الإصلاحي	
Cirugía torácica	جراحة القفص الصدري	
Dermatología médico quirúrgica y venereología	طب الجلد الجراحي والأمراض التناسلية	
Endocrinología y nutrición	الغدد الصماء والتغذية	
Estomatología	طب الفم	
Farmacología clínica	الصيدلة الطبية	
Geriatría	طب الشيخوخة	
Ginecología y obstetricia	طب النساء والتوليد	
Hematología y hemoterapia	طب الطب وعلاج الدم	
Hidrología	الهيدرولوجيا	
Inmunología	طب المناعة	
Medicina educación física y deporte	طب التربية البدنية والرياضة	
Medicina espacial	طب الفضاء	
Medicina intensiva	الطب العناية المكثفة	
Medicina interna	طب الباطنة	والمتوطنة
Medicina legal y forense	الطب الشرعي	
Medicina nuclear	الطب النووي	
Neumología	طب الرئة	
Medicina preventiva/Salud pública	الطب الوقائي والصحة العامة	
Medicina del trabajo	طب الأمراض الناتجة عن العمل	
Microbiología/Parasitología	ميكروبيولوجيا	
Nefrología	طب الكلى	
Neurocirugía	جراحة المخ والأعصاب	

¹³⁰ Fuente: Departamento internacional del Consejo General de Colegios Médicos de España.

Disponible en: https://www.cgcom.es/files/cgcom/img/52_cuadro.pdf (Consulta: 09/04/2018).

Neurofisiología clínica	الفسبولوجيا العصبية الطبية	
Neurología	علم الأعصاب	
Oftalmología	طب العيون	
Oncología médica	علم الأورام الطبي	
Oncología radioterápica	علم الأورام الإشعاعي	
Ortopedia/traumatología	طب العظام والإصابات	
Otorrinolaringología	طب الأنف والأذن والحنجرة	
Pediatría	طب الأطفال	
Psiquiatría	الطب الأمراض العقلية	
Radiodiagnóstico	التشخيص الإشعاعي	
Rehabilitación	التأهيل	
Reumatología	أمراض الروماتيزم	
Urología	علم أمراض المسالك البولية	
Medicina familiar y comunitaria	طب الأسرة والمجتمع	

Cabe explicitar que, pese a la extensa avalancha de especialidades, faltan otras como Bacteriología قسم الجراثيم, Genética قسم الأمراض الوراثية, Patología علم طب الأمراض, Radiología قسم الأشعة, Virología قسم الأمراض الفيروسية, Medicina industrial الطب الصناعي, Medicina preventiva الطب الوقائي والتأهيل que su ausencia en el listado mencionado no significa que dejan de ser ejercidas en España.

Al término de la presentación de algunas dificultades que atañen a la traducción en este campo, en atención al método contrastivo señalado en la introducción de este capítulo, procedemos a ahora a exponer las perspectivas de cinco traductores médicos en el binomio lingüístico seleccionado.

Las traductoras son:

N. L. F.

D. D.

S. S.

S. S.

A. H.

Estas entrevistas se produjeron a través de un contrato remoto desarrollado vía Skype y telefónico durante los meses de abril y mayo de 2018. Dados los compromisos profesionales de estos traductores, por una parte, y la lejanía de algunos, por otra parte, no ha sido posible realizar estas entrevistas de forma presencial. Se trata de entrevistas con cinco traductores profesionales; cuatro mujeres y un hombre. Los perfiles de dichos traductores son distintos: las cuatro traductoras poseen formación universitaria bien en filología (española o árabe), estudios ingleses o en estudios árabes e islámicos, mientras que el traductor está formado en biología y ciencias de la tierra. En lo que se refiere a posgrado, tres de estos traductores cuentan con un máster, en tanto que los dos restantes han cursado solamente un grado. Igualmente, dos de los tres que han estudiado un máster lo tienen en TISP.

Con respecto a la opinión de estos traductores profesionales sobre las dificultades de la traducción médica, los cinco traductores consultados coinciden en que la mayor dificultad que atañe a la traducción médica entre el español y el árabe reside en la terminología médica especializada. También, coinciden todos en la falta de recursos de consulta, sobre todo de diccionarios bilingües en el área propiamente señalada, lo que según ellos, condiciona en muchas ocasiones el trabajo que realizan. Además, para ellos los textos médicos más complicados en verter al árabe son, como es lógico, lo más especializados, pero también aquellos que disponen de muchas siglas y abreviaturas, por lo que analíticas y radiografías ostentan para ellos dificultades especiales. Tres de ellos consideran que la falta del equivalente en árabe se suma a las dificultades que corresponden a este ámbito. Ante esta situación, recurren, a la hora de realizar el trabajo de documentación, a intermediar una tercera lengua —el inglés en el caso de dos traductores y el francés en el caso del otro traductor— para dar con el significado del término cuyo equivalente estén buscando. Las respuestas de los traductores consultados se recogen en la siguiente ilustración:

Aspecto	N. L. F.	S. S.	A. H.	D. D.	S. S.
Anglicismos		X			X
Ausencia del equivalente	X		X	X	X
Diglosia en árabe	X	X		X	X
Elementos culturales	X	X	X	X	X
Falta de recursos	X	X	X	X	X
Metáforas		X		X	X
Polisemia			X	X	X
Siglas y abreviaturas	X	X	X	X	X
Terminología especializada	X	X	X	X	X
Términos latinos y griegos en la LO	X	X	X	X	X

Cabe subrayar, por último, que cuatro de estos cinco traductores por una formación integral en traducción médico-sanitaria mediante un máster de, al menos, 60 ECTS. En su opinión, es de suma importancia de cara a la incorporación al mercado profesional donde la mayoría de los traductores en la combinación árabe-español que ejercen su trabajo actualmente carecen de una formación en la materia, según describen los traductores médicos entrevistados.

5.4. A modo de conclusión

Hemos constatado que hay dificultades especiales que atañen a la traducción de textos médicos en el par lingüístico español-árabe. Estas dificultades se desglosan en lingüísticas y extralingüísticas. *Grosso modo*, son profusas las que pertenecen a la primera categoría, pero también tienen presencia las que forman parte de la segunda y abundan, particularmente en textos pertenecientes a las especialidades de ginecología y obstetricia, así como en contextos de migración.

Algunas de las dificultades de naturaleza lingüística son: los términos especializados que caracterizan el ámbito médico, las siglas —que forman parte del lenguaje médico español, pero no son de uso común en el lenguaje médico árabe—, la polisemia, la falta del equivalente, el uso de la metáfora, el uso de latinismos o los préstamos del inglés, la ambigüedad de algunos conceptos médicos o la temática especializada. En cambio, entre las dificultades extralingüísticas encontramos la divergencia del ordenamiento sanitario entre España y algunos países árabes o la variedad de las especialidades médicas. Hemos comprobado que esta última característica puede desembocar en dificultades que corresponden a las dos categorías mencionadas.

Los traductores profesionales consultados coinciden en que los términos y conceptos especializados indisolubles a los textos médicos, unidos a la falta de recursos de consulta en esta parcela, les causan problemas serios a la hora de verter al árabe un texto médico en español.

De igual forma, los traductores de textos médicos español-árabe afrontan dificultades generadas por la ausencia del equivalente en árabe del término médico en español o, en ocasiones, porque este equivalente, siendo árabe clásico, no se emplea entre los profesionales de la salud árabes y, por consiguiente, se utiliza en su lugar un préstamo o un extranjerismo.

Los traductores consultados con conocimientos de inglés se muestran de acuerdo con la estrategia de “intermediar el inglés” en la búsqueda del sentido de términos

cuya equivalencia no aparece directamente a la hora de efectuar la búsqueda por internet en lo que se refiere al par lingüístico del que nos ocupamos. De este modo se obtendría provecho del gran legado disponible de traducción entre el inglés y el árabe, por una parte, y el inglés y el español, por la otra.

Por último, y a la luz de la investigación verificada, tanto en el capítulo II como en el presente, consideramos firmemente que se despliega un loable esfuerzo por parte de los comités de términos científicos de las academias de la lengua árabe en aras de enriquecer el lenguaje médico de esta lengua semítica y ponerlo a la altura del avance científico acelerado en este ámbito. No obstante, la falta de puesta en práctica de los resultados de este esfuerzo hace, en nuestra opinión, que transliteraciones y anglicismos irruman de manera vehemente en el árabe, a expensas de muchos términos originales de esta lengua.

**CAPÍTULO VI: LA INTERPRETACIÓN Y TRADUCCIÓN ESPAÑOL-
ÁRABE EN CENTROS DE SALUD EN PAÍSES ÁRABES**

6.1. Introducción

Los servicios de mediación interlingüística e intercultural en los servicios públicos comenzaron a cristalizarse, primero en el ámbito profesional y posteriormente en la parcela académica, hace algo más de tres décadas en sociedades multilingües y multiculturales. Así, EE.UU., Australia, Canadá, el Reino Unido y los países escandinavos han sido los pioneros en la implantación de esta profesión. Por otra parte, en otros países, como España, Grecia e Italia, que de igual forma se consideran destinos anhelados para la migración aún se sigue luchando para que esta práctica alcance el debido reconocimiento institucional (Valero Garcés, 2011).

De este modo, cualquier población extranjera radicada en un país determinado requiere acudir a los servicios públicos en dicho país con el fin de llevar a cabo gestiones relativas a su estancia. Así, los centros de salud que forman parte de dichos servicios constituyen un objetivo para muchos colectivos que buscan asistencia sanitaria o acompañan a un paciente que lo esté buscando. Tanto es así, que cuando la lengua del país receptor es diferente de la de la población extranjera que reside en ese país, y cuando la cultura también lo es, la comunicación suele requerir otros actores como son los mediadores interlingüísticos e interculturales.

Ahora bien, los programas de formación, como el que se ha visto en el capítulo anterior, pretenden contribuir a la preparación adecuada de los traductores (e intérpretes) para los centros de salud, y precisamente en las sociedades donde abunda la población propiamente señalada. De este modo, conscientes de la relevancia de este campo, así como del elenco de personas e instituciones que resultan beneficiarias de un trabajo de esta naturaleza, hemos tratado de orientar esta obra a unas sociedades que consideramos fértiles, al tiempo que se encuentra todavía fuera del interés de los estudios como el que aquí se presenta. Dichas sociedades pertenecen a los países de Arabia Saudí, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait y Catar.

Dicho esto, en el presente capítulo se estudia la situación de la comunicación lingüística y extralingüística que se produce en los centros de salud de algunos países árabes entre la población extranjera, en concreto hispanohablante, y los proveedores de

los servicios sanitarios en dichos centros. Con ello, pretendemos aportar nuestro granito de arena en este sentido, dada la sensibilidad que adquiere y la especial relevancia que la comunicación en el ámbito médico ostenta, ya que “en el contexto de la sanidad las consecuencias pueden ser mucho más graves” (Ortí, Sánchez y Sales, 2006: 118).

6.2. Consideraciones previas

Como método seleccionado para conseguir los datos y la información relevantes a la situación comunicativa de la población referida con anterioridad dentro de los servicios sanitarios en los países árabes incluidos en el estudio, se ha facilitado una encuesta que incluye 16 preguntas, en la cual se ha tratado de cubrir una amplia horquilla de cuestiones comunicativas, además de interrogaciones relativas a los servicios públicos.

Para ello, habría que seguir profundizando en los estudios relativos a las tres vertientes señaladas por Corsellis (2003), citadas a continuación:

- 1) Los servicios públicos (línea a la que pertenece el trabajo que aquí se presenta).
- 2) Los traductores e intérpretes.
- 3) Los gobiernos de estos países (gobiernos a los que, a nuestro parecer, no les faltarán ni recursos ni iniciativas).

6.3. Países árabes y población extranjera

No creemos que sea exagerado opinar que algunas sociedades árabes, especialmente las que conforman el CCG, ya se han convertido en sociedades multilingües y multiculturales. En estos países, la población extranjera constituye entre el 30 % y el 77 % de la población total. Los últimos datos de un estudio dirigido por el Centro de Estudios de al-Jazyrah (2015) destacan que la población extranjera en los países señalados ascendió a 17 millones de expatriados, número que llegaría a rozar los 23 millones, si sumásemos los familiares de estos expatriados. La gran mayoría de

dichos colectivos no tiene el árabe como lengua materna al provenir de “countries as Iran, India, Pakistan, Nepal, Bangladesh, Sri Lanka, and more recently from Indonesia, Thailand, and the Philippines” (Bakir, 2010: 202). Asimismo, quedan por mencionar otros colectivos procedentes de países del África subsahariana, Europa, América del Sur, EE.UU. y Australia, cuya lengua nativa evidentemente no es el árabe¹³¹.

En aras de destacar la nueva realidad que está ocurriendo en algunas sociedades árabes con respecto al fenómeno multilingüístico y multicultural, nos gustaría citar como ejemplo un país como Emiratos Árabes Unidos cuya sociedad plasma, a nuestro modo de ver, este fenómeno. Espada hace referencia a esta realidad con las afirmaciones siguientes:

Imagínese un país en el que pudiera pedirle a un taxista en afgano que le lleve en su flamante automóvil de tapicería de flores, recubierta de plástico transparente, y acondicionado como si del comedor de su casa sobre ruedas se tratara, al hotel de siete estrellas más mastodónticamente lujoso que pueda imaginar escuchando una selección de emisoras pakistaníes, que le recibiera un botones de metro noventa en la puerta saludándole en etíope, que le acompañara una bella azafata hasta el restaurante hablándole en uzbeko para luego ser atendido por una camarera en ruso y por otra en tagalo, y acabar charlando con los cocineros en todos los dialectos de la India mientras oye a lo lejos pasar a varios clientes hablando en los más variopintos acentos de la lengua árabe, alemana o inglesa. Si todo esto le ocurriera, no estaría usted soñando, sino que es muy probable que se encontrara en los Emiratos Árabes Unidos [...] (2007: 119).

En lo que atañe a la población hispanohablante radicada en los países que conforman el CCG, cabe ilustrar que ésta ha presenciado un crecimiento exponencial, máxime durante el último quinquenio. En nuestra opinión, esta realidad se debe a varios motivos, entre ellos: cuando una crisis económica lastraba los países de Occidente, el CCG evidenciaba cierta estabilidad económica y social, además de una apertura a la inversión extranjera en muchos sectores públicos y privados. Igualmente,

¹³¹ Con respecto a la población española en países árabes (*vid. supra.* capítulo IV).

algunos gobiernos de este grupo —citamos como ejemplo Catar y Emiratos Árabes Unidos— han aplicado, durante la última década, políticas cuyo objetivo es atraer a los talentos, con el propósito de modernizar muchos sectores estatales. De igual modo, Arabia Saudí se ha unido a los mencionados países hace al menos un par de años.

Aparte de lo arriba mencionado, conviene señalar que hay entre 2 y 4 millones de peregrinos que acuden a los lugares sagrados en Arabia Saudí durante una época determinada del año, con el objetivo de realizar el peregrinaje mayor a La Meca (*al-Hajj*)¹³². Igualmente, hay alrededor de otros 4 millones aproximadamente que acuden a dichos lugares durante todo el año, con el propósito de hacer el peregrinaje menor (*al-Umrah*). La mayoría de esos visitantes, al igual que la mano de obra extranjera en los países del CCG, provienen de países cuya lengua oficial no es el árabe (Australia, América del Sur, China, EE.UU., Europa, India, Indonesia, Irán, los países del África subsahariana, Malasia, Pakistán, Turquía, etc.).

Como consecuencia de la inmensa congregación de fieles en la peregrinación a La Meca, se han experimentado ciertos problemas. En un estudio realizado en plena temporada de peregrinaje del año 1993 por el Dr. Mohamad Yousuf, del Hospital Rey Abdul Aziz de Medina (citado en حسان شمسي باشا, 2010), se comprobó que uno de los mayores inconvenientes a los que se enfrentan los médicos y profesionales de la salud a la hora de trabajar con pacientes no árabes es el entablar una comunicación lingüística con dichos pacientes. Esta dificultad —por no decir deficiencia— comunicativa y el vacío que entraña ha podido ser, incluso, motivo de calamidades.

Sumado a lo anteriormente mencionado, cabe destacar las declaraciones de un alto responsable saudí¹³³ en las que afirma que la catastrófica estampida que se produjo en la aglomeración de Mina durante la temporada de peregrinaje en el año 2015 ocurrió porque los peregrinos no respetaron las consignas. Dicha afirmación plantearía

¹³² Datos del año 2015, según el Organismo de Estadística General e Información. Citado en *Sabq online newspaper* <http://sabq.org/Home>. (Consulta: 23/11/2015).

¹³³ Declaraciones del Ministro de Sanidad Saudí, Khaled al-Faleh, en: http://arabic.sputniknews.com/arab_world/20150925/1015732724.html. (Consulta: 24/11/2015).

muchos interrogantes como: ¿en qué lengua se habían redactado dichas consignas?, ¿acaso todos los peregrinos están alfabetizados, de modo que pueden comprender el contenido de tales consignas?, ¿servirían las consignas escritas o sería necesario contar con servicios adicionales de interpretación entre el árabe y las respectivas lenguas de los peregrinos?, entre otras preguntas.

En primer lugar, se barajó la posibilidad de extender el presente estudio a los países árabes que cuentan con una presencia significativa de hispanoparlantes. Dicha pretensión se descartó al percatarnos de que un trabajo de estas características sería muy amplio, de modo que podría convertirse en el objeto de una tesis doctoral muy nutrida¹³⁴ y no de un solo capítulo, como es el caso. Por ello, nos hemos limitado a cinco países árabes. Cuatro de ellos forman parte del CCG, además de la República Árabe de Egipto. Estos países conservan una presencia considerable de población cuya lengua materna es la de Cervantes¹³⁵, así como un volumen importante de inversiones españolas en estos países.

Las aportaciones de los integrantes que conforman dicho cuestionario se desglosan en cifras del modo siguiente:

Arabia Saudí: 14 respuestas.

Egipto: 22 respuestas.

Emiratos Árabes Unidos: 26 respuestas.

Kuwait: 16 respuestas.

Catar: 14 respuestas.

¹³⁴ A juzgar por la cifra de la población hispanohablante y el volumen de inversiones españolas en otros países árabes no recogidos en este estudio como Marruecos o Argelia.

¹³⁵ Citaremos un dato que plasma la magnitud de dicha presencia, esto es la colonia española (sin contar la latinoamericana) en un país como Arabia Saudí que llega a 5.000 miembros (véase: el diario EL PAÍS, con fecha del 10 de enero de 2017, página 18).

Del mismo modo, estas mismas aportaciones se pueden visionar en el cuadro a continuación:

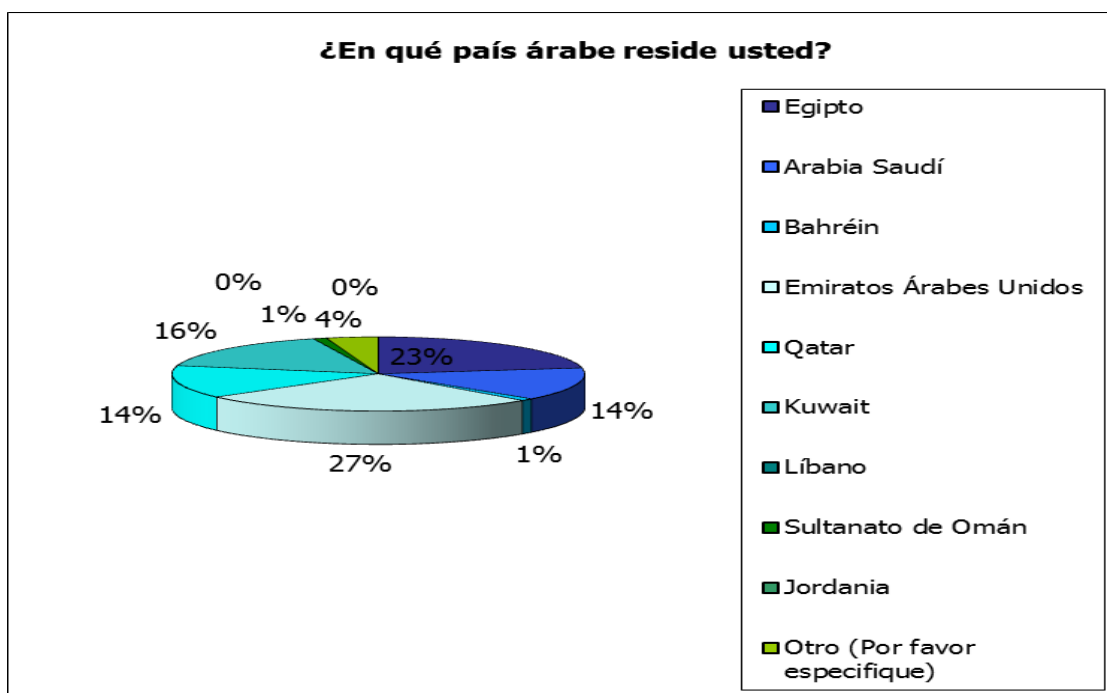


Gráfico 2: Porcentajes de las participaciones de los hispanohablantes en países árabes

Cabe precisar que han sido excluidos diez cuestionarios, bien porque no se ha podido alcanzar un buen número de respuestas de un país determinado para poder ofrecer resultados representativos¹³⁶ o bien por recibir cuestionarios cumplimentados por hispanohablantes residentes en terceros países que no son objeto de estudio en este trabajo.

Es bien sabido que el desplazamiento del ser humano a sociedades diferentes a la suya, en busca del bienestar económico y social o huyendo de catástrofes naturales o provocadas por el hombre constituye una realidad presente a lo largo de la historia.

¹³⁶ Como en el caso de Baréin y el Sultanato de Omán, al haberse recibido tan sólo una respuesta procedente de cada uno de ellos.

Tanto es así, que las circunstancias que acompañaron a la severa crisis económica provocaron el desplazamiento de un número considerable de españoles y latinoamericanos a los países del CCG. La finalidad de dicho desplazamiento ha sido la búsqueda de una oportunidad de trabajo idónea o de inversión. Asimismo, el afán de un país como Emiratos Árabes Unidos de convertirse en un modelo de modernidad a imitar, ha hecho de él un destino anhelado para muchos extranjeros. En la tabla siguiente se exponen las estadísticas más recientes relativas a la población extranjera objeto de este estudio en dicho país árabe:

Nacionalidad	Población	% de la Población en el total	Año
España	12,000	0,11 %	2015
Méjico	3,000 – 3,500	~0,03 %	2014
Colombia	3,000-3500	0,03 %	2015
Venezuela	1,200	~0,01 %	2015
Perú	300	< 0,01 %	2015
Chile	270	< 0,01 %	2014
Uruguay	150 a 200		2015

Tabla 35: Población hispanohablante en Emiratos Árabes Unidos en los años 2014 y 2015.

Pese a la existencia de un número considerable de españoles y latinoamericanos en los países árabes objeto del presente estudio, dicha población resulta minúscula si se compara con los colectivos africanos o asiáticos cuya lengua nativa no es el árabe. Por dar un ejemplo, citamos a continuación los últimos datos del Anuario Estadístico

del Ministerio de Labor del Reino de Arabia Saudí correspondiente a la expedición de permisos de trabajo para expatriados ¹³⁷:

Nacionalidad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Países asiáticos	680539	27752	708291	69,5 %
Países africanos	5229	3049	8278	0,8 %
Países sudamericanos	639	7	646	0,1 %
Países europeos	8626	1264	9890	1 %
Australianos	633	100	733	0,1 %
Otras nacionalidades	34	0	34	0,0 %

Tabla 36: Visados de trabajo expedidos en Arabia Saudí para extranjeros durante el año 2013.

Como ha quedado dicho, los hispanohablantes ya tienen una presencia considerable en el CCG, por motivos de trabajo o inversión, entre otros. También, no hay que perder de vista la existencia de otro número de hispanohablantes en los países señalados, formando parte de proyectos de cooperación internacional o como miembros de “delegaciones consulares, centros culturales, la Agencia de noticias EFE, así como el resto de las delegaciones consulares y de Información, especialmente de España, pero también de los Estados de América Latina” (Sultan, 2012: 12).

¹³⁷ Datos del Anuario Estadístico del año 2013, publicados por el Ministerio de Empleo del Reino de Arabia Saudí. Disponible en: <http://portal.mol.gov.sa/ar/Statistics/Pages/default.aspx?m=2>. (Consulta: 04/11/2015).

Por lo tanto, estamos ante una nueva realidad de la que forman parte los hablantes de la lengua de Cervantes, de manera que se hace acuciante, a nuestro parecer, arrojar luz sobre la situación de la comunicación lingüística y extralingüística con esa población dentro de los servicios sanitarios en los países referidos. El estudio, basado en una encuesta, ha aportado los datos que exponemos a continuación:

La mayor parte de las encuestas fue cumplimentada por participantes de nacionalidad española. 71 encuestas fueron completados por españoles, seguido por 11 aportaciones realizadas por colombianos, 2 de ciudadanos provenientes de los países de Argentina, México, Perú y 1 respuesta de los ciudadanos de los países de Venezuela, Costa Rica, Panamá y Uruguay.

Se aprecia una colaboración femenina mayor que la masculina, ya que el 76 % de las contestaciones fueron realizadas de la mano de mujeres, frente a 24 % efectuadas por hombres. Esta desproporción se debe, desde nuestra perspectiva, a un apreciable afán colaborador de las féminas, pero también —a juzgar por numerosas publicaciones en grupos de hispanohablantes en *facebook*— porque las mujeres suelen recurrir más a consultas médicas, dadas las condiciones obstétricas.

Asimismo, es evidente la colaboración de jóvenes frente a los de mediana edad. El grupo etario comprendido entre 18 y 30 años ha aportado el 33 % de respuestas, seguido por el 32 % del grupo cuya edad está comprendida entre 31 y 40 años. Las personas pertenecientes al rango de edad entre 41 y 50 años representan el 23 % de las aportaciones, mientras que el grupo entre 51 y 60 aporta el 11 % de respuestas. Por último, el grupo de mayores de 60 años tan sólo representa el 1 % de los cuestionarios.

De igual manera, la mayoría de los expatriados hispanohablantes que se encuentran en terrenos árabes en busca, sobre todo, de oportunidades de trabajo integran la franja etaria entre 18 y 40 años. Éstos representan el 65 % de las respuestas recibidas en el cuestionario. Este dato demuestra, a nuestro parecer, la existencia de un gran número de jóvenes hispanohablantes en los países señalados, evidenciando que se trata de algo más que una mera iniciativa juvenil de colaborar rellenando un

cuestionario que les llega a través de un medio con el que están bastante familiarizados.

Asimismo, la mayoría de las contribuciones ha llegado de Emiratos Árabes Unidos, seguidas por Egipto, Kuwait, Arabia Saudí y Catar (*vid. supra.* gráfico 1).

Por lo que se refiere al análisis de las contestaciones obtenidas, iniciaremos a continuación el diagnóstico exponiendo el interrogante y su correspondiente respuesta. En cuanto a la pregunta **¿ha sido alguna vez usuario de los servicios sanitarios, públicos o privados, de este país?**, la respuesta del 70 % es afirmativa, frente al 20 % de contestaciones negativas. Dado que habíamos dedicado un espacio a las respuestas libres que admitían una tercera opción que no necesariamente fuese la afirmación o la negación, un 10 % de los comentarios corresponden a personas que aseguraron haber visitado esos centros no en calidad de usuarios, sino como acompañantes de pacientes. Además, dichos visitantes no habían mantenido una comunicación lingüística directa con los proveedores de los servicios sanitarios dentro de esos centros. Igualmente, en el marco de ese 10 %, se registran comentarios que se ciñen a increpar la calidad de los servicios sanitarios en algunos países objeto de este estudio, mientras que otros pasaron a comparar el sistema sanitario en el país anfitrión con el de su propio país natal.

Por otro lado, el 55 % de los participantes suele acudir regularmente a los centros sanitarios de estos países, mientras que el 37 % no realiza visitas puntuales. Asimismo, un 8 % sostiene que prefiere acudir a farmacias o buscar medidas alternativas antes que recurrir a los centros de salud cuando padece una indisposición, claro está, cuando la patología no es grave.

En lo que respecta a la comunicación lingüística, un alto porcentaje de profesionales de la salud —61 %— suele comunicarse con los pacientes y usuarios en inglés. Evidentemente, este porcentaje viene representado por los proveedores de servicios sanitarios en los países del CCG, con Emiratos Árabes Unidos a la cabeza. En cambio, el 28 % de los profesionales de la salud en los países que guardan relación con este estudio se comunica con los pacientes en árabe. Y, curiosamente, el 5 % de

estos proveedores entabla una conversación con sus pacientes en español cuando es necesario. Todo este porcentaje se aprecia en Emiratos Árabes Unidos y Catar países en los que se han establecido clínicas y centros sanitarios cuya dirección y personal son españoles o hispanohablantes (*vid. supra.* capítulo IV). Por último, un 6 % de los profesionales de la salud se comunica con los pacientes en otros idiomas diferentes a los tres mencionados. Éstos suelen ser el urdú, el bengalí o el tagalo, tal y como plasma el gráfico siguiente:

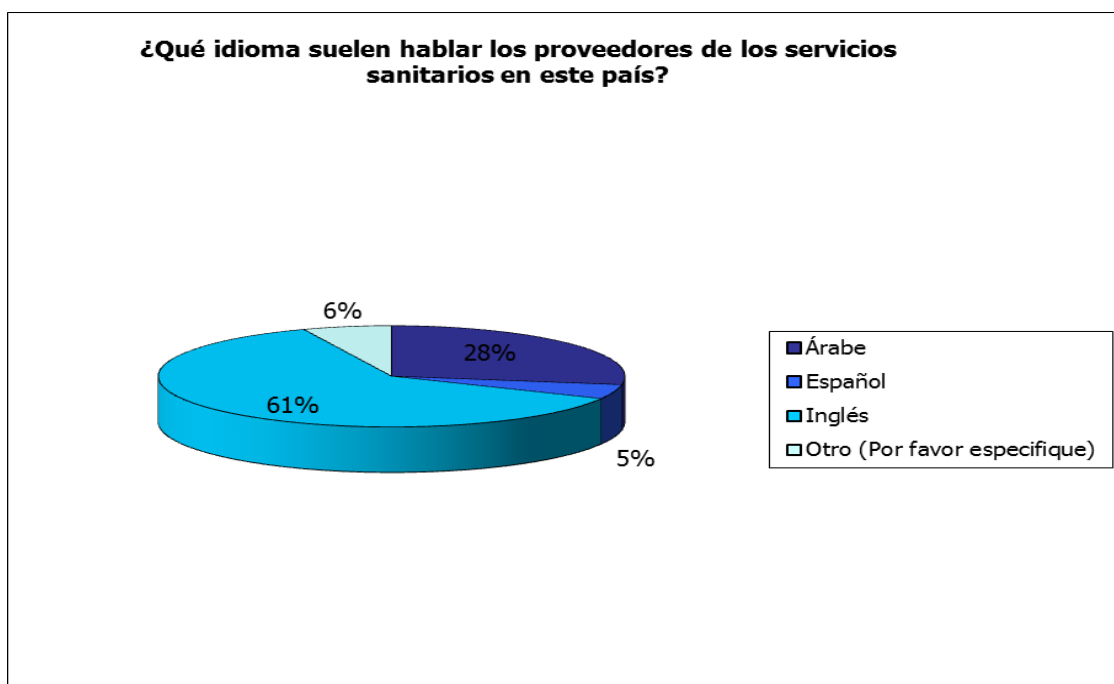


Gráfico 3: Los idiomas de comunicación dentro de los servicios sanitarios en países árabes

Se experimenta que la gran mayoría de los hispanohablantes afincados en los países objeto de este estudio tienden a emplear el inglés durante su primer contacto con los proveedores de los servicios sanitarios. El 83 % de estos usuarios se comunica con los profesionales de la salud en inglés, frente al 5 % que lo hace en árabe. Éstos últimos, a veces, emplean o el árabe dialectal o el culto que han adquirido por aprendizaje o por estancia, normalmente de larga duración, en un país árabe. Otras veces, por medio de la ayuda de un familiar árabe, tal y como lo refleja el comentario de dos encuestadas casadas con egipcios. El 6 % de los participantes entabla la

conversación en español, esto es, en las clínicas españolas en Emiratos Árabes Unidos y Catar, mientras que el 6 % emplea otras lenguas distintas a las tres aludidas:

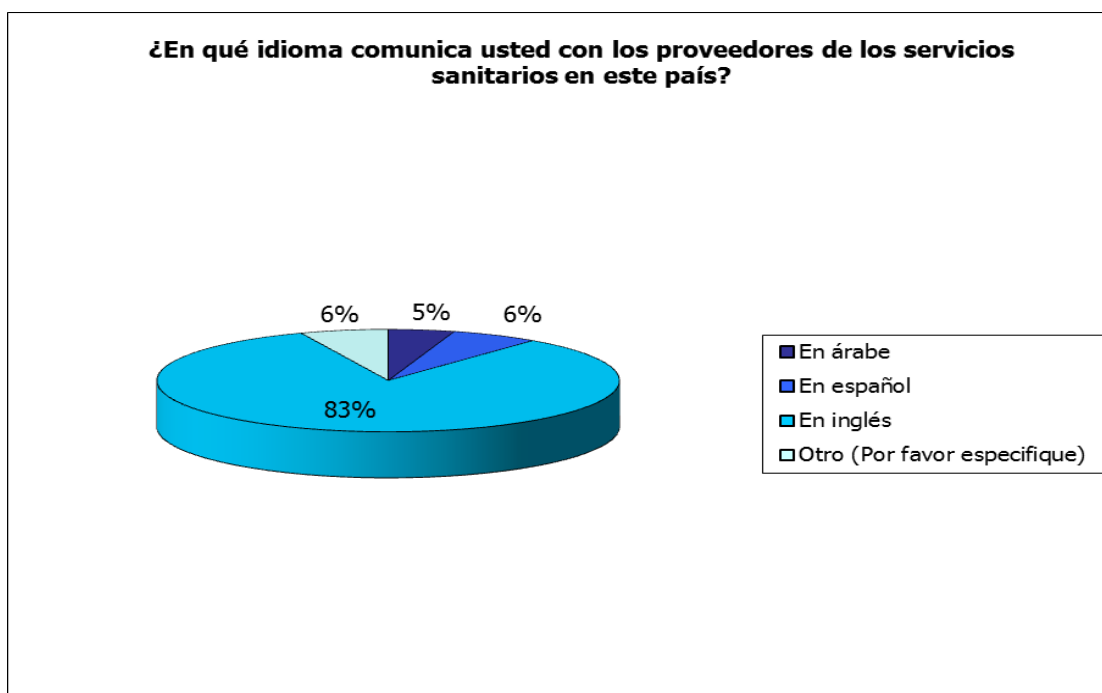


Gráfico 4: Los idiomas empleados durante el primer contacto entre pacientes hispanohablantes y los proveedores de los servicios sanitarios en países árabes

El 52 % de los encuestados afirma que los centros sanitarios a los que acude en los países referidos no disponen de servicios de interpretación o mediación interlingüística entre el árabe y las demás lenguas habladas en el país. Por otro lado, el 11 % de éstos reconocen la existencia de un servicio de traducción e interpretación. En este sentido, cabe señalar que en la consulta de algunos hospitales privados “siempre se dispone de un traductor inglés-árabe” (Salvelio Picazo, 2015) para comunicar a los médicos extranjeros —españoles incluidos— con pacientes árabes en países como Arabia Saudí, Catar y Kuwait. En este caso, los intérpretes suelen ejercer la combinación lingüística inglés-árabe, debido a la escasez de intérpretes cualificados que dominen la lengua del médico extranjero y la de los pacientes, que suelen ser árabes. Por último, el 37 % de los encuestados desconoce si existe o no este servicio.

Siguiendo en la línea de la medicación interlingüística, el 28 % de los pacientes se presenta en los centros médicos acompañado por algún amigo/a, compañero/a o pariente que habla el castellano y la lengua de los profesionales sanitarios, con el propósito de eliminar las barreras lingüísticas. Por el contrario, el 61 % de estos pacientes no recurre a tal práctica. Los encuestados que constituyen el 11 % restante sostienen que acuden a dichos centros acompañados por un médico de su misma nacionalidad para que les facilite la comunicación dentro de esos centros.

Por otro lado, es evidente el desconocimiento por parte de los pacientes del papel del mediador interlingüístico y de la importancia de éste. Prueba de ello que el 63 % de los encuestados considera que cualquiera que sepa dos lenguas es capaz de ejercer de mediador interlingüístico dentro de los centros médicos. Sin embargo, el 23 % de los encuestados no lo ve así. Algunos de éstos consideran que “a parte del idioma, es necesario conocer la cultura y la religión”¹³⁸. Para ello, el traductor tendrá que “compartir mi cultura y la de mi médico”. Además, otros van más allá de estas consideraciones, pensando que “hace falta alguien que sepa de medicina y sus términos, no sólo los idiomas”. Por último, el 14 % cree que esto depende de las lenguas en acción.

El 60 % de los encuestados asegura no haberse enfrentado nunca a problemas de comunicación lingüística con los proveedores de los servicios sanitarios. No obstante, otro 22 % afirma haber padecido problemas de comunicación lingüística con el personal sanitario como consecuencia de la falta de intérpretes. Consideramos que este porcentaje es alto, ya que significa que uno o más de cada cinco pacientes sufre este problema. Asimismo, el 18 % asegura que la comunicación con los profesionales de la salud no era fluida, ya que “ciertos síntomas son difíciles de explicar en una lengua diferente a la materna” o porque “algunas operadoras del *call center* [que suministran servicios de interpretación remota] no hablan buen inglés”. Además, algunos sostienen que “aunque en general me entiendo con ellos, siento que no existe una comunicación

¹³⁸ Las declaraciones que aparecen entre comillas corresponden a los propios encuestados. No hemos intervenido en el contenido de estos comentarios.

eficaz al 100 %”. Otros señalan que “a veces [la comunicación] es difícil, cuando se trata de algo muy concreto. En mi caso he tenido que recurrir al traductor para solventar la situación”. Terceros declaran que “a veces el nivel de inglés de los sanitarios es muy básico y cuesta un poco la comunicación”.

Analizando cuestiones de índole extralingüística, se observa que los elementos culturales están muy presentes en la comunicación que se produce entre las partes objeto de este estudio. El 26 % dice haber encarado obstáculos de carácter cultural. Éstos pueden ser del tipo de un “pediatra [que] no se dirigía a mí al hablar sobre mi hija, ingresada. Sólo, quería hablar con mi marido”. En nuestra opinión, dicha actitud tiene un telón de fondo cultural; en algunos países árabes se considera una falta de respeto hacia el marido, o incluso una demostración de irrespeto hacia la propia mujer, que el médico —varón— dirija la palabra a la esposa haciendo caso omiso a su marido, estando éste se encuentra presente en la consulta. Habitualmente, en estos países, los médicos se dirigen al progenitor masculino para explicarle el diagnóstico, sobre todo cuando el caso compete al marido o a los hijos de la pareja.

Siguiendo en la línea de los aspectos culturales, el 38 % de los encuestados asegura haber conocido a alguien que había sufrido dificultades en su comunicación con los profesionales de la salud como consecuencia de la diferencia cultural en el país árabe donde se encontraba. La más grave, y que desde nuestra perspectiva hace más difícil aún el funcionamiento adecuado de un servicio sanitario sin mediación interlingüística, es la que relata a continuación una participante: “una amiga venezolana... Pensaron que era filipina (por tanto, una nanny) y no la dejaron estar con su hija. Al no saber hablar un buen inglés, tuvo q llamar a su marido para q fuera al hospital”.

Así que los encuestados evalúan la comunicación lingüística con los proveedores de los servicios sanitarios tal y como se ve a continuación:

- Excelente: 6 %
- Buena: 40 %
- Regular: 32 %

- Mala: 16 %
- Muy mala: 6 %

Consideramos que esta evaluación de la comunicación lingüística dentro de los centros médicos puede conllevar problemas de graves consecuencias. El gráfico siguiente evidencia dicha valoración:

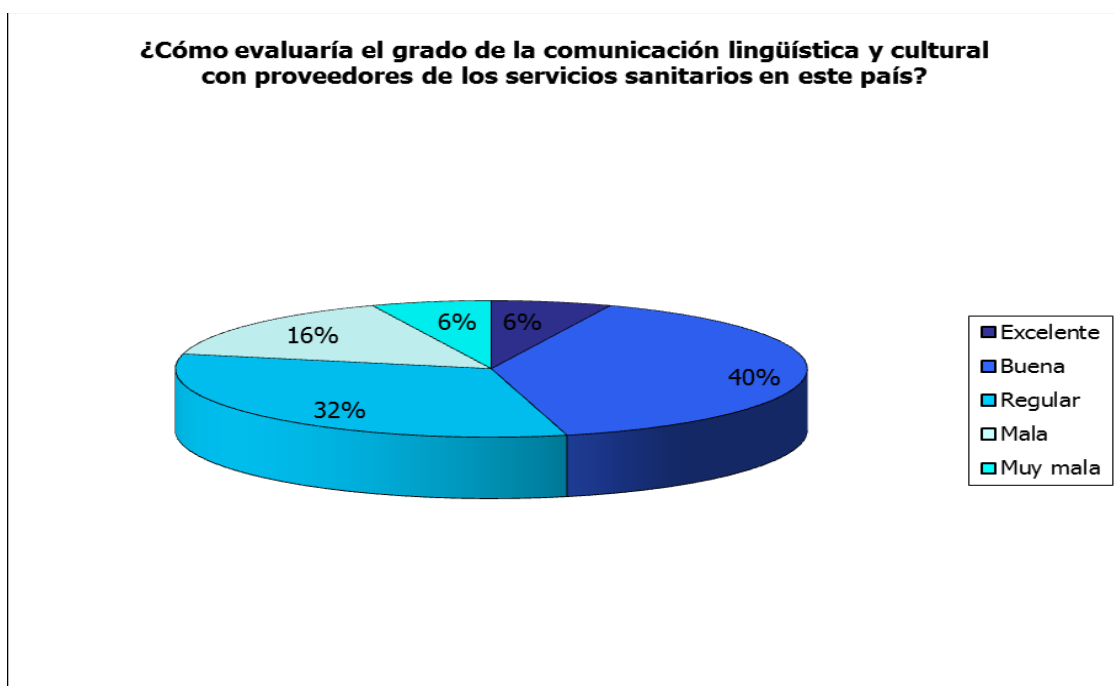


Gráfico 5: Evaluación de la comunicación lingüística y extralingüística dentro de los centros médicos en países árabes

Por otra parte, el 68 %, de los encuestados estima necesario que los centros sanitarios en el país árabe donde reside dispongan de servicios de interpretación y traducción, particularmente entre el árabe y el español y, en general, entre el árabe y las demás lenguas extranjeras empleadas en el país. En cambio, el 14 % no considera importante la implantación de este servicio. El 18 % restante tiene otra perspectiva que la expresa en comentarios como: “inglés es suficiente”, “igual no es necesario pero ayudaría enormemente [enormemente]”, “puede ser útil para turistas en caso de emergencia”, “no estaría mal”, “a veces sí. Dependiendo del paciente y del propio Dr,

a veces es complicado comunicarse, cuando vienes, ya sabes que aquí no se habla tu idioma”, “dependiendo de la especialidad médica (pediatra y ginecólogo)”, “en mi caso jo, pero sería de gran ayuda para [para] otras personas”. En el gráfico que viene a continuación se exponen los porcentajes señalados:

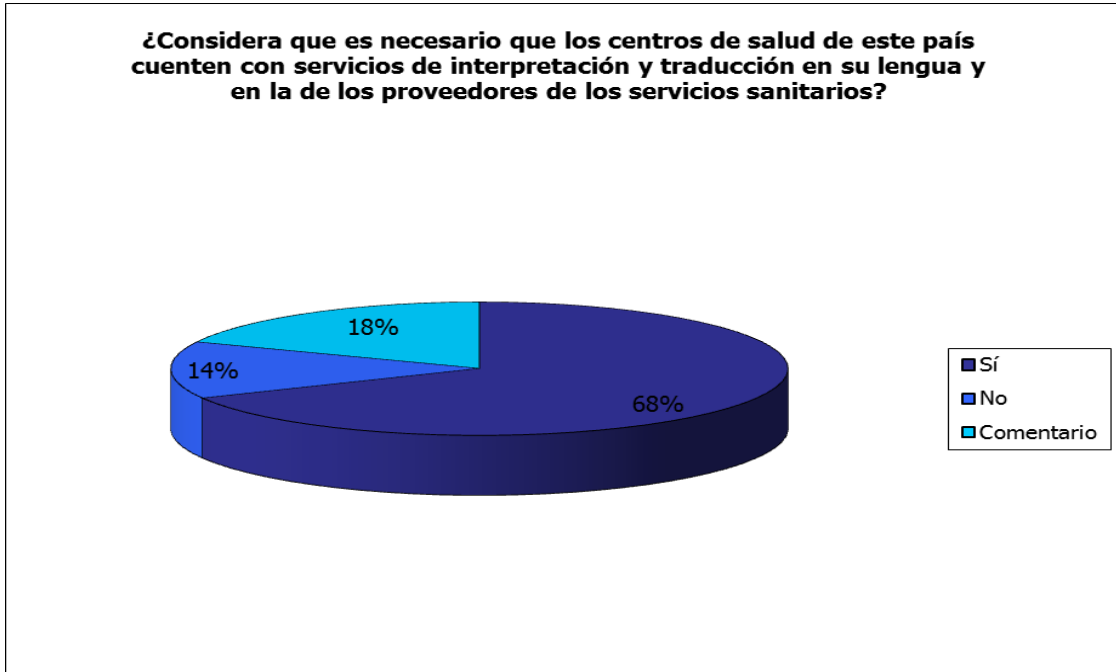


Gráfico 6: Perspectivas sobre la implantación de servicios de interpretación y traducción en los centros de salud en los países árabes

6.4. Comentarios de los encuestados sobre aspectos lingüísticos y culturales

La presente encuesta dispone de una pregunta cuyo objetivo era conocer si existía diferencias entre los servicios sanitarios en los países objeto de estudio y sus homólogos en los países natales de los encuestados. Asimismo, con esta pregunta se pretendía averiguar aquellas diferencias que pudiesen menguar la calidad de la comunicación lingüística entre las partes involucradas en dicha comunicación. De hecho, los comentarios que se han ofrecido aquí aportan información que consideramos importante y digna de ser tenida en consideración.

6.4.1. Comentarios sobre aspectos lingüísticos

En lo que se refiere a aspectos lingüísticos, algunos de los encuestados han denunciado “la no existencia de un intérprete” o la falta de “la organización y el idioma”; “el desconocimiento del idioma árabe [hemos entendido que aquí se refiere al paciente extranjero]”; “el idioma”; “el idioma mi inglés es muy básico”; “la comunicación”¹³⁹; “no dominó [domino] muy bien el idioma, por lo tanto me cuesta un poco expresarme”; “algunas veces el idioma, no todos los recepcionistas hablan inglés”; “la lengua”; “Siempre debo ir acompañada por alguien que hable árabe por si no entienden ingles”, “solo el idioma. Acudo con mi marido (habla árabe/ ingles)”; “el no tener como [cómo] preguntar cosas debido a la diferencia de idiomas”; “los centros de salud públicos y hospitales públicos no tienen carteles en inglés, vienen solo en árabe”, “el idioma”; “lenguaje”.

Unidos estos comentarios a los porcentajes atinentes a las dificultades lingüísticas que se padecen en el seno de los centros sanitarios entre las partes involucradas en la comunicación en los países objeto de este estudio, queda patente la necesidad de mediadores interlingüísticos que dinamicen la comunicación en los centros propiamente referidos.

6.4.2. Comentarios sobre aspectos culturales

Por lo que atañe a aspectos culturales, algunos comentarios vienen a testificar que “no existe comparación entre un sistema u otro, ya que son completamente diferentes. En el sistema español se atienden a muchos inmigrantes o extranjeros. Habría una diferencia entre la atención hacia el inmigrante con respecto hacia el extranjero”. En este sentido también hubo quien declaraba “la falta de la Historia

¹³⁹ Colocamos este comentario aquí siendo conscientes de que evidentemente puede referirse a la comunicación lingüística o a la cultural.

Clínica informatizada”¹⁴⁰, condición que en muchos sistemas sanitarios árabes brillan por su ausencia (*vid. supra.* capítulo V “aspectos administrativos”).

Igualmente, en esta dirección hemos recibido comentarios que revelan la existencia de dificultades originadas por la diferencia cultural entre los integrantes en la comunicación. Algunas de estas declaraciones son: “que tu marido no pueda estar contigo en las salas de espera o tratamientos”; “la separación de hombres y mujeres”; “la segregación en las salas de espera”; “más amabilidad, no distinción de culturas. Ya que al asistir a estos centros en lugares más rurales o locales. Todos ellos se quedan mirando a uno como si fuéramos marcianos. Eso incomoda muchas veces. Seque [sé que] no se puede hacer nada estamos en un país ajeno”; “poder ser examinado solo cuando hay un sanitario femenino disponible”. Por todo ello, consideramos que la intervención de mediador intercultural, que en este caso no existe, es de suma importancia para aclarar el motivo cultural que subyace en el primer caso en la mayoría de los países del CCG y la curiosidad que en muchas ocasiones caracteriza el comportamiento, sobre todo de oriundos de zonas rurales en Egipto.

También, por lo que respecta a cuestiones culturales, si bien se ha tenido entre algunos ciudadanos árabes la impresión de que la relación entre el médico y el paciente tiene cierta jerarquía, de manera que el médico, a veces, da a entender que tiene autoridad sobre el paciente, este fenómeno viene atestiguado en comentarios como: “la relación médico-paciente fue bastante fría, en España suele tratarse de una relación más horizontal”; “el trato que se dispensa al paciente, llegas te atiende una enfermera q te toma la presión, la temperatura y te sube a la báscula, luego el medico a veces sin ocultarte [auscultarte] simplemente te médica [medica] en función del comentario de tu dolencia”; “poder hablar “relajada y abiertamente” con el Dr. sin pensar antes lo que “debo” decir, por si acaso me malinterpreta. O que un Dr. no se dirija a mí, cuando habla y sólo hable a mi marido (estando los 2 en una misma

¹⁴⁰ Respuesta procedente de Egipto. Dicho fenómeno puede extenderse a numerosos centros de salud, sobre todo públicos, en los países objeto de estudio.

habitación)”; “la relación médico-paciente, pareciera q el profesional no se involucra con el paciente”.

Por último, se han dado también comentarios en los que se recogían tanto aspectos lingüísticos como culturales. Es el caso de algunos que denuncian la ausencia de servicios de traducción e interpretación, al tiempo que señalan a otras cuestiones de índole cultural, a saber: “fundamentalmente el idioma¹⁴¹ y la segregación por sexos en algunas zonas de los hospitales. Los médicos musulmanes hacen exámenes muy superficiales. Evitan el contacto físico a toda costa”; “aparte del idioma, hay algunos servicios que los separan por sexos, incluidas las salas de espera y en ocasiones las farmacias”; “Creo que las dificultades son diversas: la dificultad de comunicación por parte del usuario con el médico o enfermeros. En muchas ocasiones, el racismo, falta de conocimiento de las diferentes culturas o religiones, que afecta en el buen trato con el paciente”; “el idioma, si bien hasta la fecha he podido defenderme; temas culturales (no entiendo porque [por qué] si una médico es la mejor opción puede decidir no atenderme y que sea un compañero varón), etc.”; “el idioma y las restricciones por la cobertura fe [de] las pólizas de seguros”; “el idioma y la congestión en algunos centros”.

6.4.3. Comentarios sobre otros aspectos

Con respecto a la diferencia entre los sistemas o ordenamientos sanitarios entre los dos mundos recogidos en este estudio, algunos encuestados increpan hechos como: “pagar todos los servicios, uno por uno y por adelantado”; “que te cobren antes de que te visite el médico”; “la calidad del servicio de salud en este país está determinada por la capacidad de pago del paciente, y esto no debería ser así al menos para ciertas condiciones prioritarias como la maternidad y las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, el cáncer y las enfermedades autoinmunes”; “los horarios que manejan en el tiempo del Ramadan,? sobre todo cuando se trata de atención a

¹⁴¹ Aspecto lingüístico que está citado en el apartado de aspectos culturales por formar parte del mismo comentario.

infantes”. Aquí también la tarea del mediador intercultural es sumamente importante; “el precio y el hecho de que normalmente acudes directamente al especialista y a veces no sé exactamente qué especialista necesito. Pero con una llamada explicativa a recepción suele resolverse con éxito”; “no disponen de lectores digitales para el INR en sangre y lo hacen con análisis tradicionales teniendo en cuenta que una persona que necesite un test de control semanal es muy traumático el sistema y además de la falta de higiene”, “largas colas y que nos traten de tontos”, “no existe la cita telefónica.

Por ello, creemos que resultan manifiestas, en todas las situaciones expuestas, las improntas culturales que condicionan la comunicación entre las partes integrantes en la comunicación dentro de los centros médicos y hacen necesaria y acuciante la intermediación de un mediador interlingüístico e intercultural.

Antes de concluir este apartado deseamos subrayar que ha habido otras aportaciones que no han guardado relación con ninguno de los dos aspectos objeto de estudio. Dichos comentarios atañen principalmente al bienestar médico o se tratan de observaciones de carácter general. A continuación, citamos algunas de estas afirmaciones:

— “[los médicos] Recetan medicinas innecesarias”.

— “la cantidad de nacionalidades sirviendo en el campo”.

— “la tecnología médica de acá es mucho mejor”.

— “los expatriados, aunque no lo parezca, no somos bienvenidos. Hay un proyecto de ley para que solo podamos ir al médico por la tarde en los centros de salud públicos”.

— “Todo. Limpieza. Rapidez. Profesionalidad. Lo peor [es] el servicio de enfermería”.

— “Suele haber desorganización, algo de descontrol en los horarios. Respecto a los privados son iguales; en lo que se refiere a los públicos, los servicios sanitarios egipcios están a años luz de ser de calidad: falta de recursos, masificación”.

— “seguro médico laboral”.

Como se ha observado, la gran mayoría de los comentarios de la pregunta anterior se refieren, asimismo, a dificultades de carácter lingüístico y cultural que consideramos el principal obstáculo ante todo expatriado que se encuentra en un país diferente al suyo.

6.5. Implantación de servicios de traducción en centros médicos: perspectiva de los encuestados

Se ha procurado hacer partícipes a los encuestados para proponer ideas que contribuyeran a la mejora de la comunicación lingüística y extralingüística entre los proveedores de los servicios sanitarios y la población hispanohablante radicada en países árabes. Los comentarios han venido a plantear lo siguiente:

“Servicios de intérpretes (que no tenga sólo la función de traducir sino de tratar con el paciente, de forma más humana, ya que primero se sentirá identificado con la lengua, cultura y religión. Además, el intérprete tiene que disponer de habilidades sociales. Su labor es más un mediador entre médicos/enfermeros y el mediador. Aunque también sería necesaria la formación hacia los enfermeros y médicos, ya que son los que tienen más trato con el paciente sobre aspectos culturales y religiosos. E incluso pueden hacer formación en lenguas. (Puede puntuarse a la hora de seleccionar trabajadores)”.

- “Podría haber un intérprete pero no lo veo esencial porque para vivir aquí ya se da por hecho que hay que hablar algo de inglés”.

- “Al menos que hablen inglés, no exclusivamente árabe”.

- “Curso de idiomas a los proveedores”.

- “Facilidades para ir al aeropuerto y coger un avión”.

- “Traductores”.

- “La disponibilidad de un traductor sería interesante”.

- “A parte de que hubiera un traductor, ninguna”.
- “Ser más amable. Conocer mas [más] de otros países para asi ser mas cordiales. No son todos pero si la gran mayoría”.
- “No se me ocurre, un interprete le quitaría la privacidad a la consulta”.
- “Si vives en un país donde el idioma oficial no es el español debes poder hablar en ese idioma. Es cierto que el lenguaje sanitario puede resultar complejo pero si los profesionales y los pacientes ponen buena intención las barreras idiomáticas se disuelven”.
- “Intentar acudir con el traductor. Disponer de aplicaciones inteligentes”.
- “Quizás debería de haber traductores en urgencias”.
- “Que tengan paciencia con aquellos que no dominamos el idioma al 100 %”.
- “Sí, los hispano parlantes deben aprender INGLÉS”.
- “Que contraten hispanoparlantes en estos puestos de atención al público”.
- “En algún hospital hay médicos de habla hispana o españoles. Es la medida que más facilita la comunicación”.
- “No. La gente suele ir acompañada de alguien que hable los dos idiomas”.
- “Servicio de traductores español árabe”.
- “Tener aunque sea a un traductor en speed dial y que se haga la traducción en altavoz, en caso de no contar con alguien presente físicamente”.
- “Traductores en español”.
- “Intérpretes”.

- “Mi idea es que limpien los hospitales y que compren máquinas y camas nuevas y cuando ese problema este [esté] arreglado entonces preocuparos con el idioma”.
- “Traductores de árabe a español”.
- “Habría que actualizar los servicios que se prestan antes de preocuparse por la barrera comunicativa”.
- “Mejorar el acceso a cursos sobre cultura e idioma local”.
- “Mas [Más] educación, como para todas las cosas. Manuales claros en varios idiomas”
- “Cursos de español para el personal médico”.
- “Contratar mediadores”.
- “Sería bueno ke cada embajada tenga un listado de profesionales ke hablen espaniol. No es nada complicado hacer una base de datos y entregarla cuando uno concurre para inscribir la residencia. Listado de medicos bioquímicos, abogados... abarcar lo mas [más] posible en ramas profesionales”.
- “Interpretes acreditados”.
- “Diccionario con vocabulario básico”.
- “ENSENEN INGLES A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS”.
- “Tener carteles o traductores”.
- “Podrían contratar un servicio de interpretación telefónica”.
- “Poner personas Que traduzcan”.
- “Tener tarjetas con información en ambos idiomas”.

- “Creo que lo que parece que proponéis está bien: facilitar la comunicación por medio de traductores”.
- “Intérpretes”.
- “La posibilidad de un traductor sería una buena idea a implementar”.
- “Concienciar más tanto al servicio sanitario como a la población de la importancia del entendimiento”.
- “Un traductor o intérprete al menos telefónicamente”.
- “Sugerir un servicio de interpretación, previa solicitud por los pacientes”.

Finalmente, como se observa, un gran número de los comentarios giran en torno a ideas como la implantación de servicios de interpretación y traducción en sus diversas vertientes: presenciales, remotos, telefónicos, a través de folletos etc., con el objetivo de eliminar barreras lingüísticas y culturales. También, en esta línea, algunos encuestados se han mostrado escépticos con respecto a la existencia de un intérprete en la consulta, pensando que “[...] un intérprete le quitaría la privacidad a la consulta”. Estas opiniones reflejan un desconocimiento de la naturaleza del trabajo del mediador intralingüístico e intercultural del código deontológico al que el profesional de lenguas ha de ajustarse.

Por último y acorde con la idea anterior, se les ha preguntado a los encuestados acerca de si conocen en qué consiste la traducción y la interpretación en los servicios públicos, pregunta a la que el 58 % ha contestado afirmativamente, frente a un 31 % que ha respondido negativamente, y un 11 % que ha aportado definiciones y comentarios como: “supongo que es que te acompañe un traductor en caso de necesitarlo”, “primero arreglar el problema de los servicios públicos y luego poner traductores”. Asimismo, hemos recibido otros comentarios como “No hay nadie que hable español en ningún servicio incluidos los bancos y aeropuerto sólo hay de inglés y en pocos sitios”. Este comentario debería ser tomado en consideración para buscar

soluciones que tengan como objetivo facilitar la comunicación de los extranjeros en los servicios públicos de los países árabes.

6.6. A modo de conclusión

Se ha comprobado una presencia considerable de los hispanohablantes en los países objeto de este estudio. El número de estos colectivos los países del CCG y Egipto supera a 200.000 personas. Además, estimamos que este número aumente durante la próxima década, especialmente en los Emiratos Árabes Unidos, Catar y Arabia Saudí, dadas las oportunidades de inversión, de trabajo o de cooperación que estos países ofrecen. Es más, está previsto que dentro de un lustro los dos primeros países acogerán acontecimientos importantes que darán lugar a llegadas masivas, aunque de estancias cortas, de hispanohablantes: Expo 2020 Dubái y la Copa Mundial de Fútbol en Catar 2022.

Los objetivos por los que la población referida emigra a dichos países son principalmente laborales, turísticos, de inversión o para el culto, en el caso de musulmanes que viajan a Arabia Saudí. La mayoría de estos colectivos han acudido, en alguna ocasión, a centros de salud en los países árabes donde se encuentran, con el propósito de recibir tratamiento médico o de acompañar a un familiar que acudió a dichos centros con esta finalidad.

La lengua que prominentemente se emplea, tanto por parte de los usuarios hispanohablantes como por la de los proveedores de servicios sanitarios, es el inglés, con independencia de que se trate o no de la lengua nativa de los integrantes de la comunicación. Asimismo, se ha constatado que solamente se ofrecen servicios de traducción e interpretación para los pacientes en algunos centros médicos privados y en el par lingüístico inglés-árabe.

Tanto es así, que la comunicación entre los hispanohablantes y los proveedores de servicios sanitarios en los centros aludidos ha presentado problemas lingüísticos y culturales. Éstos han afectado la comunicación entre las diferentes partes, convirtiéndola en deficiente, a veces, y en imposible, otras. En consecuencia, en

ocasiones se ha puesto en peligro la salud del paciente y la pérdida de sus derechos o los de sus familiares, según hemos constatado.

Por ello, dos de cada tres encuestados estiman necesaria la implantación de un servicio de traducción e interpretación sanitarias en español y en la otra lengua de los proveedores de servicios sanitarios. A ellos unimos nuestra perspectiva, considerando que el peso de la población propiamente dicha y su necesidad de hacer uso de los servicios sanitarios en los países árabes precisan, de forma acuciante, que haya mediadores interlingüísticos e interculturales que posibiliten la comunicación entre los integrantes en la misma. Además, si la existencia de dichos mediadores es importante en los servicios públicos en general, lo será aún más cuando se trata de centros de salud donde el error en la comunicación acaree consecuencias caras o incluso impagables.

**CAPÍTULO VII: UNIDAD DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA
DE LA TRADUCCIÓN SANITARIA ESPAÑOL-ÁRABE**

7.1. Introducción

Sin duda, el diseño curricular en materia de la enseñanza, en general, y la de la traducción, en particular, resulta de suma importancia para la consecución de los objetivos perseguidos (Casanova, 2012; Calvo Encinas, 2010; Sawyer, 2004, entre otros). Dada la relevancia que dicha materia ostenta, han proliferado, en los últimos años, los estudios en torno a la didáctica de la traducción en general y la didáctica de la traducción de textos especializados, en particular (*vid. supra.* capítulo III).

Tanto es así, que en el presente capítulo exploramos la formación que ostenta la asignatura de Traducción Sanitaria en el Máster en TISP. Para ello, comenzamos analizando el perfil de los alumnos en la fase de grado, con la finalidad de averiguar si dichos sujetos han tenido contacto previo con la traducción de textos médicos o con alguna de las asignaturas que le son afines. Acto seguido, presentamos a estos alumnos un encargo de traducción de un texto médico cuyo objetivo es medir el nivel real de estos alumnos e indagar los errores de traducción que más cometen. En tercer lugar, consultamos la perspectiva del alumnado acerca de cuestiones formativas, poniendo a su disposición un cuestionario que indaga los aspectos propiamente dichos.

En ello, partimos de la opinión de investigadores destacados en la materia, como Nord (1996: 91), entre otros, que consideran imprescindible indagar el entorno que rodea el proceso formativo con el fin de acopiar información que contribuya a confeccionar adecuadamente planes de estudio relacionados con las asignaturas que los alumnos en la fase de grado o en la de posgrado cursarán.

Cabe subrayar que las conclusiones que se van a extraer de los tres procedimientos aludidos servirán en aras de proponer una UD para la enseñanza de la asignatura propiamente referida. Dicha unidad concluirá el estudio objeto del presente capítulo y será dirigida concretamente a los alumnos del Máster en TISP, aunque de ella también pueden resultar beneficiarios todos los programas de posgrado que dispongan de una asignatura en traducción sanitaria en la combinación lingüística que nos ocupa, siempre que persiga los semejantes objetivos de formación.

7.2. La evaluación del texto traducido por los alumnos

Como ha quedado dicho, el segundo procedimiento utilizado con el propósito de medir el progreso de aprendizaje del alumnado objeto de estudio estriba en un encargo de traducción dirigido a los alumnos de los cursos 2014-15 y 2015-16. Para ello, se ha escogido un texto cuya extensión es de 1.000 palabras, aproximadamente, y de dificultad media¹⁴². El texto original aparece en español, ya que va en consonancia con la direccionalidad de la UD que se propondrá al término de este estudio.

Por otro lado, el texto seleccionado es de carácter informativo y su propósito reside en aportar y transmitir información correspondiente a la enfermedad de la diabetes *mellitus*, tipos 1 y 2. Para su selección, se ha procurado ajustarlo a los tres principios señalados por Nord (1996.: 93): **la autenticidad, la comunicatividad y la transparencia**. A continuación, señalamos un enlace que dirige al texto del que hacemos alusión¹⁴³:

<http://www.cun.es/resultado-busqueda?queryStr=diabetes&autocompleteId=diabetes>

Con respecto al primer objetivo, esto es, desarrollar en los estudiantes la capacidad de producir traducciones que correspondan a las necesidades de una comunicación intercultural eficaz, sería preciso recordar que los estudiantes objeto del presente estudio ya están en la fase de posgrado. Es decir, su formación como traductores e intérpretes en la fase de grado se culminó, de modo que —según el currículo que rige sus estudios de grado— serían capaces de llevar a cabo una traducción aceptable. En lo que concierne al segundo objetivo, hemos de ilustrar que a

¹⁴² Aplicando los criterios del Máster en relación con la distribución de los textos entre el profesorado de modo que permita diferenciar el nivel de dificultad de los textos: bajo, medio y alto. Igualmente, y como criterio adicional, hemos procurado tener en cuenta el nivel de competencia y conocimiento de los alumnos, acorde a las indicaciones de Nord (1996: 94).

¹⁴³ Se ha considerado más conveniente citar sólo el enlace que deriva al texto y no el texto mismo para eludir ocupar páginas las cuales dedicadas al estudio en cuestión.

los alumnos se les ha dotado de criterios correspondientes a la evaluación, tanto para llevar a cabo traducciones como para evaluar las mismas.

Como ha quedado dicho, en estas páginas nos ceñiremos a llevar a cabo un análisis más o menos pormenorizado de las traducciones efectuadas por los alumnos del máster, en lo que se refiere al encargo de traducción mencionado. El propósito de este diagnóstico reside en medir el nivel de dichos alumnos en aras de elaborar la UD objeto de este capítulo. Antes de emprender el análisis mencionado nos gustaría subrayar, en lo que sigue, algunos fenómenos que se han observado en los trabajos evaluados:

1. El empleo de la sinonimia para traducir al árabe la palabra *enfermedad*, dadas, a nuestro parecer, las diferentes procedencias geográficas de los alumnos o lo que se llama la variación diatópica. Dicho vocablo en español se ha traducido, a veces, por *Maraḍ* (مرض) y otras veces por *Da'* (داء). Cabe señalar que hay algo más que otros 12 términos en árabe que hacen exactamente referencia al vocablo aludido. Además, todos ellos son de utilización en el árabe estándar y su uso no se debe a la variación diatópica, pero sí a la variación diafásica.

2. La mezcla entre el singular y el plural en las dos lenguas que nos ocupan: *elevadas concentraciones de glucosa* /نسبة مرتفعة من السكر/ *la célula pancreática* /خلايا البنكرياس/ *las personas diabéticas* /مريض السكري/ *estudios de composición corporal* /دراسة تركيب الجسم/ *trastornos metabólicos* /اضطراب استقلاب, etc.

3. Añadir inadecuadamente el artículo definido a unas palabras que vienen indefinidas en español¹⁴⁴: *métodos hormonales* /الوسائل الهرمونية/ *son preparados que contienen hormonas* /هي المستحضرات التي تحتوي على هرمونات/ *es un anillo de plástico flexible* /هي الحلقة هي البلاستيك المرن, etc.).

¹⁴⁴ Conviene ilustrar que, en algunas ocasiones, precisa traducir una palabra indefinida en español por otra definida en árabe, máxime cuando estos vocablos se tratan de un título; por ejemplo: diabetes tipo 1, diagnóstico, tratamiento, etc.

4. Obviar lo que nos atreveríamos a llamar señas de identidad de la frase árabe, esto es, empezarla por el verbo. Muchas propuestas, quizás por influencia del español, venían encabezando la frase aludida por el sustantivo:

هذا النظام يتيح فرصة... / هذه الطريقة تسمح لنا... / اختيار وسيلة منع الحمل يعود إلى اختيارك/ غالبية حالات مرض السكري تحدث... / مرض السكري يرتبط بارتفاع ضغط الدم، إلخ.

5. La traducción literal de algunos términos fuera de su contexto médico. Esto, en nuestra opinión, se remonta a la consulta de herramientas no especializadas: *tratamiento* معاملة, en lugar de علاج o alteraciones “del estómago” “المعدة” فوضى, en vez de اضطرابات “المعدة”.

6. El uso inapropiado de algunas preposiciones en la lengua árabe: يكمن من / يفشل على .

7. Es notoria la utilización del traductor de Google como herramienta de consulta por parte de varios estudiantes. Este método ha generado una serie de propuestas sin sentido, tal y como se verá en las páginas que siguen.

8. La traducción del verbo *aparecer* en la frase siguiente: la diabetes es una afección crónica que *aparece* por يحدث¹⁴⁵ que más bien significa *ocurrir* o *producirse*. Dicha propuesta de traducción no alteraría significativamente el sentido de la frase vertida al árabe. Sin embargo, no sería completamente fiel al contenido.

Tras señalar en las líneas anteriores algunos de los rasgos generales apreciados en la traducción ofrecida por los alumnos, nos gustaría subrayar la conexión entre la noción del error en traducción y la evaluación de las traducciones, antes de proceder a analizar en detalle las traducciones ofrecidas por los estudiantes. A este respecto, Gouadec sintetiza que “no existe ninguna práctica de la traducción, ninguna enseñanza de la traducción, ninguna investigación fundamental o aplicada sobre la traducción que

¹⁴⁵ Conviene precisar que el vocablo *enfermedad* es femenino en castellano, pero suele traducirse a un equivalente masculino en árabe; *marad* مرض o *داء* دا'. No obstante, hay otros sinónimos a estos dos vocablos que son femeninos: آفة/علة/وعكة, entre otros.

no remita, *implícita o explícitamente*, a la noción de error” (1989: 35, citado en Hurtado Albir, 2001: 289).

Por último, dado que el objetivo de estas páginas no es el de tratar el error de traducción, su definición y las muchas discrepancias que los traductólogos mantienen acerca del mismo¹⁴⁶, sólo nos ceñiremos aquí a referirnos al modelo de Delisle (citado en Hurtado Albir, 2001: 291) relativo a los errores de traducción. Precisamente de este modelo partiremos en nuestro siguiente análisis:

Ejemplo¹⁴⁷: **Cuando el páncreas no es capaz de producir suficiente insulina.**

Traducción: عندما لا يستطيع البنكرياس إنتاج إنسولينًا كافيًا

Propuesta, alumno 1: عدم إفراز البنكرياس لهرمون الإنسولين أو إفرازه بتركيز ضئيلة

Comentario: Esta propuesta incluye un error de traducción. Un contrasentido y una adición. La traducción de la propuesta del alumno al español es: “El páncreas no produce la hormona de la insulina o lo produce en pequeñas cantidades”.

Ejemplo: **Para permitir la captación de glucosa por los tejidos que la utilizan como combustible.**

Traducción: للسماح بالتقاط الجلوكوز عن طريق الأنسجة التي تستخدمه كوقود

Propuesta, alumno 1: والذي يعزز قدرة الغلوكوز على الدخول للخلايا وإنتاج الطاقة

Comentario: Contrasentido. La traducción de esta frase al español: “que refuerza la capacidad de la glucosa para acceder a las células y producir energía”.

¹⁴⁶ Al que se dedica un espacio en la parte teórica de esta tesis doctoral.

¹⁴⁷ Primeramente, se escribe el ejemplo en español y es traducido al árabe por el profesor (el doctorando). Acto seguido, se procede a analizar y definir el error de traducción dado en dicho ejemplo. La propuesta del doctorando aquí ofrecida está validada por el codirector de esta tesis doctoral.

Propuesta, alumno 2: لأجل مساعدة الأنسجة في امتصاص الجلوكوز التي تستعمله كمزود للطاقة

Comentario: Hipertraducción. La propuesta indica el sentido siguiente: “para ayudar a los tejidos a captar la glucosa que lo utilizan como suministrador de energía”.

Ejemplo: **De origen autoinmune.**

La traducción: من أصل ذاتي المناعة

Propuesta, alumno 1: الناتج عن المناعة الذاتية

Comentario: Sobretraducción. Traducción al español: “Consecuencia de la autoinmunidad”.

Propuesta, alumno 2: مجهول السبب بوصفه أحد أمراض المناعة الذاتية

Comentario: Contrasentido y adición. Traducción de la propuesta: “Idiopático por ser una de las enfermedades de la autoinmunidad”.

Propuesta, alumno 3: من أصل ذاتي المناعة القوقازية

Comentario: Adición. Traducción al español: “De origen autoinmune caucásico”.

Ejemplo: **Un diabético puede imitar al páncreas normal.**

Traducción: يمكن لمريض السكري محاكاة البنكرياس الطبيعي

Propuesta, alumno 1: من الممكن أن يُستنسخ في مرض السكري الكبد الطبيعي

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “Un diabético puede imitar al hígado normal”.

Propuesta, alumno 2: مريض السكري يعمل عمل البنكرياس الطبيعي

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “Un diabético funciona como un páncreas normal”.

Ejemplo: **Al carecer de insulina no se puede realizar correctamente el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.**

Traducción: وعند الخلو من الأنسولين لا يمكن القيام بشكلٍ سليمٍ بعملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والدهون والبروتينات

Propuesta, alumno 1: عند توقف إنتاج الأنسولين، يحدث خلل في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والدهون والبروتينات

Comentario: Adición y omisión. Traducción al español: “Al parar la insulina, se produce una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas”.

Propuesta, alumno 2: وإن فقدان الأنسولين يمكن أن يؤدي الى فشل في عمليات الأيض لكل من الكربوهيدرات والدهون والبروتينات

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “La pérdida de insulina puede dar lugar a un fracaso en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas”.

Propuesta, alumno 3: من عدم وجود الانسولين لا يمكن أن تستقلب هدرات الكربون ودهون والبروتين

Comentario: Sin sentido. Traducción al español: “de la ausencia de insulina no puede ser metaboliza *hadrat* el carbono, unas grasas y las proteínas”¹⁴⁸.

¹⁴⁸ Este ejemplo muestra el uso inapropiado del traductor de Google.

Ejemplo: Los síntomas principales antes del diagnóstico...

Traducción: الأعراض الرئيسية قبل التشخيص...

Propuesta, alumno 1: من أهم أعراض مرض السكري قبل تشخيصه...

Comentario: Omisión y sobretraducción. Traducción al español: “De los síntomas más importantes de la diabetes antes de su diagnóstico...”.

Propuesta, alumno 2: إن الأعراض المركزية قبل التشخيص...

Comentario: Subtraducción. Traducción al español: “Ciertamente los síntomas centrales antes del diagnóstico”.

Propuesta, alumno 3: أهم أعراض هذا المرض قبل تشخيص...

Comentario: Adición. Traducción al español: “Lo más importante de esta enfermedad antes de diagnóstico”.

Propuesta, alumno 4: الاعراض الاولية قبل التشخيص

Comentario: Adición. Traducción al español “Los síntomas iniciales antes del diagnóstico”.

Ejemplo: Producción de orina.

Traducción: إدرار البول

Propuesta, alumno 1: التبول

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “orinar [acto]”.

Propuesta, alumnos 2, 3, 4: زيادة البول/ فرط التبول/ كثرة التبول

Comentario: Hipertraducción. Traducción al español: “orinar con frecuencia”, “el exceso de orina”, “el aumento de orina”.

Ejemplo: **El diagnóstico en estos casos suele ser sencillo al determinarse un valor de glucosa en sangre claramente elevado.**

Traducción: التشخيص في هذه الحالات عادةً ما يكون بسيطاً وذلك لوجود نسبةٍ من السكر في الدم عالية بوضوح

Propuesta, alumno 1: إن التشخيص في هذه الحالات بالعادة يكون بسيطاً ويقوم تحديد بشكل واضح قيمة السكر المرتفعة في الدم

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “Ciertamente el diagnóstico en estos casos suele ser sencillo y hace determinar claramente un valor de glucosa elevado en la sangre”.

Propuesta, alumno 2: التشخيص في هذه الحالة يعرف بشكلٍ بسيطٍ عندما يقيم تركيز المرتفع للغلوكوز في الدم

Comentario: Sin sentido. Traducción al español: “El diagnóstico en este caso se conoce sencillamente cuando valora una concentración la elevada de glucosa en la sangre”.

Propuesta, alumno 3: وعادة ما يكون التشخيص سهلاً في هذه الحالات إذا حُد ارتفاع قيمة السكر في الدم بشكلٍ واضح

Comentario: Sobretraducción. Traducción al español: “El diagnóstico suele ser sencillo en estos casos si se determinó un valor elevado de glucosa en la sangre”.

Ejemplo: **200mg/dl**

Traducción: 20000 مليغرام لكل ديسيلتر (10/1 من اللتر (100 سنتيمتر مكعب)

Propuesta, alumno 1: 200 ملغ/ دل - Propuesta, alumno 2: 200 دسلن

Comentario: Sin sentido¹⁴⁹.

Ejemplo: **Técnica mínimamente invasiva**¹⁵⁰.

Traducción: تقنية التدخل المحدود (جراحة بسيطة جدًا)

Propuesta, alumno 1: من خلال.....

Comentario: Omisión. Traducción al español: “a través de.....”

Ejemplo: **Este sistema nos ofrece la oportunidad de valorar las fluctuaciones glucémicas en pacientes con DM tipo 1.**

Traducción: ويُقدّم لنا هذا النظام الفرصة لتقييم تقلبات السكر عند مرض السكري من النوع الأول

Propuesta, alumno 1:

هذه الطريقة تسمح لنا بتقييم تقلبات (تذبذبات) نسبة السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من DM نوع 1

Comentario: Contrasentido y adición. Traducción al español: “Esta manera nos permite valorar las fluctuaciones del nivel de glucosa en la sangre en pacientes que sufren DM tipo 1”.

¹⁴⁹ Aunque el idioma árabe no conoce el uso de los acrónimos, en el ámbito de los pesos y las medidas, y también, aunque con matices, en el campo mercantil, puede haber una excepción: (سم “سنتيمتر”/ش م). No obstante, ésta no sería aplicable a todos los pesos, sino que a los más frecuentes. Por ello, decilitro “dl” no tiene un acrónimo equivalente en la lengua árabe, y traducir esta abreviatura por “دل” o “دسلن” carecería de sentido.

¹⁵⁰ Denominada, igualmente, cirugía laparoscópica (جراحة المنظار).

Propuesta, alumno 2: هذه الطريقة تمنح لنا فرصة لقياس تدفق الجلوكوز في مرضى السكري نوع 1

Comentario: Cambio de sentido. Traducción al español: “Esta manera nos da la oportunidad para medir el flujo de glucosa en pacientes de diabetes tipo 1”.

Ejemplo: **Test de glucagón**¹⁵¹.

Traducción: اختبار الجلوكاغون

Propuesta, alumno 1: اختبار الجلوكاجوز

Comentario: Cambio de sentido. El alumno ha confundido la prueba del glucagón por la de la “*tolerancia a la glucosa*”.

Ejemplo: **lo que hace necesario el tratamiento sustitutivo de esta hormona de por vida.**

Traducción: مما يجعل من الضروري العلاج البديل لهذا الهرمون مدى الحياة

Propuesta, alumno 1: مما يجعل من الضروري العلاج بالهرمونات البديلة مدى الحياة

Comentario: Cambio de sentido. Traducción al español: “Lo que hace necesario el tratamiento por las hormonas sustitutivas de por vida”.

Propuesta, alumno 2: والذي يؤدي إلى الحاجة المستمرة لهذا الهرمون

¹⁵¹ Prueba que consiste en la inyección intravenosa de un miligramo de glucagón, que se lleva a cabo para evaluar la respuesta de insulina o péptido-C y así conocer la reserva insular pancreática. (véase: el Diccionario Médico de la Clínica de la Universidad de Navarra: <http://www.cun.es/diccionario-medico>) (Consulta: 10/08/2016).

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “que da lugar a la necesidad continua a esta hormona”.

Ejemplo: **La mejor forma de hacerlo es medir el nivel de azúcar en la sangre, en varias ocasiones del día.**

Traducción: وأفضل طريقة للقيام بذلك هي قياس مستوى السكر في الدم عدة مراتٍ خلال اليوم

Propuesta, alumno 1: أفضل طريقة هي قياس الحد المتوسط في الدم خلال اليوم

Comentario: Falso sentido y omisión. Traducción al español: “La mejor forma es medir la media en la sangre durante el día”.

Propuesta, alumno 2: ولهذا، ينبغي قياس مستوى السكر في الدم عدة مرات في اليوم

Comentario: Sobretraducción. Traducción al español: “Por ello, es imprescindible medir el nivel de azúcar en la sangre en varias ocasiones durante el día”.

Propuesta, alumno 3: وإن أفضل طريقة..... هي قياس مستوى السكر في الدم، عدة مرات في اليوم

Comentario: Omisión. Traducción al español: “La mejor forma.....es medir la media en la sangre durante el día”.

Ejemplo: **Un diabético puede imitar al páncreas normal, inyectándose insulina de acción corta.**

Traducción: يمكن لمريض السكري أن يحاكي البنكرياس الطبيعي بحقن إنسولين قصير المفعول

Propuesta, alumno 1: من الممكن أن يستنسخ في مرض السكري الكبد الطبيعي وذلك عن طريق حقن الأنسولين قصير المفعول

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “Es posible imitar en la diabetes el hígado normal, inyectándose insulina de acción corta”.

Propuesta, alumno 2: مريض السكري يعمل عمل البنكرياس الطبيعي. بحقن الانسولين مفعولها قصير الأمد

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “Un diabético hace el trabajo del páncreas normal. A través de inyecciones de insulina cuya acción es corta”.

Ejemplo: **La insulina en una persona sin diabetes no se segrega únicamente después de comer para normalizar la glucemia.**

Traducción:

إن الإنسولين عند الشخص غير المريض بالسكري لا يُفرَز فقط بعد تناول الطعام من أجل تطبيع مستوى السكر في الدم

Propuesta, alumno 1:

ولا يفرز الأنسولين عند الأصحاء بعد تناول الطعام فقط من أجل تعديل مستويات السكر في الدم

Comentario: Sobretraducción. Traducción al español: “La insulina en las personas sanas no se segrega únicamente después de comer para modificar los niveles de azúcar en la sangre”.

Ejemplo: **El resultado es que habitualmente los requerimientos de insulina son menores durante la noche y a mediodía, siendo mayores al amanecer y a media tarde.**

Traducción: النتيجة أنه عادةً ما تكون الحاجة إلى الإنسولين قليلة أثناء الليل وفي منتصف النهار، وأكثر عند الشروق وفي منتصف المساء

Propuesta, alumno 1: وإن النتيجة عادةً تتمثل في ان متطلبات الانسولين تقل أثناء الليل وعند الظهر، وتزيد عند الفجر وفي العشيّة

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “el resultado habitualmente consiste en que los requerimientos de la insulina se disminuyen durante la noche y a la hora de al-Zuhr¹⁵², y se aumentan a la hora de al-Faÿr¹⁵³ y al-‘ašiyah¹⁵⁴”.

Ejemplo: **Régimen de tratamiento insulínico de forma intensiva.**

Traducción: نظام علاج إنسوليني بشكل مكثف

Propuesta, alumno 1: مبادئ العلاج المكثف

Comentario: Omisión y falso sentido. Traducción al español: “Principios del tratamiento intensivo”.

Ejemplo: **que da lugar a complicaciones crónicas por afectación de grandes y pequeños vasos y nervios.**

Traducción: التي تؤدي إلى مضاعفاتٍ مزمنةٍ نتيجة لإصابة الأوعية والأعصاب الكبيرة والصغيرة

Propuesta, alumno 1: ويؤدي إلى مضاعفاتٍ مزمنةٍ بسبب إصابة الأوعية الدموية والأعصاب

Comentario: Omisión. Traducción al español: “Y da lugar a complicaciones crónicas por afectación de los vasos sanguíneos y los nervios”.

¹⁵² En el Islam, se hace referencia a la segunda oración (al-Ṣalāt) del día. Tiene lugar al mediodía y, precisamente, cuando el sol ha acabado de cruzar al meridiano celeste.

¹⁵³ La primera oración (al-Ṣalāt) del día, cuyo horario comienza unos minutos antes de la aparición del crepúsculo matutino y se extiende hasta la salida del sol.

¹⁵⁴ Es el tiempo que comienza aproximadamente una hora y media después de la puesta del sol y dura hasta la media noche. Durante este periodo tiene lugar la quinta y última oración del día, denominada en árabe al-‘iṣāa. En algunos países árabes, este término se utiliza para hacer referencia al horario de la tarde-noche.

Propuesta, alumno 2: يؤدي إلى مضاعفات مزمنة بسبب الأوعية والأعصاب كبيرة وصغيرة

Comentario: Omisión que ocasiona un contrasentido. Traducción al español: “Da lugar a complicaciones crónicas por los vasos y los sanguíneos grandes y pequeños”.

Ejemplo: **La alteración subyacente en esta enfermedad.**

Traducción: الاضطراب الكامن في هذا المرض

Propuesta, alumnos 1, 2, 3: الفوضى الكامنة في هذا المرض

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “El caos subyacente en esta enfermedad”.

Ejemplo: **Resulta de importancia clave para el correcto manejo de la diabetes mellitus, especialmente la de tipo 2, la realización de estudios de composición corporal (BOD-POD, ViScan).**

Traducción:

يبدو من الأهمية القصوى للتحكم الصحيح في مرض السكري — لا سيما من النوع الثاني — إجراء اختبارات تركيب الجسم (عن طريق جهاز “بود بود” أو تقنية “ف. سكان”)

Propuesta, alumno 1: انه لمعالجة داء السكري وخاصة النوع 2 فلا بد من تحقيق دراسات تكوين الجسم

Comentario: Omisión. Traducción al español: “Ciertamente, para el tratamiento de la diabetes, sobre todo el tipo 2, es imprescindible la realización de estudios de composición corporal”.

Propuesta, alumno 2: ان اجراء دراسة تركيب الجسم (تقنية تخطيط التحجم بإزاحة الهواء والمسح الضوئي) تعتبر المفتاح الأساسي لضبط داء السكري من النمط الثاني

Comentario: Contrasentido. Traducción al español: “Ciertamente, la realización del estudio de composición corporal (técnica de pletismografía por desplazamiento de aire y el escaneo) se considera la clave principal para el ajuste de la diabetes tipo 2”.

Propuesta, alumno 2:

مهم جدًا لمعاملة داء السكري، وخاصة النوع 2، دراسات تكوين الجسم (BOD-POD ViScan) من أجل معرفة حجم الدهون الزائدة عند كل واحد من المرضى.

Comentario: Sin sentido. Traducción al español: “Es muy importante para el trato de la diabetes, especialmente el tipo 2, estudios de composición corporal (BOD-POD ViScan) para conocer la cantidad del exceso de grasa en cada uno de los pacientes”.

Ejemplo: **La realización de una calorimetría indirecta.**

La traducción: قياس السرعات الحرارية غير المباشرة

Propuesta, alumno 1: إعدام الكالوري غير المباشرة

Comentario: Falso sentido/ sin sentido. Traducción al español: “Ejecutar las calorías indirectamente”.

Ejemplo: **Plan de alimentación equilibrado.**

Traducción: خطة تغذية متوازنة

Propuesta, alumno 1: التغذية المتوازنة

Comentario: Omisión. Traducción al español: “La alimentación equilibrada”.

Propuesta, alumno 2: خطة موازنة الطاقة الجسدية

Comentario: Adición que produjo un contrasentido. Traducción al español: “Plan de equilibrar la energía en el cuerpo”.

Ejemplo: **Tratamiento farmacológico personalizado.**

Traducción: [حالة المريض] علاج دوائي مُخصَّص

Propuesta, alumno 1: العلاج الشخصي بالأدوية

Comentario: Falso sentido. Traducción al español: “El tratamiento personal con los fármacos”.

Propuesta, alumno 2: العلاج الدوائي الخاص بكل مريض

Comentario: Adición que causó contrasentido. Traducción al español: “El tratamiento farmacológico propio de cada paciente”.

Propuesta, alumno 3: مخصص الدوائية

Comentario: Sin sentido. Traducción al español: “dedicado (específico) farmacológico”.

Ejemplo: **Denominada bypass gástrico por vía laparoscópica.**

Traducción: المسماة المجازة المعدية عن طريق المنظار¹⁵⁵

Propuesta, alumno 1: عن طريق المنظار BYPASS GÁSTRICO وتدعى

Comentario: Transmisión a la lengua de llegada del nombre de la intervención quirúrgica tal y como es en la lengua de partida, actitud que ocasionó un sinsentido.

Traducción al español: “denominado BYPASS GÁSTRICO¹⁵⁶ por vía laparoscópica”.

¹⁵⁵ Esta intervención, al igual que otras varias, tiene distintos nombres en árabe, todos ellos generados por la variedad diatópica. Éstos son: المجازة المعدية/ تحويل مسار المعدة/ تحويل المعدة/ تغيير شرايين المعدة، إلخ.

7.3. Análisis de la encuesta

Recordando el carácter tridimensional del estudio empírico que aquí se presenta, el tercero de los procedimientos utilizados para culminar el estudio previo a la realización de la UD¹⁵⁷ es ofrecer una encuesta a los alumnos de este estudio. Ésta tiene como finalidad recoger información correspondiente a tres ejes centrales, que son:

- i. Perfil complementario del alumno
- ii. Datos relevantes al proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura en cuestión
- iii. Datos referentes a perspectivas y expectativas profesionales

La señalada encuesta tiene un carácter exploratorio, que se enmarca dentro de la metodología empírica, y se compone de 23 preguntas que, en su conjunto, se desglosan en los tres bloques anteriormente mencionados.

En el marco correspondiente al perfil de los alumnos del máster, la gran mayoría procede de carreras de Filología, bien sea árabe o hispánica. Éstos representan un 63 % de los integrantes del aula. En segundo lugar, un 25 % son quienes proceden de carreras de Traducción e Interpretación. Por último, hay alumnos —un 12 % del total— que no han cursado ninguna de las carreras nombradas anteriormente. Frecuentemente, han cursado Estudios Árabes e Islámicos o Derecho y, cuentan con un nivel alto de la combinación lingüística en cuestión:

¹⁵⁶ Algunos equipos médicos y ciertas intervenciones quirúrgicas tienen su origen en el inglés, siendo ésta —como es sabido— *la lingua franca* en este ámbito. Este no es el caso y, por lo tanto, el ejemplo dado en esta propuesta de traducción resulta inapropiado.

¹⁵⁷ Considerado este estudio previo de suma importancia para poder elaborar una unidad didáctica que lo más completa y adecuada posible.

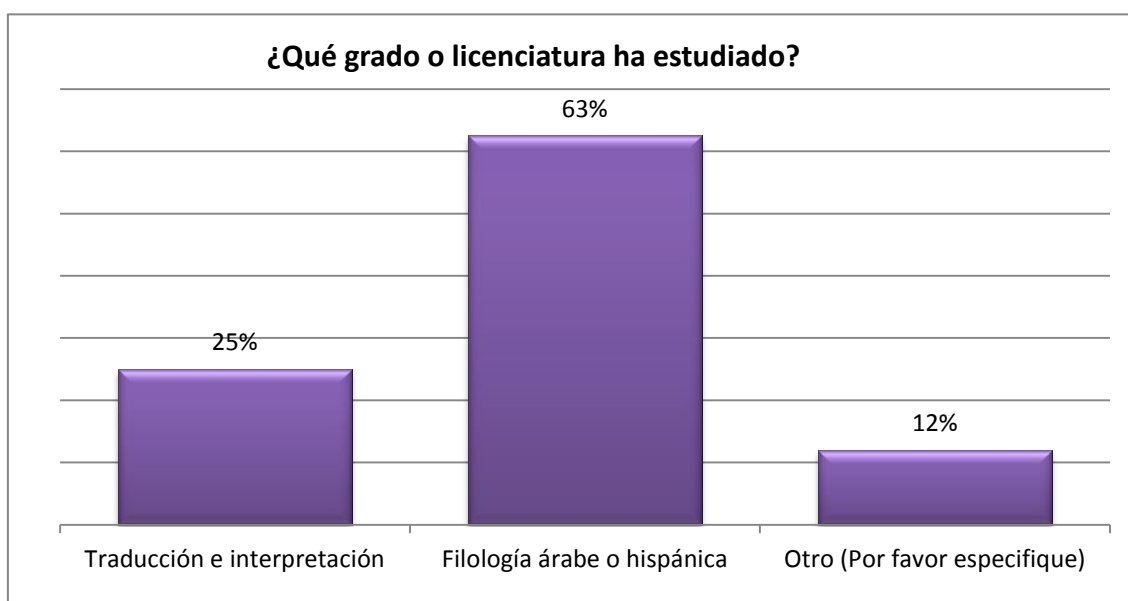


Gráfico 7: Grado o licenciatura cursados

Se observa que la mayoría de los alumnos son bilingües tardíos, asimétricos y coordinados (Hurtado Albir, 2001: 29-30). Solamente, el 19 % de ellos ha adquirido la segunda lengua extranjera antes de llegar a los 14 años de edad. Sin embargo, el 50 % afirma haber adquirido la segunda lengua en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 20 años. Asimismo, el 25 %, asegura que ha adquirido su segunda lengua después de los 20 años de edad y tan sólo un 6 % se consideran bilingües precoces, ya que han aprendido las dos lenguas al mismo tiempo¹⁵⁸:

¹⁵⁸ Al crecer en un contexto social en el que se empleaban las dos lenguas, aunque en el caso del árabe lo que se hablaba era el dialecto marroquí

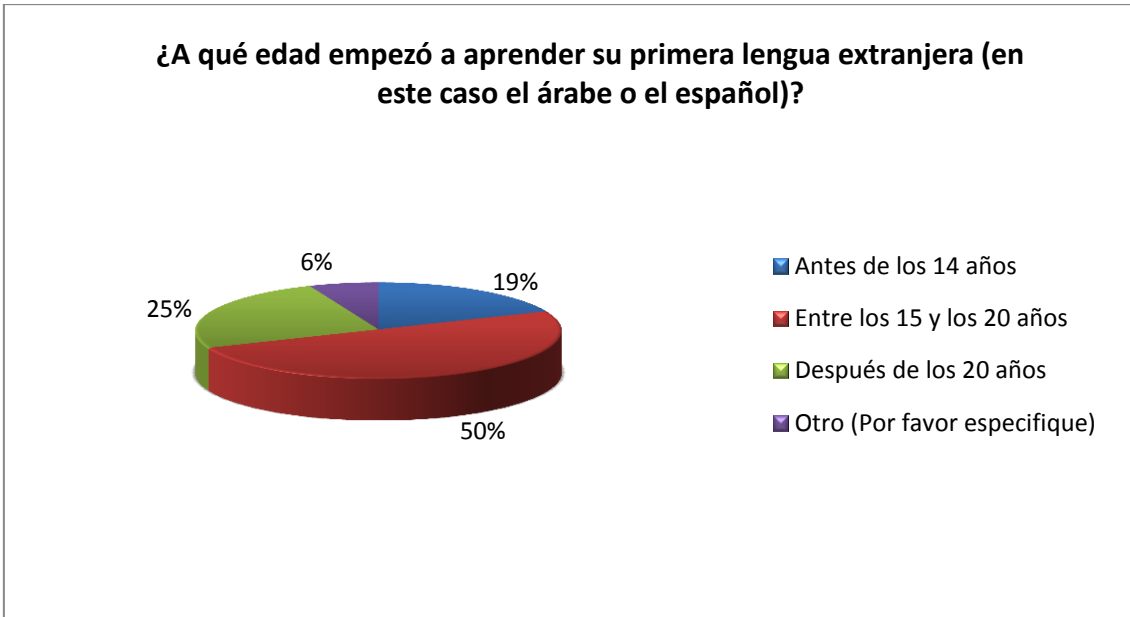


Gráfico 8: La edad en la que se ha adquirido la segunda lengua

En una pregunta relacionada con la anterior, se ha indagado en la perspectiva de los alumnos sobre si se consideran bilingües. Los resultados obtenidos en esta pregunta no concuerdan, según observamos, con los datos extraídos de las contestaciones recibidas en la cuestión anterior. Esto se debe, en nuestra opinión, a que algunos estudiantes piensan que el hecho de dominar una lengua equivale poseer un nivel oral idéntico o similar al de su propia lengua materna. Sin embargo, el dominio de un idioma va más allá —como es bien sabido— de la mera posesión de excelentes destrezas orales en esta lengua:

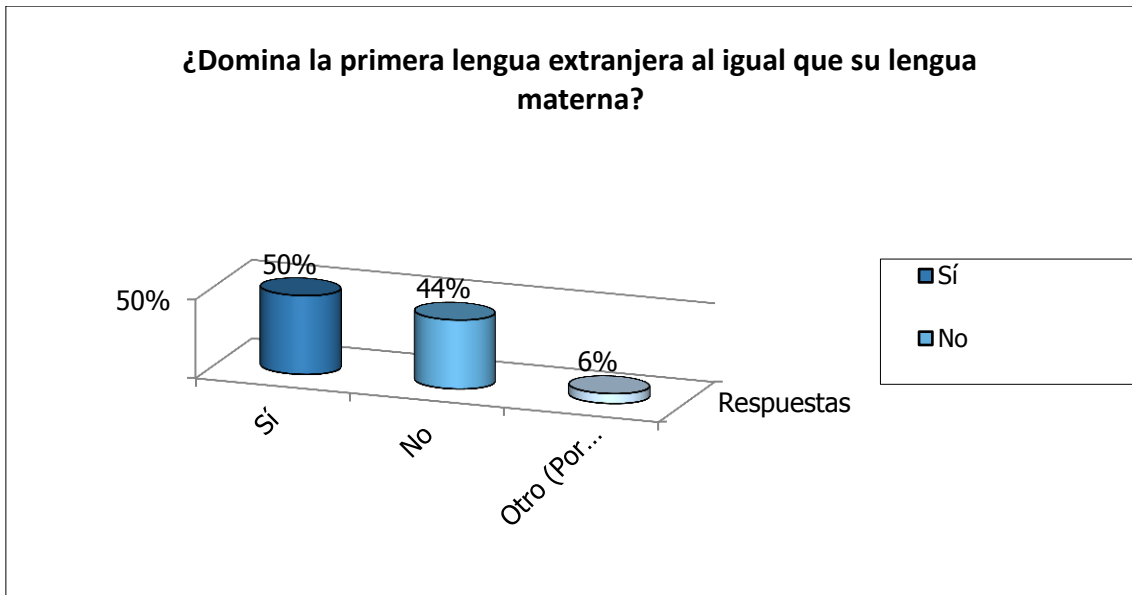


Gráfico 9: El grado de dominio de la primera lengua extranjera

Un dato que se considera apreciable en el perfil de estos alumnos es que la mayoría de ellos —un 88 % del total de los encuestados— domina una tercera lengua adicional a la de la combinación lingüística en cuestión. Consideramos que este fenómeno es un valor añadido, ya que a la par que otorga solidez a su perfil profesional y competitivo, sirve para ampliar los conocimientos de estos alumnos en lo que al aprendizaje de la traducción especializada se refiere. No obstante, el 12 % de ellos sólo se limita al dominio de las dos lenguas que nos ocupan:

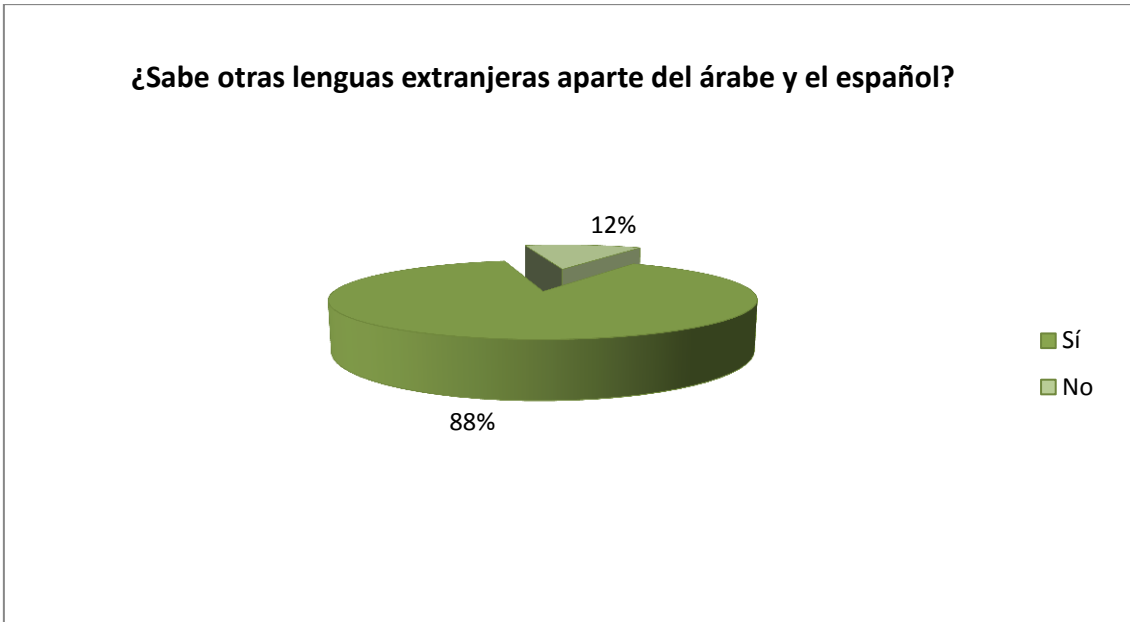


Gráfico 10: Dominio de otras lenguas extranjeras

La segunda lengua que los alumnos dominan, aparte del par lingüístico del que nos ocupamos, es el inglés. El 50 % de los encuestados confirma su conocimiento de esta lengua, siendo el inglés el segundo idioma oficial en los países de procedencia de una buena parte de estos alumnos. En segundo lugar, vienen el francés y el alemán, con un porcentaje del 7 % cada uno de ellos, siendo el francés la segunda lengua oficial en los tres países del norte de África (Argelia, Marruecos y Túnez)¹⁵⁹. También, se observa que un porcentaje importante —un 36 %— está constituido por terceras lenguas diferentes a las antes mencionadas. Estas últimas son principalmente el bereber y el catalán:

¹⁵⁹ Teniendo en cuenta que la mayoría de los alumnos provienen de los países del norte de África, especialmente de Marruecos.

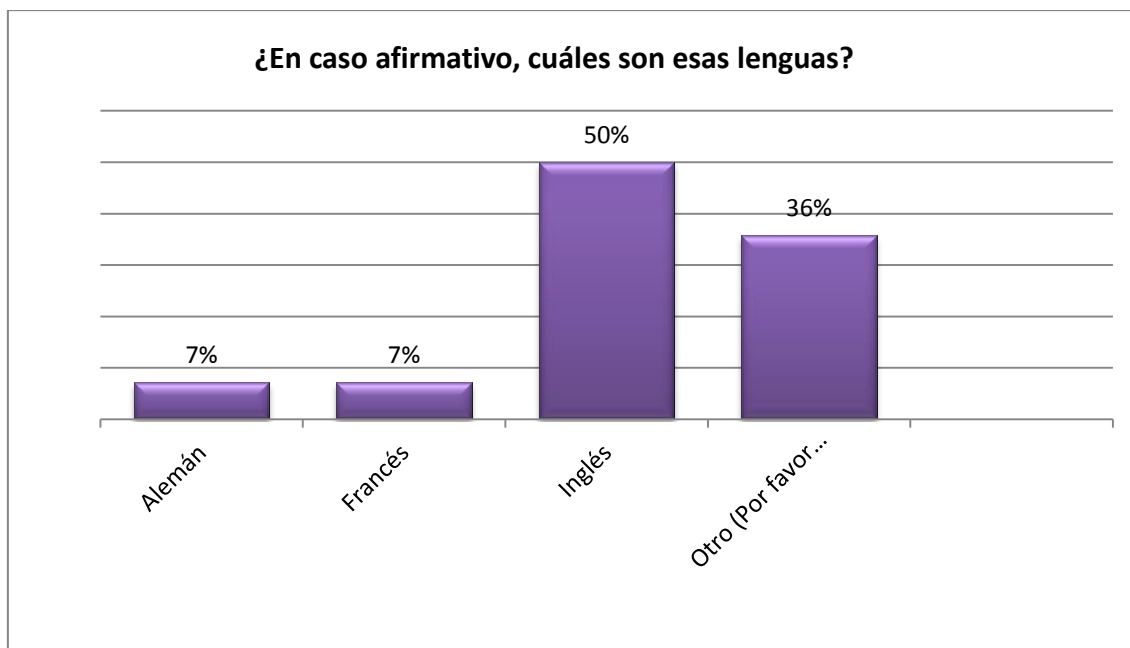


Gráfico 11: La tercera lengua que los alumnos saben

Tal y como queda reflejado, las primeras cinco preguntas tienen como finalidad averiguar el perfil del alumnado y, más concretamente, datos concernientes a la carrera universitaria de la que provienen, la edad en la que han adquirido su primera lengua extranjera, el grado de dominio de esta lengua o las demás lenguas extranjeras que dominan.

Pasando a indagar cuestiones relativas al perfil profesional de los estudiantes objeto de investigación, obtenemos como resultado que el 25 % de éstos ha practicado la interpretación en alguna ocasión anterior en el ámbito sanitario previamente a su incorporación a este máster. No obstante, el 69 % afirma no haber puesto en práctica esta actividad con anterioridad. Y por último, un 6 % asegura haber acompañado alguna vez a un amigo, un familiar o un conocido a una consulta médica, a efectos de dinamizar la comunicación lingüística entre las partes que integran la conversación. Asimismo, una parte de los encuestados apropiables al último grupo comentan haber traducido en cierta ocasión un informe o una receta médica, con el objetivo de que fuesen presentados ante un facultativo en España o en un país árabe:

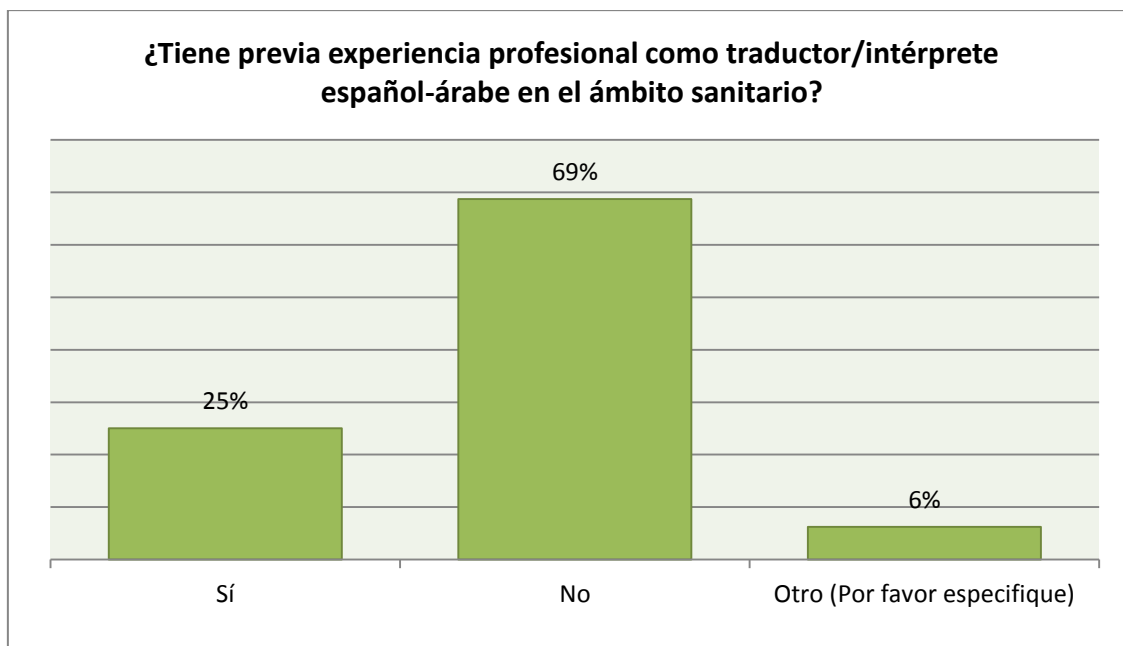


Gráfico 12: Previa experiencia profesional como traductor o/e intérprete

En el marco de nuestra pretensión de averiguar aspectos academicistas en el alumnado, se les formuló una pregunta cuyo objetivo era indagar si poseen conocimientos de Traductología. El 75 % responde afirmativamente, mientras que el 25 % contesta negativamente. Del mismo modo, se ha procurado verificar los conocimientos que tienen estos alumnos sobre la Terminología. El 88 % responde con un **sí**, en tanto que el 12 %, indica con un **no**:

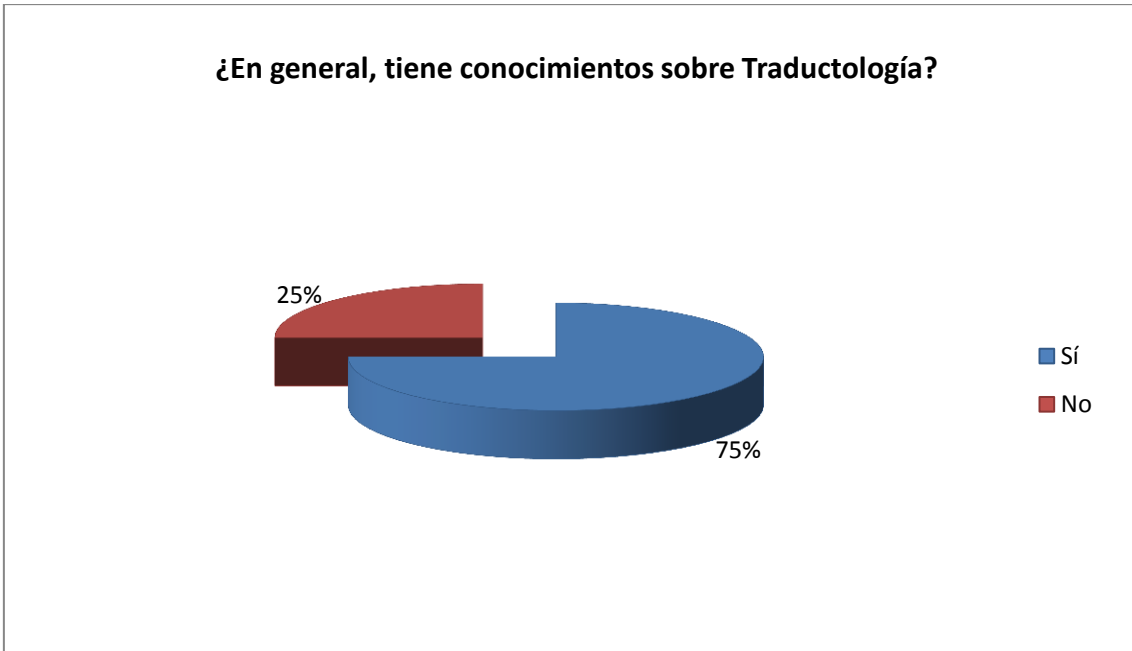


Gráfico 13: Conocimientos sobre Traductología

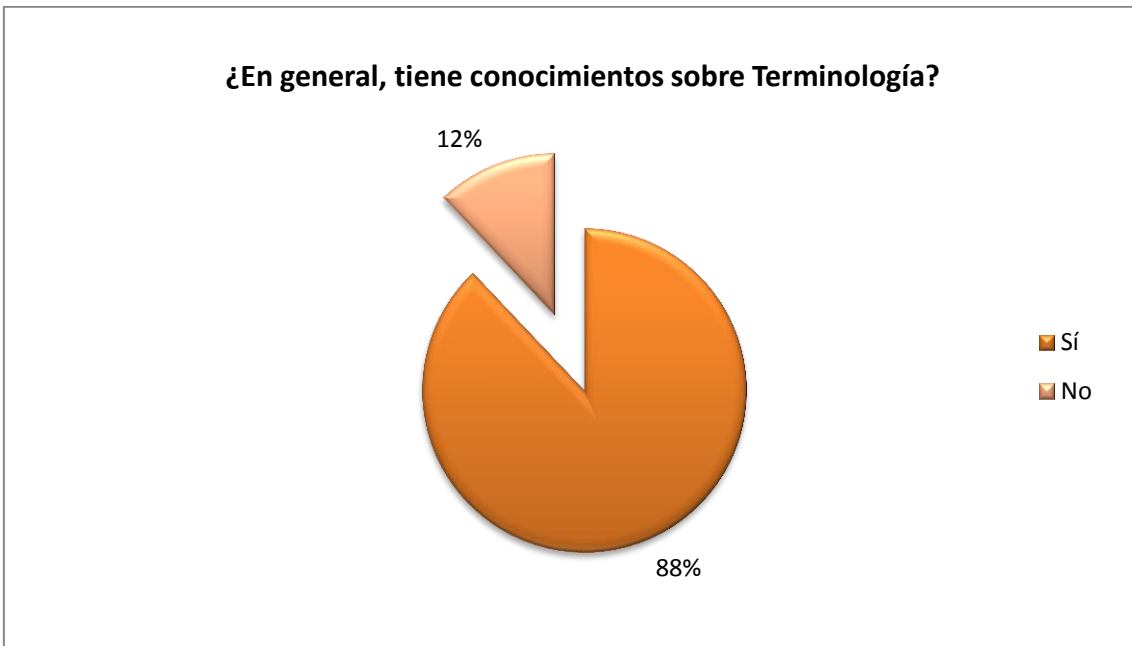


Gráfico 14: Conocimientos sobre Terminología

En lo que atañe a las dificultades relativas a la asignatura de Traducción Sanitaria que el plan de estudios del Máster en TISP de la UAH incluye, el 81 % de los

encuestados asevera haberse enfrentado a dificultades curando dicha asignatura. En cambio, tan sólo un 19 % no manifiesta haber afrontado alguna dificultad de cualquier tipo:

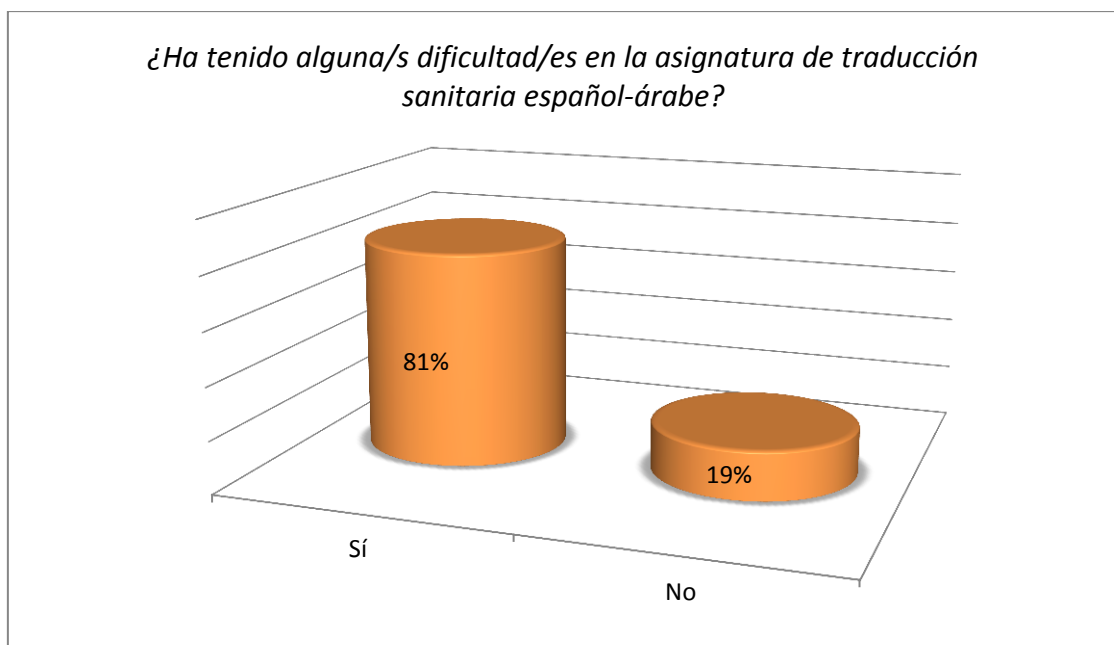


Gráfico 15: Dificultades en la asignatura de traducción sanitaria

Con respecto a la naturaleza de estas dificultades, el 57 % de los alumnos atestigua que son de índole léxica y terminológica. No obstante, un 21 % de ellos considera que dichas dificultades han sido de carácter sintáctico y morfológico. Por otro lado, un 22 % estima que estos inconvenientes han sido más amplios, ya que engloban desde el léxico y la terminología hasta elementos extralingüísticos, pasando por la sintaxis, la morfología y la semántica:

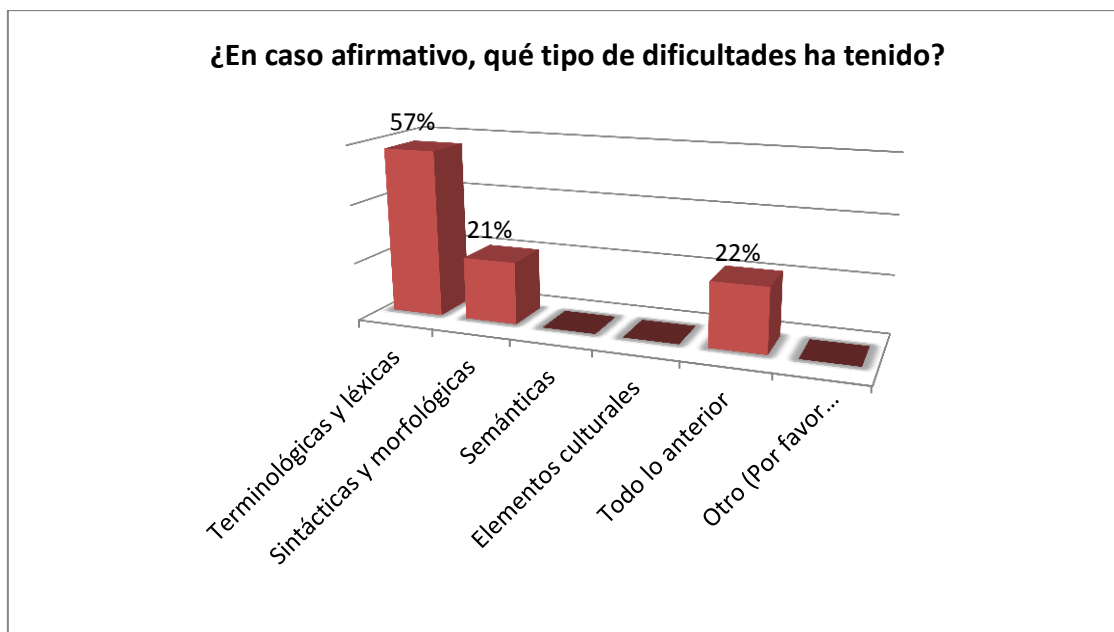


Gráfico 16: Tipo de dificultad en la asignatura de traducción sanitaria

Siguiendo en la línea de las dificultades, un 75 % estima que la diversidad entre el árabe clásico antiguo y el árabe culto actual¹⁶⁰, junto con la variedad dialectal de esta lengua entre un país árabe u otro, representa una de las mayores dificultades que acarrea la traducción sanitaria. Un 13 % no ve ninguna dificultad en este sentido, y un 12 % se manifiesta indeciso al respecto:

¹⁶⁰ Tema que tratamos en el capítulo V dedicado al análisis de las dificultades de la traducción médica español-árabe.

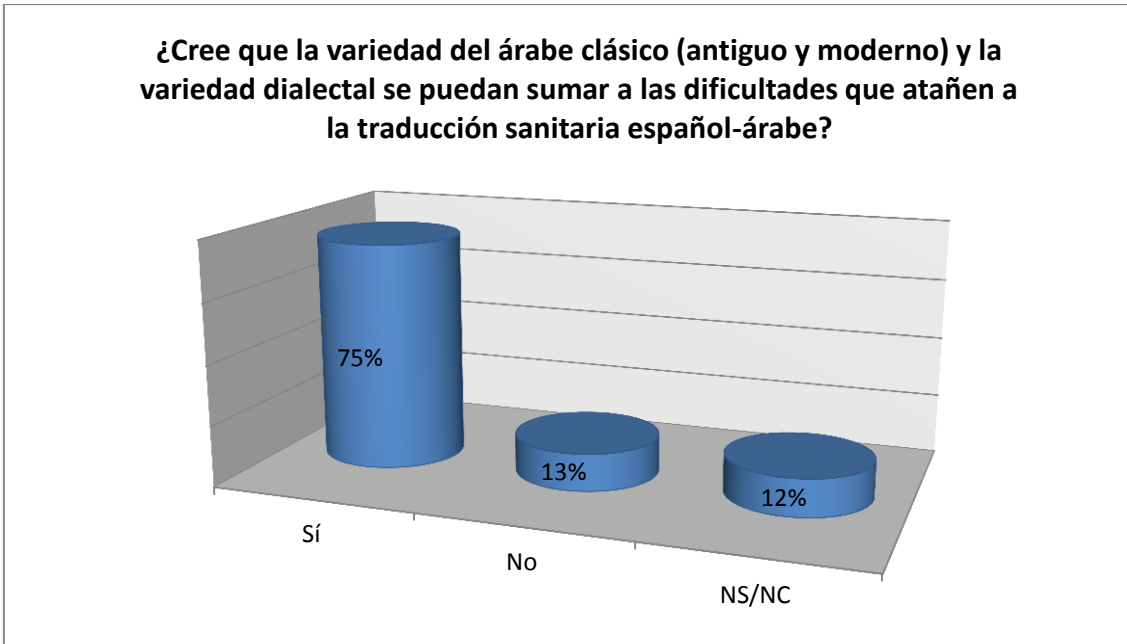


Gráfico 17: Dificultad de la variedad del árabe clásico y del árabe dialectal

En lo que respecta a las herramientas de consulta utilizadas por los alumnos para verter al castellano textos en árabe y viceversa, se contempla una variedad en el uso de dichas herramientas. El 81 % de los encuestados declara haber empleado un cúmulo de herramientas como diccionarios en papel, internet y textos paralelos en aras de llevar a cabo una traducción médica. Por otro lado, el 7 % dice haberse ceñido solamente al uso de internet para traducir dichos textos. El 6 % se limita a la consulta de diccionarios en papel y, otro 6 % se apoya en textos paralelos, así como a recurrir, en ciertos casos, al asesoramiento de un profesional especialista en la materia:

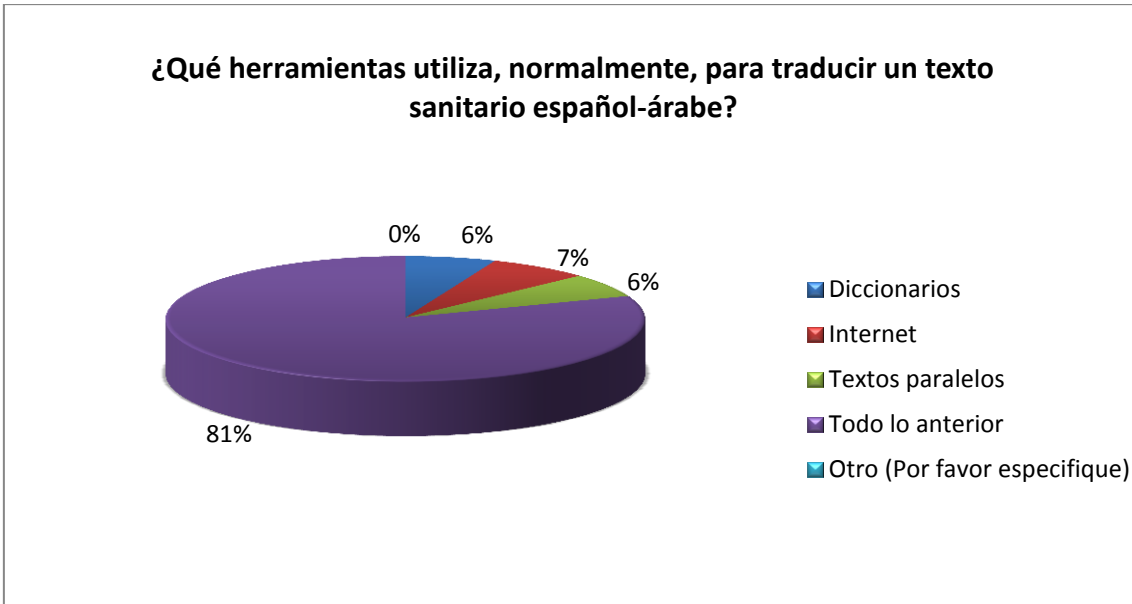


Gráfico 18: Herramientas de consulta para la traducción sanitaria

En una fase relativamente avanzada, en lo que se refiere a la traducción propiamente dicha, y tras la aplicación de las técnicas de documentación que le son propias, un 69 % de los estudiantes objeto de estudio considera que las herramientas de consulta disponibles para llevar a término una traducción médica en la combinación lingüística español-árabe no son suficientes. Por su parte, el 31 % restante las estima suficientes para efectuar con éxito esta tarea:

¿Cree que los recursos (enciclopedias, glosarios, bases de datos, etc.) son suficientes para llevar a cabo una traducción de un texto sanitario español-árabe?

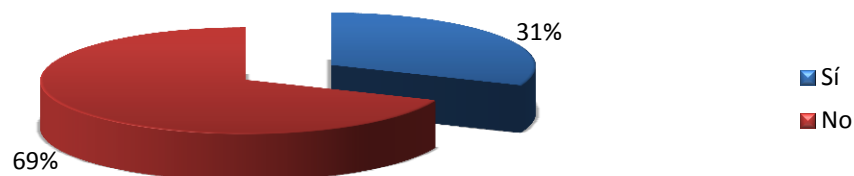


Gráfico 19: La suficiencia de herramientas consultadas

En lo que atañe al método de traducción empleado por los alumnos en este par lingüístico, resulta que un 63 % de ellos no aplica un procedimiento determinado, sino que alterna entre la traducción literal y la oblicua. No obstante, un 19 % recurre a la traducción literal en este ámbito y un 6 % se decanta por la traducción oblicua. Entre tanto, un 12 % afirma no optar por ninguno de los métodos señalados, sino que elige el método dependiendo del objetivo de la traducción y el grado de dificultad del texto original; es decir, transmitir literalmente algunos términos médicos cuando están ejerciendo una traducción oblicua:

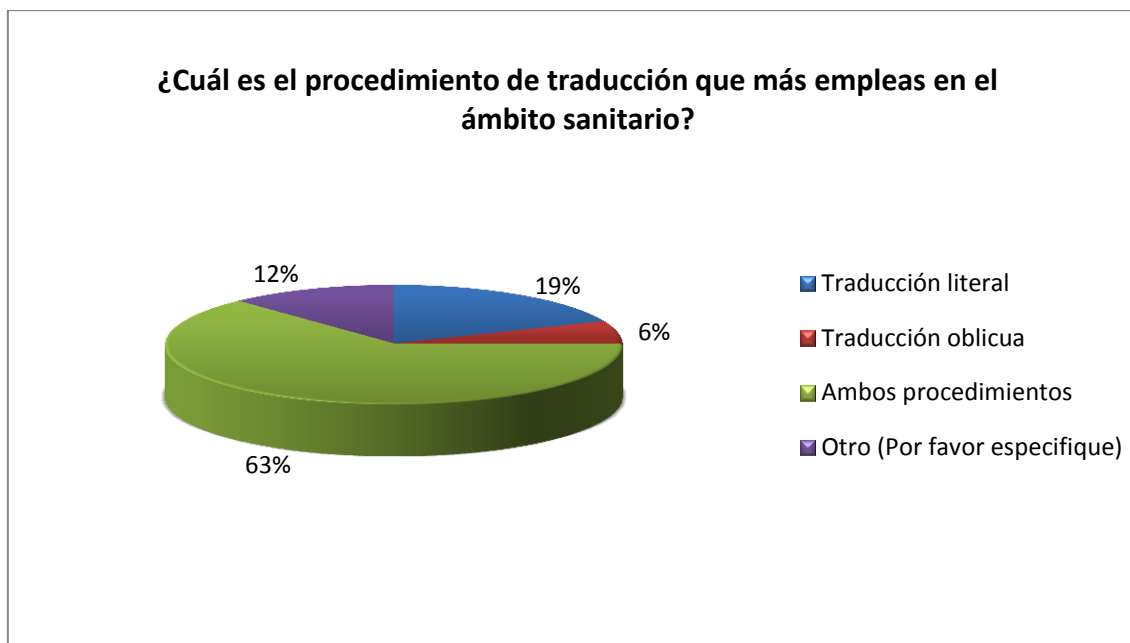


Gráfico 20: Procedimiento de traducción empleado

Las perspectivas de los encuestados en lo concerniente a las asignaturas cursadas en el módulo sanitario han sido positivas. Un 75 % de éstos piensa que dicho módulo le ha posibilitado adquirir los conocimientos necesarios brindándole de una formación aceptable para que pueda ejercer como traductor e intérprete médico. Esto sí, se han visto algunos comentarios como “la necesidad de seguir formándose en esta línea simultáneamente al ejercicio de su profesión”, o “el campo de la medicina es tan amplio, de modo que se irá adquiriendo constantemente nuevos conocimientos”, “estaría bien que hubiera un máster completo en traducción médica [español-árabe]”.

En cambio, un 19 % considera que este módulo no ha sido suficiente para su formación en este campo. Por ello, estima adecuado que se desarrollen otras actividades complementarias, como aumentar el número de clases destinadas a esta asignatura con la finalidad de poder trabajar todo el copioso material que se pone al alcance de los alumnos durante estas clases. Asimismo, se ofrecen otros planteamientos, como acceder paulatinamente al mercado laboral después de pasar un periodo razonable de prácticas en hospitales, ambulatorios y centros médicos. Incluso,

hay quien considera imprescindible que se implante un máster de traducción e interpretación sanitarias en el binomio lingüístico “español-árabe”. Por su parte, un 6 % de los alumnos no tenía claro el papel que ha desempeñado el módulo aludido para su formación en este sentido:

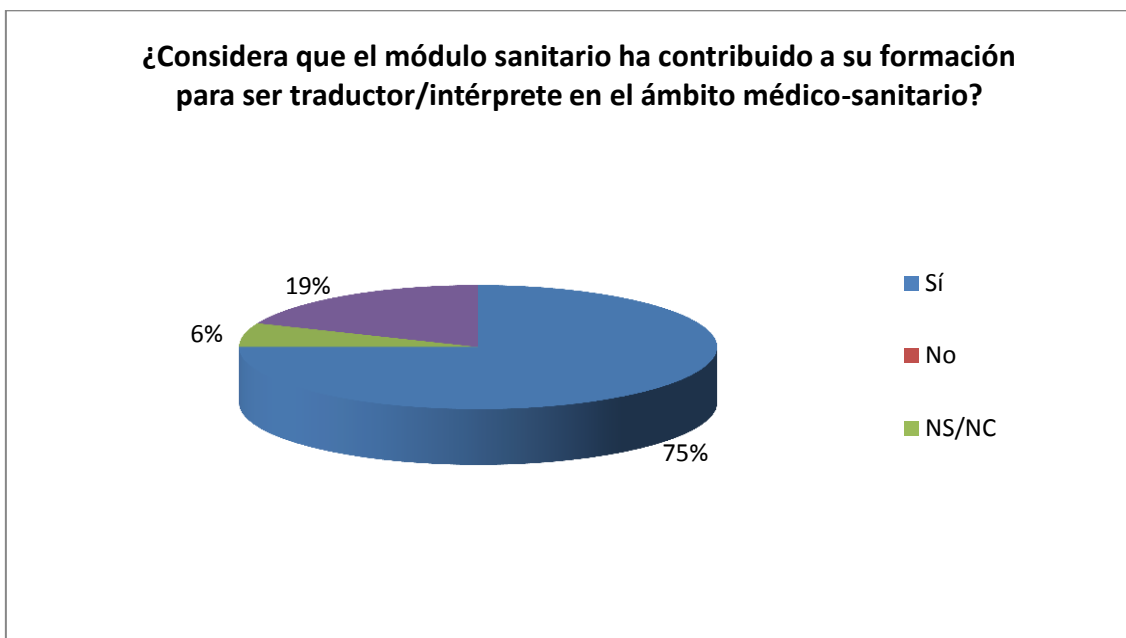


Gráfico 21: El módulo sanitario y la formación de traductores e intérpretes

El 63 % de los encuestados asegura que las áreas en las que han adquirido un mayor conocimiento durante su estudio al módulo sanitario se refieren a las técnicas y a la metodología de la traducción. No obstante, un 31 % destaca, en este sentido, la terminología médica, mientras que el 6 % restante sostiene que ha podido desarrollar otras destrezas como la memoria, la capacidad de síntesis, así como un profundo conocimiento acerca de la medicina en general:

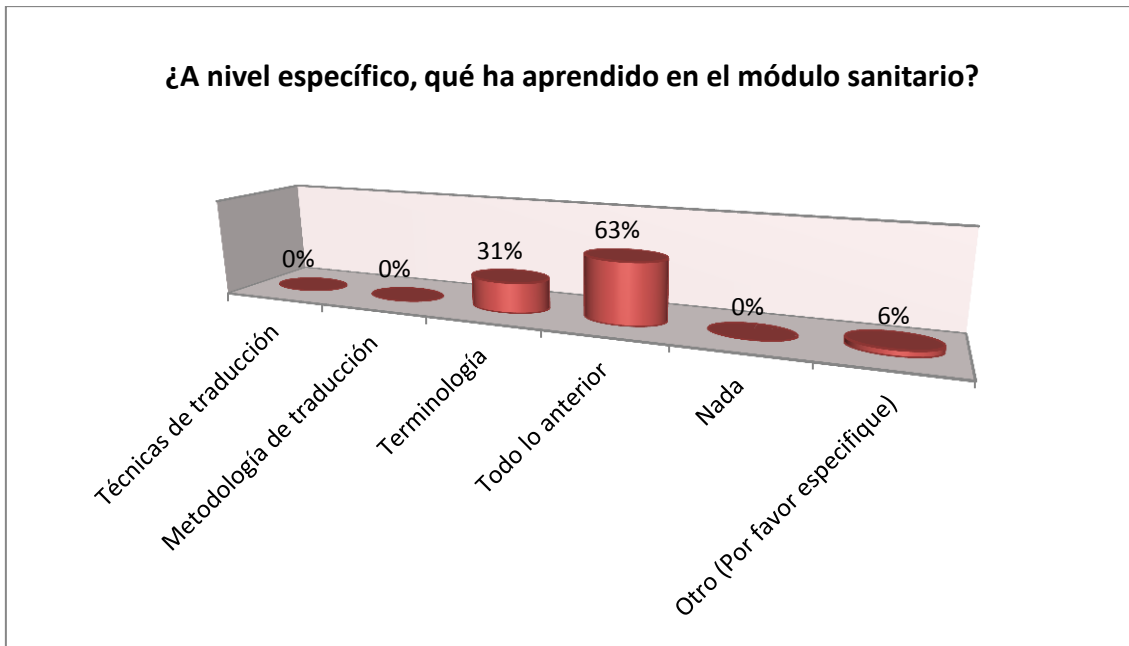


Gráfico 22: Lo que se ha aprendido específicamente en el módulo sanitario

En lo que se refiere al material y al *corpus* de trabajado a lo largo del módulo referido, un 75 % de los estudiantes sondeados considera que este material ha sido suficiente al dar cobijo a una parte considerable de especialidades médicas. Sin embargo, un 25 % de éstos observa la necesidad de disponer de material complementario en aras de cubrir especialidades médicas adicionales:

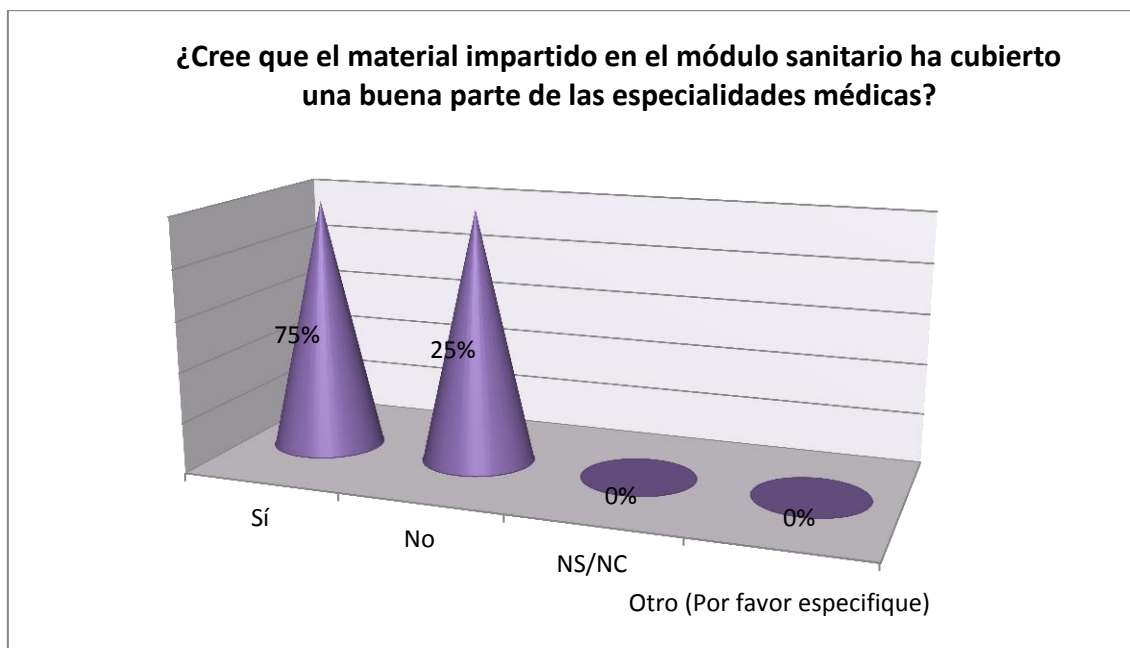


Gráfico 23: La suficiencia/insuficiencia del material impartido en el módulo sanitario

La mayoría de los encuestados evalúa positivamente la calidad del material impartido en el módulo señalado. Un 38 % concede una puntuación máxima (5 de 5) a dicho material. Asimismo, esta consideración favorable la mantiene el 50 % de los encuestados, con una puntuación de 4 sobre 5. Un 12 % confiere una nota casi media al material propiamente dicho: 3 de 5. Por todo esto, la valoración final de este material didáctico resulta en 4 de 5:

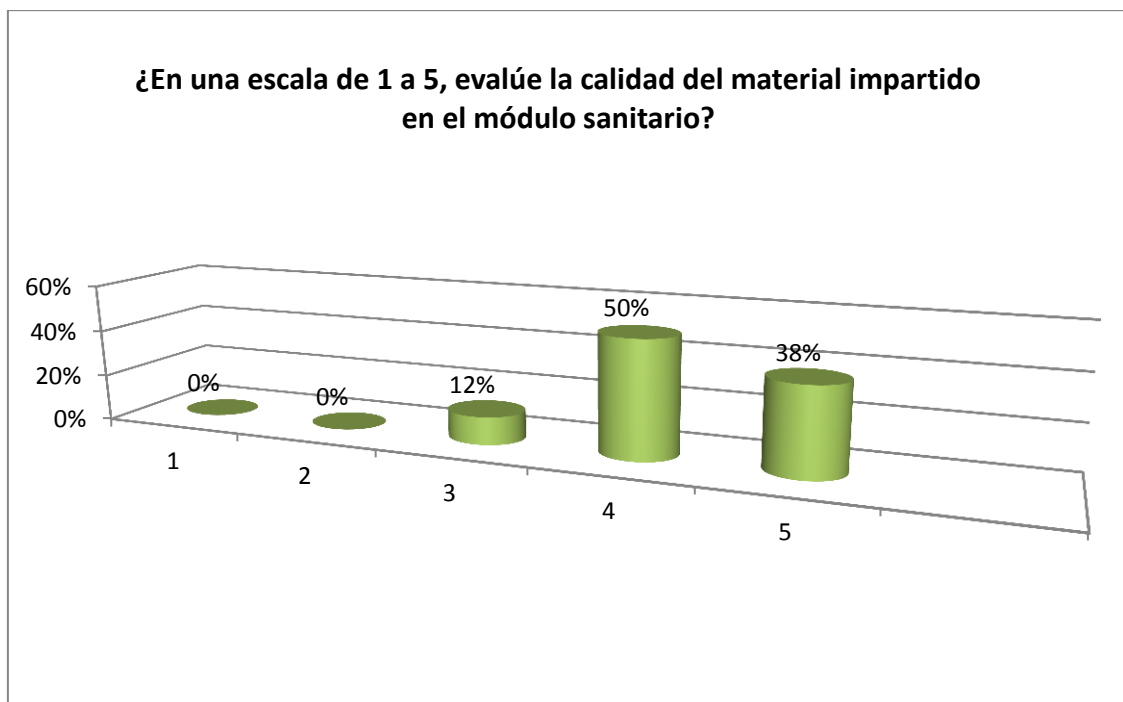


Gráfico 24: Calidad del material impartido

De igual modo, se ha indagado la calidad de la enseñanza ofrecida en este módulo desde la perspectiva de los encuestados. Un 56 % otorga una puntuación excelente a la calidad de la enseñanza recibida, esto es, 5 de 5. Asimismo, un 25 % la considera sobresaliente: 4 de 5. Y por último, un 19 % le concede una nota ligeramente inferior: 3 de 5:

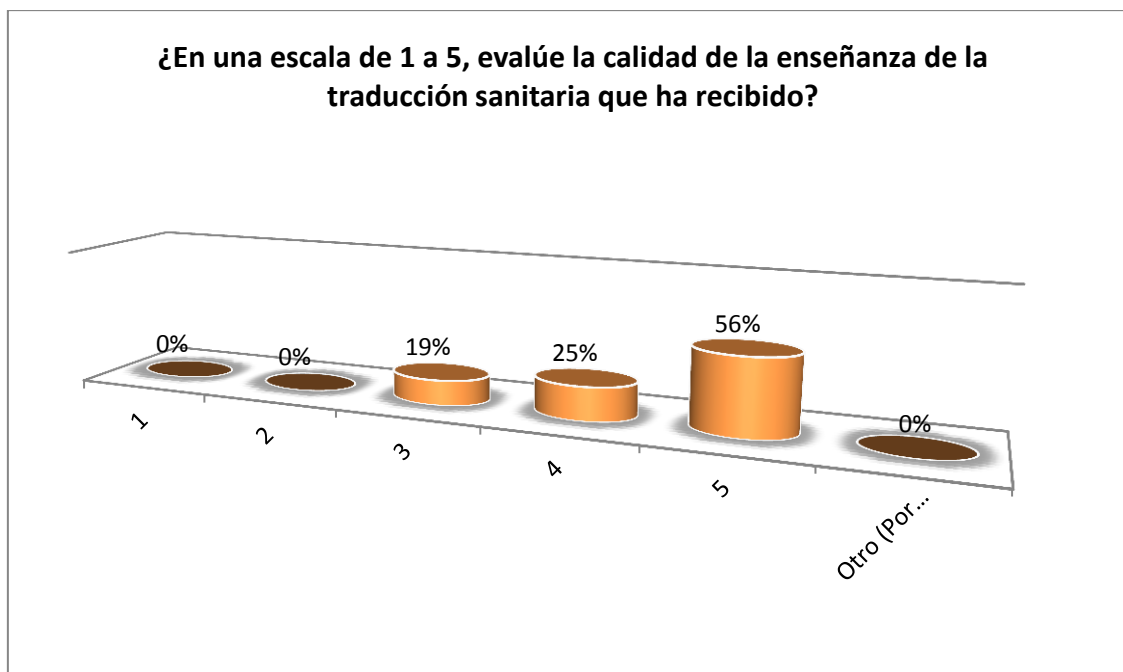


Gráfico 25: Calidad de la enseñanza ofrecida

Experimentando aspectos concretos en este ámbito, esto es, la existencia de un máster específico de Traducción e Interpretación Sanitaria en el binomio lingüístico que nos ocupa, nos percatamos de que el 94 % de los estudiantes objeto de estudio considera conveniente la implantación de un máster que se limite a formar a futuros profesionales e investigadores en este ámbito¹⁶¹. Asimismo, el 75 % de ellos estudiaría un posgrado de estas características, si se ofertase académicamente.

No obstante, un 6 % considera innecesaria la implantación de un máster que se ocupe exclusivamente de la formación en esta parcela, y un 19 % no procedería a cursar un máster así, si lo hubiera. Además, un porcentaje menor —un 6 %— no tiene claro si cursaría un máster restringido solamente a la enseñanza de la traducción y la interpretación sanitarias español-árabe. Los dos gráficos que se muestran a continuación recogen los datos aquí explicados:

¹⁶¹ Esta es una pregunta de naturaleza exploratoria. Somos conscientes de que el avance en esta línea requiere, necesariamente, la existencia de una demanda laboral potente y sostenible.

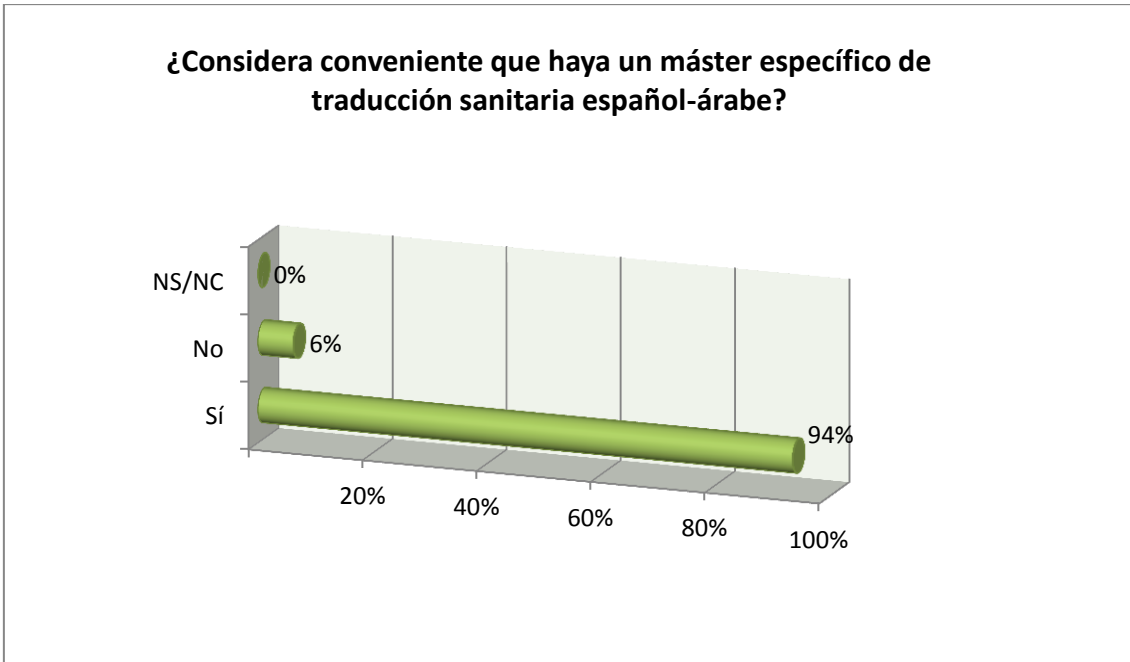


Gráfico 26: Perspectivas sobre un máster específico en T&I sanitaria español-árabe

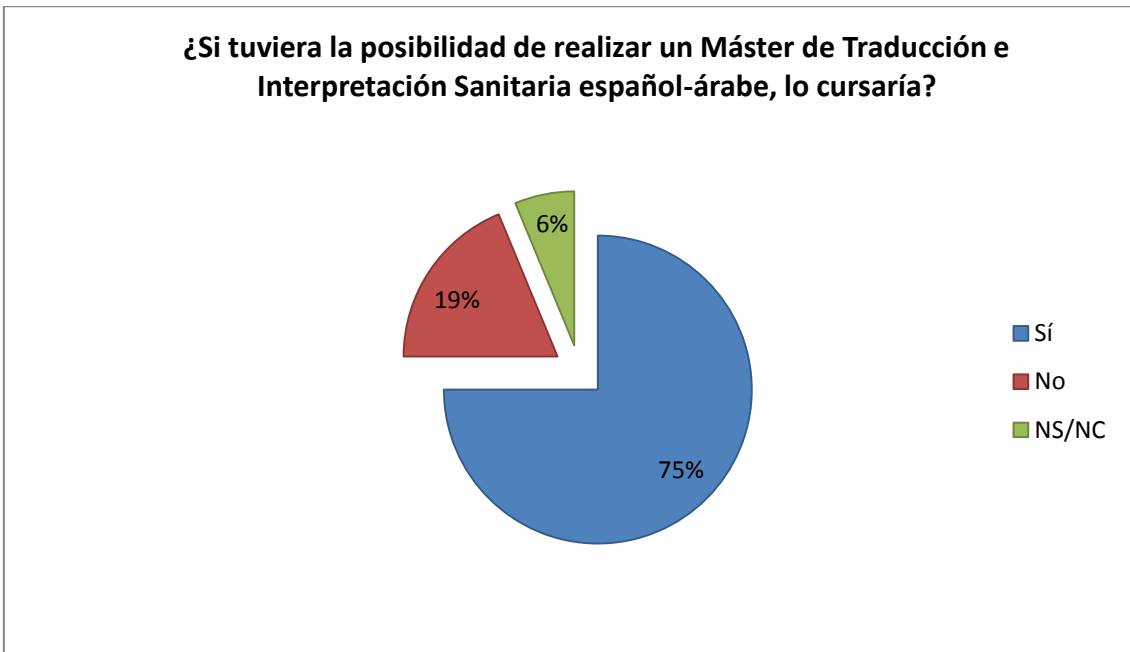


Gráfico 27: Posibilidades de cursar un máster en T&I sanitaria español-árabe

Los alumnos objeto de estudio poseen unas expectativas favorables en torno al futuro de la traducción médica español-árabe en España. En una pregunta de respuesta libre se les ha consultado sobre sus previsiones acerca del futuro de esta profesión en

España. La mayoría de las contestaciones en este sentido han resultado optimistas. A pesar de ello, algunos consideran que hay escollos en el camino de esta profesión que representan un obstáculo para el oficio de traductor e intérprete en los servicios públicos. Citan como ejemplo de estas dificultades la ausencia de reconocimiento profesional por parte de las instituciones públicas.

En otra pregunta, también de respuesta libre, se ha dedicado un espacio a los encuestados, con el objetivo de que aporten sus perspectivas con relación a la asignatura de traducción sanitaria, así como sobre la profesión del traductor médico en general. La gran mayoría de las paráfrasis propuestas en esta línea versan sobre peticiones tales como disponer de acceso al material realizado por el alumnado del máster en años anteriores, permitir más práctica de traducción e interpretación sanitarias, incrementar el número de horas dedicadas a la traducción sanitaria, ampliar la duración del máster o subsanar el vacío relativo a la ausencia de herramientas de consulta, especialmente diccionarios bilingües en este ámbito, realidad que tratamos con más detalle en el último capítulo del trabajo que aquí se presenta.

7.4. Propuesta de una UD para la enseñanza de la traducción sanitaria español-árabe

Siguiendo el modelo de Blasco Mira y Mengual Andrés (2008) en lo que respecta a los elementos de la UD, la estructura de la propuesta que aquí se presenta se desarrollará del modo siguiente:

- 1. Título de la UD**
- 2. Introducción**
- 3. Objetivos didácticos**
- 4. Contenidos**
- 5. Actividades de enseñanza aprendizaje**
- 6. Metodología**
- 7. Evaluación**
- 8. Recursos y materiales**
- 9. Reflexión del profesor**

10. Bibliografía

Para dar comienzo a nuestra propuesta de UD, a continuación, detallamos cada uno de los elementos arriba referidos:

7.4.1. Título

UD para la formación introductoria en traducción sanitaria árabe<>español

7.4.2. Introducción

Para empezar, confeccionamos una programación didáctica dirigida a los alumnos de un programa de posgrado, esto es, el Máster en TISP. La asignatura en cuyo seno se efectúa esta UD tiene por título “Traducción especializada: ámbito sanitario (árabe-español)”. Es de carácter obligatorio, conlleva la asignación de 6 ECTS y se desarrolla en un periodo comprendido entre 15 y 30 días. Igualmente, se imparte por dos profesores que, si bien han de llevar a cabo una enseñanza bidireccional, es decir, del árabe al español y viceversa, cada uno de ellos se encamina hacia una determinada dirección lingüística.

De igual forma, esta asignatura “es fundamentalmente práctica que se centra en profundizar en las características propias de este tipo de traducción especializada y en la adquisición y mejora de competencias y habilidades específicas”¹⁶². Va dirigida, como queda dicho (*vid. supra.* capítulo III), a los alumnos que dominan el par lingüístico en cuestión, con un nivel de conocimiento C2 y en cualquier caso no inferior a un C1¹⁶³.

A continuación, citamos los objetivos de dicha asignatura que, más tarde, serán interconectados con los nuestros, expuestos en el punto 4.7.3 de esta UD. Así pues, de

¹⁶² Véase la guía docente de esta asignatura. Disponible en: http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2017/05/200744_tradsanit-%C3%A1rabe_compet.pdf (Último acceso: 30/09/2018).

¹⁶³ Según el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas.

acuerdo con la guía docente de la asignatura propiamente referida, “se espera que los alumnos adquieran las siguientes competencias específicas”:

1. Adquirir y comprender a nivel avanzado conceptos y elementos clave que intervienen en la TISP en situaciones diversas en los ámbitos especializados de la TISP (sanitario).
2. Capacidad de identificación de distintos géneros y tipos de discursos especializados y sus características necesarias para facilitar el proceso de traducción.
3. Habilidades de traducción aplicando estrategias específicas a textos del ámbito de la TISP.
4. Competencia documental basada en el dominio y aplicación de técnicas y estrategias adecuadas de documentación, así como en criterios de selección y evaluación de herramientas de utilidad para facilitar el trabajo.

Los objetivos de esta UD se dividen en generales y específicos. Estos últimos buscan potenciar cada una de las competencias que estos futuros traductores deben afianzar. Si hemos optado por tres objetivos específicos es debido a que cada uno de ellos engloba un bloque que tiene por objeto trabajar una competencia concreta. Del mismo modo, con ello buscamos que cada bloque cubra cuatro clases presenciales, ya que el total de las clases objeto de esta UD son 12.

7.4.3. Objetivos didácticos

Si bien toda UD persigue unos objetivos nítidos, se requiere que éstos vayan en consonancia con los objetivos recogidos en el Proyecto Curricular del Centro objeto de dicha unidad (Blasco Mira y Mengual Andrés, 2008: 8). Partiendo de esta premisa, los objetivos de la programación que aquí se presenta se vertebran en cuatro; uno general y tres específicos, tal y como se menciona a continuación:

7.4.3.1. Generales

- Presentar una formación básica e introductoria en la traducción sanitaria referente a la combinación lingüística árabe-español basada en la adquisición de la competencia traductora según el modelo (PACTE)¹⁶⁴.

7.4.3.2. Específicos

1. Afianzar la competencia temática y bicultural relativas al ámbito sanitario en las dos lenguas que conforman la combinación lingüística en acción.
2. Distinguir los diferentes géneros textuales, además de la localización y el uso de los recursos más apropiados para la documentación en este ámbito concreto.
3. Consolidar la competencia traslativa mediante el aprendizaje de técnicas referentes a la adquisición de terminología médica y el aprendizaje de estrategias determinadas de traducción.

7.4.4. Contenidos

Preservando el carácter práctico de las clases, planteamos, en primer lugar, la lectura, preferiblemente antes del comienzo de las clases presenciales, de determinadas obras, coincidiendo en este planteamiento con Ortega Arjonilla (2017: 230). Dichas lecturas se desarrollarán en dos vertientes distintas y, sin embargo, interconectadas. En lo que respecta a la traductología, proponemos la lectura sobre las competencias del traductor referidas por el grupo PACTE (op. cit.). Referente al ámbito de la traducción en los servicios públicos, planteamos la lectura de las siguientes obras: Valero Garcés (2011), Taibi, Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez (2005) y El-Madkouri Maataoui, Lázaro Gutiérrez y Taibi (2005). Además, para los alumnos que deseen ampliar información en estas parcelas, obras como las de Ortega Arjonilla (2017 y 2010),

¹⁶⁴ Véase: <http://www3.uji.es/~aferna/H44/Translation-competence.pdf>.

Moya (2004) y Hurtado Albir (2001), además de las publicadas por el grupo FITISPOS¹⁶⁵ o las incluidas en la revista Panace@ son también muy recomendables.

La otra línea de lectura atañe al ámbito médico-sanitario, para lo que será necesario abordar textos pertenecientes a géneros textuales variados, aspecto que autores como Mayor Serrano (2002: 83) estiman importante. De igual manera, la lectura señalada debe efectuarse en las dos lenguas que componen la combinación lingüística en cuestión. Para esta finalidad se plantea como tribuna principal el portal “Temas de Salud”¹⁶⁶ que figura en la página web de la OMS, ya que se ofrece en seis lenguas, entre ellas el árabe y el castellano, y, por ende, permite la consulta de numerosos textos paralelos. Asimismo, como lugares específicos para dicha lectura, que de igual forma posibilitan la consulta de textos paralelos, proponemos los sitios web que siguen:

En árabe¹⁶⁷:

- Doctoori [mi médico]: <http://www.doctoori.net>
- El periódico Médico Árabe: <http://www.arabmedmag.com/index.htm>
- La Revista Médica Árabe: <http://al-medicine.net>

En español¹⁶⁸:

- ¿Cómo funciona qué?: <http://comofuncionaque.com/que-es-la-salud-y-cuales-son-sus-elementos>
- MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish>
- Tu síntoma: <http://tusintoma.com>

¹⁶⁵ Disponible en: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos.

¹⁶⁶ Disponible en: <http://www.who.int/es> (Último acceso: 11/10/2018).

¹⁶⁷ Último acceso a los recursos que constituyen este apartado: 03/09/2016.

¹⁶⁸ Último acceso a los recursos que constituyen este apartado: 03/09/2016.

Tras proponer los contenidos referentes a la lectura general que representa, para esta UD, una introducción importante de cara a las clases presenciales, hacemos mención a continuación de los contenidos específicos. Recordamos que esta UD consta de tres objetivos específicos, y que cada uno de ellos busca afianzar unas competencias determinadas en los futuros traductores de textos sanitarios. Así pues, de acuerdo con dichos objetivos hemos establecido tres bloques temáticos, cada uno de los cuales se trabajará durante cuatro clases presenciales, tal y como sigue:

Tema 1:

En este punto se proponen a modo de material para trabajar en clase, ocho textos de contenido médico-sanitario, divididos en dos grupos de cuatro textos para cada dirección lingüística. Los textos abordan temáticas diferentes, es decir, dan a conocer información sobre medicina en general, pero también sobre los sistemas sanitarios en España y en algunos países árabes. Cabe ilustrar que los textos son de extensión media y de dificultad ascendente. De igual modo, estos textos procuran cubrir el mayor número de partes del cuerpo humano, tal y como se aprecia a continuación:

Texto 1: ¿Cómo funciona el sistema sanitario español? Disponible en Anexo 3 (Traducción del español al árabe).

Texto 2: Los diferentes sectores del Ministerio de Sanidad y Población de Egipto. Disponible en Anexo 4 (traducción del árabe al español).

Texto 3: Preguntas frecuentes sobre salud. Disponible en Anexo 5 (Traducción del español al árabe).

Texto 4: Las enfermedades crónicas en los países árabes. Disponible en Anexo 6 (Traducción del árabe al español).

Los textos 5 y 6: Los textos concernientes al grupo de dificultad básica del material común¹⁶⁹ en el Máster en TISP¹⁷⁰ (Traducción del español al árabe).

Los textos 7 y 8: Los informes médicos número 3 y 4 que aparecen en el Anexo 7 (Traducción del árabe al español).

Tema 2:

Siguiendo los mismos criterios aplicados en el tema 1, en lo que se refiere, precisamente, al número de textos, proponemos aquí también ocho textos que atañen a las cuatro clases presenciales que lo componen. Lo que cambia aquí es que dichos textos persiguen un objetivo diferente, a saber: distinguir los diferentes géneros textuales, además de la localización y el uso de los recursos más apropiados para la documentación en este ámbito.

Texto 1, 3, 5 y 7: Los textos que pertenecen al grupo de dificultad media del material común en el Máster en TISP (Traducción del español al árabe).

Texto 2, 4, 6 y 8: Los informes médicos número 2 y 5 que aparecen en el Anexo 7 (Traducción del árabe al español).

Cabe subrayar que la selección de textos efectuada para este bloque temático concierne a géneros textuales diferentes, al tiempo que presenta términos, sobre todo semiespecializados, y siglas que harán necesario el uso de diferentes herramientas y recursos de consulta para la documentación.

¹⁶⁹ Disponibles en: <https://www.dropbox.com/sh/p20y1s1r39drsyk/AADjZHuHVKb4J2k-lamOYWvka?dl=0>

¹⁷⁰ El corpus que figura tanto en el material común como en el material extra cubre una amplia gama de especialidades médicas, lo que permite al alumnado familiarizarse con la terminología propia de enfermedades diferentes.

Tema 3:

En este bloque temático, persiguiendo otro objetivo, a saber: la consolidación de la competencia traslativa mediante el aprendizaje de técnicas referentes a la adquisición de términos médicos y el aprendizaje de estrategias concretas de traducción, proponemos otro corpus textual que, estimamos, nos posibilitará la consecución del objetivo señalado:

Textos 2, 4, 6 y 8: Los textos que atañen al grupo de dificultad alta del material común en el Máster en TISP (Traducción del español al árabe).

Texto 1, 3, 5 y 7: Los informes médicos número 7 y 8 que aparecen en el Anexo 7, además del consentimiento informado que figura en el Anexo 8 y el texto del Anexo 9 (Traducción del árabe al español).

Tras proponer el corpus textual propio de nuestra UD, procedemos en las líneas siguientes a dilucidar tanto las actividades de enseñanza-aprendizaje como la metodología empleada en la programación que aquí se presenta:

7.4.5. Actividades de enseñanza-aprendizaje

Según Blasco Mira y Mengual Andrés (2008: 14), las actividades de aprendizaje “constituyen las experiencias activas seleccionadas para desarrollar los contenidos y lograrlos objetivos propuestas al inicio de la UD”. Éstas suelen ser elegidas por el profesor, pero se anima también a los alumnos a aportar sus perspectivas al respecto, esto sí, siempre guiados por el profesor.

Ahora bien, partimos de los criterios de Antúnez (1992: 117) con respecto a los criterios que han de gobernar las actividades propiamente señaladas. Para este autor, los principios de la enseñanza han de desarrollarse de lo próximo a lo distante, de lo fácil a lo difícil, de lo conocido a lo desconocido, de lo individual a lo general y de lo concreto a lo abstracto. Por ello, la selección de los textos tanto en su contenido, género textual y nivel de dificultad atienden a una buena parte de estos principios.

En lo que se refiere a las actividades que fomentan el desarrollo de la unidad, cabe explicitar desde el principio que la actividad dentro del aula tiene lugar en forma de seminario en el que han de actuar e interaccionar todos los integrantes de la misma. En este orden, el trabajo tanto en pareja como en grupo es fundamental.

Igualmente, el material introductorio está presente en este punto. Dicho material puede buscar la aportación de un conocimiento declarativo como la de información relativa al mercado de trabajo, a la disponibilidad de nuevos programas TAS, al significado de un concepto determinado, etc., o procedimental como el planteamiento de términos médicos complicados abordando las técnicas y estrategias de documentación adecuadas con el fin de darse con su significado.

Aquí también planteamos un dominio terminológico basado en la enseñanza de los prefijos y sufijos médicos en español. Estimamos que esta estrategia posibilitará adquirir destrezas para “descifrar” el significado de muchos términos médicos ante la imposibilidad de que el alumno o cualquier traductor (Marsh, 1999) sepa de memoria todos los términos médicos. Una de las actividades que nos ha resultado de gran utilidad al respecto es la traducción al árabe, realizada por los alumnos y bajo el auspicio del profesor, de un listado de sufijos y prefijos médicos¹⁷¹ con su consiguiente aplicación a textos reales que se trabajan en clase. Igualmente, los listados terminológicos y su equivalente en la otra lengua, que normalmente son elaborados por los alumnos en forma de deberes en horario no lectivo y su posterior participación en la confección de dichos listados —de los que habitualmente nace una especie de glosario bilingüe español-árabe— se ha revelado también como un recurso de gran utilidad para los alumnos.

¹⁷¹ Proponemos el listado disponible en:
http://www.studentconsult.es/ficheros/booktemplate/9788445821152/files/terminologia_medica.pdf
(Último acceso: 02/12/2017)

7.4.6. Metodología

La metodología aquí referida trata principalmente de los métodos que buscan propiciar el desarrollo adecuado de la UD objeto de este capítulo. Por lo tanto, dicha metodología aglutina tanto aquellos aspectos que corresponden al docente como los que atañen al discente. En cuanto a la actuación del profesor éste, a tenor del conocimiento que ha de poseer a propósito de todos los componentes de la clase (alumnos, material o herramientas de trabajo), aplicará todas las estrategias y técnicas que propicien el aprendizaje.

Con respecto a los alumnos, la interacción de éstos en clase, así como la correspondiente realización de las tareas y deberes que les serán encargados se consideran aspectos fundamentales para el correcto desarrollo de esta programación. De igual forma, los textos que componen esta UD se traducirán tanto en clase como fuera de ella, aunque las actividades que tendrán lugar dentro del aula se centrarán principalmente en la resolución de los problemas traductológicos y en la puesta en común de las estrategias y métodos de traducción del texto sanitario.

De igual modo, se hará uso, en el marco de esta UD, de diversos soportes informáticos y de las pertinentes herramientas de ayuda a la traducción, tales como Trados o MemoQ, entre otras, ya que los futuros traductores profesionales habrán de amoldarse a las exigencias del mercado laboral y a la competición cada vez más ardua entre los traductores.

Por último, esta UD será sometida a la evaluación constante del profesor y de la dirección del programa de posgrado a la que va dirigida. La reflexión, tanto del docente como de todos los integrantes del proceso educativo o pedagógico resulta de suma importancia para la actualización continua de esta programación. Los recursos y la bibliografía proporcionados para esta finalidad son, asimismo, trascendentales.

7.5. A modo de conclusión

El encargo de traducción dirigido a los alumnos objeto de estudio revela el tipo de error que éstos cometen a la hora de verter al árabe un texto médico de nivel medio redactado en castellano. Dichos errores se presentan de modos distintos, bien sea en forma de contrasentidos, sinsentidos, omisión, adición o sobre traducción. Además, se ha constatado que algunos de los alumnos cuya lengua nativa no es el árabe cometen errores de ortografía o incurren en contrasentidos generados por una deficiencia en la redacción de la lengua meta. En cambio, se ha constatado que en algún caso se ha malentendido el texto de partida por parte de algún alumno cuya lengua materna no es el español. Dicha dificultad inicial en la comprensión del texto de partida repercute de forma evidente en el proceso de traducción, dando como resultado, en este caso, un contrasentido.

De la misma forma, se observa que la mayoría de los alumnos cometía fácilmente errores de traducción cuando en el texto de partida figuraba el nombre de aparatología médica o algún procedimiento quirúrgico cuyo equivalente en árabe presenta polisemia o se expresa de manera diferente. En este caso, la mayoría de los alumnos recurrían a la transliteración o a la traducción literal. En este punto deseamos subrayar, igualmente, las deficiencias mostradas por un porcentaje importante de los alumnos en lo que se refiere a las técnicas de documentación. Esta realidad, unida a la escasez manifiesta de herramientas de consulta relativas a esta área de traducción, constituye —desde nuestra perspectiva— un problema serio. El uso de herramientas fáciles pero poco fiables, como es el caso del traductor de Google, resulta evidente en este proceso.

Igualmente, en nuestro análisis hemos comprobado la consulta por parte de los alumnos de diccionarios bilingües no especializados en la materia. Este hecho ha generado ciertos errores materializados en cambios de sentido, traduciendo, por ejemplo, “administrar medicina” por يدير الدواء y no يعطي الدواء, “imitar [la labor de] el páncreas” por يستنسخ البنكرياس, y no يحاكي [وظيفة] البنكرياس, alteración del estómago por

فوضى المعدة, y no اضطراب المعدة, y, en otros casos no presentes aquí, se ha observado la traducción de métodos anticonceptivos por مناهج منع الحمل y no وسائل منع الحمل.

Por otro lado, el análisis de la encuesta nos ha permitido conocer que la mayoría de los alumnos objeto de este estudio son bilingües tardíos asimétricos y coordinados. Además, éstos poseen perfiles diferentes donde ostentan conocimiento sobre traductología y terminología, aunque —como se ha mostrado en el capítulo III— más del 95 % de ellos no había cursado una asignatura concerniente a la traducción médica en la combinación lingüística que nos ocupa en la fase previa a este máster.

Igualmente, el análisis de la asignatura de traducción sanitaria, recogida en el programa de posgrado objeto de este capítulo, revela que dicha asignatura no ofrece una formación integral en el área que le corresponde. Se trata, más bien, de una introducción a la formación en la traducción sanitaria. Por lo tanto, consideramos que la implantación de un máster de en traducción (e interpretación) sanitaria, de 60 ECTS, sería necesario para que los alumnos empiecen su andadura como traductores médicos en la combinación lingüística de la que nos interesamos. Así, las respuestas del 94 % de los estudiantes encuestados plasman esta petición. Además, un 75 % de éstos la cursaría si existiera esta oferta. Tanto es así, que la UD que se propone en las páginas siguientes representa el granito de arena que ofrecemos a raíz del estudio realizado y las conclusiones que de él se han extraído.

**CAPÍTULO VIII: PROPUESTA DE UN DICCIONARIO EN LÍNEA
DE TÉRMINOS MÉDICOS “ESPAÑOL-ÁRABE”**

8.1. Introducción

Tal y como se ha constatado, traductores de textos médicos, así como alumnos y docentes de la traducción médica coinciden en que los recursos lexicográficos, sobre todo diccionarios y glosarios bilingües referentes al ámbito propiamente señalado son casi nulos. Del mismo modo, dichos colectivos convienen en la dificultad que entraña verter textos médicos del árabe al español, y a la inversa, en tanto que no se cuenta con los recursos suficientes para llevar a cabo dicho trabajo de forma adecuada.

De ahí que numerosos especialistas en traducción, en general, y en traducción de textos especializados, en particular, pongan de relieve la importancia que cobran los recursos bilingües en la transmisión de un texto de una lengua a otra (Caturla Poch, 1998; Morillas y Álvarez, 2000, entre otros). Pese a ello, hay quien no niega la importancia de dichas herramientas pero, al mismo tiempo, las considera un enemigo del traductor (Balliu, 1998: 85). Es lógico que cuanto más amplios, variados y especializados sean estos soportes de consulta, más fácil resultaría el trabajo de documentación previo a la culminación de una traducción en el ámbito propiamente señalado.

Partiendo de estas premisas, en el presente capítulo exploraremos el estado de la cuestión de las herramientas de consulta en el ámbito y la combinación lingüística que nos ocupan. Dicha exploración se centrará, principalmente, en los diccionarios y glosarios bilingües, tanto impresos como digitales, y comprenderá España, Egipto y los países del CCG.

Acto seguido, se planteará la propuesta de un diccionario español-árabe de términos médicos que se ofrecerá *en línea*. Para ello, se escogerá un programa informático y se diseñarán ilustraciones con 12 términos médicos y sus equivalentes en la otra lengua con el fin de demostrar la viabilidad de esta idea. Cabe señalar que, aunque la proposición objeto de este capítulo se encuentra fuera del objetivo de esta tesis doctoral, resulta imperioso llamar la atención sobre una realidad que afecta al trabajo de quien se dedica a la traducción, la docencia o la investigación en el ámbito objeto de este proyecto.

8.2. Antecedentes

La búsqueda efectuada en esta área comprende tanto obras lexicográficas ofrecidas en papel como en línea y se desglosa en tres bloques distintos. En primer lugar, las obras lexicográficas relacionadas con el ámbito y la combinación lingüística que nos ocupan. En segundo lugar, las que atañen al campo médico, pero no al par lingüístico español-árabe. De éstas se mencionan las más destacadas o las que han sido desarrolladas en el seno de prestigiosos centros como es el caso de las respectivas academias de la lengua. Y, por último, los trabajos lexicográficos correspondientes al binomio árabe-español pero no en el ámbito médico.

En lo que se refiere al primer bloque citamos la obra, inédita, de Sufí (1991) titulada *Diccionario médico-farmacéutico español-árabe*, diccionario bilingüe español-árabe que consta de 370 páginas. Los términos en castellano, con su equivalente en árabe, aparecen colocados en columnas verticales a lo largo de dichas páginas. Pese a que este diccionario está encaminado principalmente a abarcar términos exclusivamente médico-farmacéuticos, hemos comprobado que encierra también una serie de términos atinentes a otras disciplinas afines a las ciencias de la salud, a saber: química, biológica, etc.

Cabe señalar que, al ser inédita, resulta imposible su acceso por parte de los alumnos del Máster en TISP o por la de la comunidad de traductores médicos. Así pues, aunque estimamos necesario someterla antes a un proceso de actualización, su puesta a disposición de los colectivos propiamente señalados sería de gran utilidad. Para ello, nos pusimos en contacto con dicho autor¹⁷² en aras de conocer más sobre la naturaleza de este trabajo, su objetivo y la posibilidad de publicarlo en un futuro, tal y como se observa a continuación:

Doctorando: Estimado Sr. Maher Safi. Espero que esté bien. ¿Es usted el autor del diccionario titulado *Diccionario Médico-Farmacéutico español-árabe*?

¹⁷² Intercambio de mensajes entre el 24 y el 29 de diciembre de 2016 a través de *Facebook*, única vía que nos resultó posible para localizar al autor de este diccionario.

El autor: Sí, ¿Cómo lo has conseguido? Sólo había algunos ejemplares regalados a amigos míos. Es una obra que requiere una revisión. Un saludo.

Doctorando: Agradezco sumamente su respuesta. Un amigo suyo me ha facilitado uno de estos ejemplares. Actualmente estoy elaborando la propuesta de un diccionario médico como parte de mi tesis doctoral. ¿Sería usted tan amable de facilitarnos algún consejo u orientación concreta al respecto?

El autor: Es una alegría para mí ver que este proyecto en concreto, que constituía un sueño, se encuentra en fase de salir a la luz por medio de su trabajo que considero una de las prioridades de la ciencia. Hay varios diccionarios médicos y farmacéuticos en otras lenguas que pueden consultar en internet para facilitar su trabajo. Puede consultar diccionarios médicos en inglés y francés. En un futuro, me gustaría ver la letra A del diccionario. Un saludo y mis deseos de éxito.

Doctorando: Muchas gracias por sus consejos. Le enviaré el acceso al diccionario una vez éste haya salido a la luz. Reciba un cordial saludo.

Otra obra relativa a la combinación lingüística en cuestión es la de Gouda y Abdel-Halim (2005) titulada *Glosario de términos científicos y técnicos español-árabe-español*. Este trabajo se compone de 188 páginas en la parte español-árabe y de un número similar en el par árabe-español. No se trata de un glosario de términos médicos sino, como su propio título reza, de términos científicos y técnicos. No obstante, dada la afinidad de los campos tratados, aglutina casi un centenar de términos médicos. Al igual que la obra anterior, Gouda y Abdel-Halim (2005) han diseñado su glosario de forma que se ofrece el término en un idioma y su equivalente en la otra lengua. Sin embargo, no se alude a ningún método científico en concreto que gobierne la confección de esta obra lexicográfica. Creemos que es digna de mención la referencia que han hecho los autores en la introducción del trabajo a propósito de la escasez de este tipo de glosarios especializados en el repertorio de las bibliotecas

árabes¹⁷³. Por este motivo, conciben dicho trabajo como una herramienta de utilidad para los alumnos que quieran efectuar consultas en materia científica y técnica.

Con respecto a los diccionarios médicos elaborados en otros binomios lingüísticos distintos al español-árabe destacamos *The Unified Medical Dictionary*, cuya primera edición “was issued in the 1960s by the Arab Medical Union in Baghdad, Iraq, to meet the urgent need in Arab countries for unified medical terms”¹⁷⁴. Tal y como queda dicho, esta edición vio la luz gracias a la iniciativa de la Unión de los Médicos Árabes. Visto ulteriormente el impacto que este esfuerzo ha tenido, tanto en el área académica como en la profesional, la OMS se hizo cargo de la tercera edición de este diccionario, publicada en 1973. Cabe destacar que esta obra alberga algo más de 150000 términos médicos en las dos lenguas propiamente referidas.

Asimismo, resulta imposible omitir la mención de obras como la de علي محمود عويضة (1970) titulada *Nuevo glosario médico-farmacéutico inglés-árabe* que, dada la especialización del autor en Farmacia, prevalecen los términos farmacéuticos sobre los médicos y, por lo tanto, sería útil para los interesados en el primer campo. O la obra de كمال الدين الحناوي (1995) titulada *Nuevo glosario de términos médicos inglés-árabe* cuyo valor añadido reside, desde nuestro punto de vista, en la traducción al árabe de un listado nutrido de prefijos, sufijos y afijos médicos que pueden perfectamente guiar a los traductores para conocer el significado de numerosos términos pertenecientes al área objeto de esta tesis doctoral.

Por otro lado, hemos comprobado que ciertas academias de la lengua árabe¹⁷⁵ han desplegado un esfuerzo prominente en aras de confeccionar glosarios médicos bilingües, principalmente del inglés al árabe y del francés al árabe. A este respecto, citamos como ejemplo el glosario de terminología médica llevado a cabo por el Comité de la Terminología Médica de la Academia de la Lengua Árabe de El Cairo.

¹⁷³ Realidad que, como iremos mencionando en las páginas que siguen, es aplicable al repertorio de la biblioteca española.

¹⁷⁴ <http://www.emro.who.int/Unified-Medical-Dictionary.html> (Último acceso: 02/04/2017).

¹⁷⁵ Maʿjami‘ al-Luga al-‘arabiyah.

Esta obra lexicográfica se desglosa en tres partes y abarca aproximadamente 10000 términos en inglés con su equivalente en árabe. Si bien se trata de un glosario útil, sobre todo en lo que a los términos árabes acuñados —como equivalentes de los neologismos médicos— se refiere, resulta incompleto, puesto que abarca únicamente once de las veintiséis letras del inglés al detenerse en la letra K. Además, con dichos 10000 términos, este trabajo cubriría un porcentaje inferior al 10 % de aquéllos abarcados por la medicina. Por otra parte, es digna de mención la aportación de la Academia Siria en la elaboración del *Glosario Multilingüe de Términos Médicos*. Esta obra lexicográfica dispone de más de 29.000 términos atinentes a la medicina y sus diferentes ramas (وجيهة السطل, 1998: 351).

En lo que se refiere al binomio lingüístico francés-árabe, mencionamos el *Dictionnaire de Médecine Français-Arabe* de Mahmoud Rouchedy al-Bakli al-Haquime (1870), antiguo alumno de la emblemática Escuela de Medicina de Egipto (al-Qasr al-‘ainy)¹⁷⁶ y miembro de la misión egipcia de estudios en París. Este diccionario fue publicado en 1870 por la editorial Impresión Oriental, de Victor Goupy.

En cambio, en otros ámbitos como el jurídico-administrativo hemos hallado varias obras lexicográficas publicadas, tanto en España como en algunos países árabes, en la seleccionada combinación de lenguas. Así, en las próximas líneas citaremos algunas de ellas para demostrar el interés dirigido a un área como la jurídico-administrativa.

Feria García (2006) publica el *Diccionario de términos jurídicos Árabe-Español*. Como su propio título indica, se trata de un diccionario bilingüe unidireccional árabe-español de corte o tamaño medio que se compone de 414 páginas. Los textos que encierra esta obra pertenecen a múltiples ramas del Derecho, a saber: documentación adular marroquí y textos relacionados con el Derecho de Familia y Sucesiones, etc.,

¹⁷⁶ Que sigue ejerciendo sus funciones en el país árabe hasta hoy en día, aunque con el nombre de la Facultad de Medicina de al-Qasr al-‘ainy.

todo ello vertido principalmente del árabe culto y tomado del contexto marroquí. Este trabajo fue destinado fundamentalmente a los agentes jurídicos (notarios, registradores, abogados, etc.) para que les sirviera como herramienta de consulta a la hora de afrontar textos referidos a las parcelas jurídicas, administrativas o policiales. No obstante, el autor arguye que esta obra puede ser útil igualmente para “los intérpretes jurados o aspirantes a serlo, sin perjuicio de que pueda también resultar provechosa para otros posibles usuarios como investigadores (juristas o arabistas) interesados en el Derecho de Familia y Sucesiones en el mundo árabe contemporáneo o estudiantes de filología o traducción” (Feria García, 2006: 03). Por último, la característica que distingue esta obra en comparación con las anteriores publicadas en papel —o las que citaremos a continuación— es la inclusión de entradas que explican con cierto detalle el sentido del término en la lengua meta.

Otra obra que corresponde al mismo ámbito y par lingüístico es la de Aguessim El Ghazouani (2006) titulada *Diccionario jurídico español/árabe* que, al igual que la anterior, abarca términos jurídicos y del Derecho, pero en la dirección español-árabe. Tiene como propósito ser útil para ambos colectivos: profesionales de la traducción y la interpretación, así como profesionales del Derecho. En lo relativo a la forma de la obra, ésta se trata de un libro de dimensiones normales que se compone de 216 páginas.

Por otra parte, si bien no se tratan de diccionarios bilingües, resultan también provechosos los trabajos de Mohamed Saad (2010, 2015 y 2017) dirigidos a los estudiantes de traducción legal, judicial y administrativa en el par de lenguas español-árabe. Estimamos que la realización de obras análogas en el campo objeto de esta tesis sería también de gran utilidad¹⁷⁷.

Siguiendo con la misma combinación lingüística, pero en otro ámbito distinto, destacamos el *Diccionario de términos económicos español-árabe*, de Dwidar Khattab

¹⁷⁷ Cabe señalar que en una conversación con el autor de estas obras, en la primavera del 2017, me comentó que tiene pendiente un proyecto similar en el ámbito médico español-árabe.

(2007). A diferencia de las dos obras mencionadas con anterioridad, el presente es un trabajo dirigido fundamentalmente a estudiantes, traductores e investigadores en la materia de la traducción económica del español al árabe. Este diccionario, cuya elaboración —según afirma su autor— duró cinco años, nace a raíz de su dilatada experiencia de su autor como traductor en la sucursal de un banco árabe en Madrid, y su valor emana del gran volumen de intercambio comercial entre España y los países árabes. Asimismo, el autor pone de relieve la falta de diccionarios especializados en la materia que le ocupa, lo que —en sus propias palabras— dificulta las traducciones de textos económicos. Es un trabajo compuesto de 285 páginas en el que se ofrecía simplemente el término en español y su equivalente en árabe.

Finalmente, no nos gustaría concluir la presente disertación sin hacer referencia a algunos diccionarios bilingües ofrecidos *en línea* y de los que el español y el árabe forman parte. Así pues, Almaany¹⁷⁸, Arabdict¹⁷⁹, Glosbe¹⁸⁰ y Reverso Context¹⁸¹ son algunos ejemplos, aunque dada la no especialización de estas herramientas digitales en el ámbito que nos ocupa, no serían suficientes para los traductores centrado en este campo.

8.3. Propuesta de un diccionario médico español-árabe en línea

Como queda descrito en las páginas anteriores, son muy escasos —por no decir nulos— los soportes de consulta, especialmente diccionarios y glosarios, en el par lingüístico español-árabe. Por ello, y vista la necesidad de los futuros traductores e intérpretes médicos en dicho binomio de lenguas, a estas herramientas (*vid. supra*, capítulos V y VII), hemos planteado una propuesta de un diccionario médico español-árabe en línea.

¹⁷⁸ Disponible en: <http://www.almaany.com> (Consulta: 26/12/2016).

¹⁷⁹ Disponible en: <http://www.arabdict.com> (Consulta: 26/12/2016).

¹⁸⁰ Disponible en: <https://es.glosbe.com> (Consulta: 26/12/2016).

¹⁸¹ Disponible en: <http://context.reverso.net/traduccion/> (Consulta: 26/12/2016).

Somos conscientes de que un planteamiento profundo de una obra lexicográfica como la que aquí se presenta exige una previa especialización en el campo, además de contar con el asesoramiento de especialistas en otras áreas como la informática o el diseño. Por ello, junto con la justificación que ofreceremos en las próximas líneas, solicitamos la debida cautela. He aquí la defensa de nuestro planteamiento:

La propuesta que a continuación esbozamos responde a una de las conclusiones de este trabajo de investigación, esto es, los profesionales de la traducción médica en la combinación español-árabe ven dificultada su labor por la severa escasez de diccionarios médicos en dicho binomio de lenguas. Por este motivo, planteamos la creación de la herramienta de consulta que aquí se presenta con el propósito de resarcir una parte del vacío que se experimenta en este sentido. De la misma forma, proponemos que dicha herramienta sea específicamente en línea por los motivos que expondremos en el siguiente epígrafe.

Además, pretendemos que esta propuesta esté completamente abierta a la aportación de los diferentes profesionales que suelen tomar parte en la génesis de un trabajo como el que aquí se propone. Sin duda alguna, la opinión de todos estos profesionales resultará provechosa para la creación de esta herramienta y su ulterior puesta a disposición de quienes estén interesados. Es más, nos hemos valido de la opinión y, también, del asesoramiento de especialistas en la materia¹⁸² con el fin de que nuestro planteamiento posea el debido rigor requerido en este tipo de planteamientos.

8.3.1. ¿Por qué un diccionario en línea?

Como queda dicho, se aspira que esta propuesta sea la semilla de un futuro proyecto cuya finalidad radique en la creación de un diccionario de términos médicos en línea, primero del español al árabe y más tarde o —si las circunstancias lo

¹⁸² María Betulia Pedraza, lexicógrafa e investigadora en la Universidad Autónoma de Barcelona.

permiten— de forma paralela, del árabe al español. Así pues, hemos optado por elaborar un diccionario en línea por las razones expuestas a continuación:

1- **La rectificación:** A diferencia de los diccionarios impresos, las obras lexicográficas que se ofrecen de forma *online* permiten la subsanación de los errores y erratas que puedan descubrirse una vez puestas a disposición de los usuarios.

2- **La actualización:** Las herramientas ofrecidas en formato digital posibilitan la actualización constante de los términos, de modo que el contenido de la obra es engrosado paulatinamente.

3- **La universalidad:** La creación de un diccionario en línea hará posible el fácil acceso a esta herramienta mediante dispositivos móviles como portátiles, tabletas o teléfonos celulares, con independencia del país en el que se encuentren los usuarios.

4- **La modernidad:** La facilitación de herramientas en línea suele ir en consonancia con la nueva realidad actual, esto es, la proliferación de recursos informáticos que, a diferencia de los impresos, pueden llevarse fácilmente al lugar de trabajo de los usuarios (aula, oficina, empresa, hospital, laboratorio, cabina de interpretación, etc.).

8.4. Metodología

El diseño de un producto lexicográfico en línea requiere, en primer lugar, la elección de un programa informático que permita el volcado de los datos a la web. Se recurre a esta opción, especialmente, cuando no se cuenta con un equipo integrado por informáticos y especialistas en Lexicografía¹⁸³. Por este motivo, en aras de construir una base de datos bilingüe de términos médicos español-árabe nos hemos valido de Lexonomy¹⁸⁴. En palabras de su creador, M. Měchura (2017), se trata de una plataforma ofrecida en línea, de uso fácil, que posibilita el diseño de diccionarios de tamaños pequeño y mediano de código abierto. Esta herramienta facilita, igualmente,

¹⁸³ Según María Betulia Pedraza, con fecha de 09/11/2018.

¹⁸⁴ Puede consultarse en: www.lexonomy.eu (Consulta: 09/11/2018).

la elaboración de diccionarios tanto monolingües como bilingües. Para el acceso a esta plataforma¹⁸⁵ es necesario crear una cuenta de usuario con contraseña donde se permite a cada usuario producir un número ilimitado de diccionarios.

Dicho esto, para establecer una selección de los términos médicos que conforman nuestra propuesta, nos hemos ajustado a unos criterios determinados. Así pues, en lo que se refiere a los términos que conforman dicha propuesta, nos hemos valido de recursos precisos en busca de la originalidad del término y su pertinencia al ámbito médico. Por ello, el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina (2012), (en adelante, DRANM), es el recurso del que se han extraído los términos en español, mientras que el Glosario de Términos Médicos de la Academia de la Lengua Árabe de El Cairo¹⁸⁶, (en adelante, GALAC), conforma el recurso en el que se encuentran los equivalentes en árabe de dichos términos. Asimismo, hemos bebido de otras fuentes, como la de Cundín y Olaeta (2015), que hacen una reflexión a propósito de los términos médicos y los criterios de la selección de entradas para crear un diccionario médico.

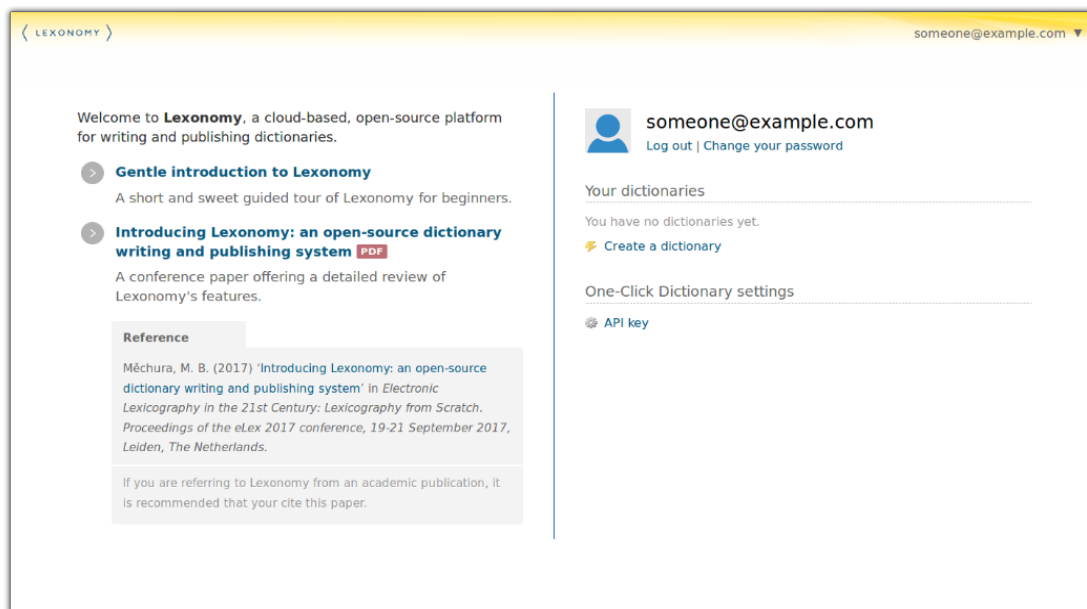
Nuestra propuesta consta de doce términos en español con sus equivalentes en árabe. El escogimiento de este número específico responde a la elección de un término por letra alfabética, empezando por la A y finalizando por la K, letra en la que — recordamos— se detuvo el Glosario de Términos Médicos de la Academia de la Lengua Árabe de El Cairo. Igualmente, hemos procurado que los términos escogidos cubran una amplia gama de especialidades médicas, esto es, hematología, endocrinología, oncología, urología, ginecología, oftalmología, cirugía, neurología, pediatría, inmunología, traumatología y aparato locomotor.

¹⁸⁵ Para ampliar información acerca de esta plataforma se recomienda la consulta de: <https://www.lexonomy.eu/docs/elex2017.pdf> (Consulta: 09/11/2018).

¹⁸⁶ معجم المصطلحات الطبية (2002)، مجمع اللغة العربية بالقاهرة، الطبعة الثانية، القاهرة، جمهورية مصر العربية

8.5. Algunas precisiones técnicas¹⁸⁷

Como se ha descrito antes, para acceder a la plataforma¹⁸⁸ es preciso abrir una cuenta con usuario y contraseña. Acto seguido, se incluye una impresión de pantalla captada de la web de Lexonomy, tal y como se aprecia a continuación:



Una vez que se haya iniciado sesión, la página de inicio de Lexonomy posee una sección cuyo título es *sus diccionarios*. Esta sección se encontrará vacía al principio, pero se completará cuando haya un enlace para crear un nuevo diccionario:

¹⁸⁷ Recordamos que en lo referente a las cuestiones técnicas, hemos contado con el asesoramiento de María Betulia Pedraza, lexicógrafa y especialista en la creación de este tipo de recursos en la UAB.

¹⁸⁸ Para más información sobre lo que ofrece la plataforma y sobre su manejo se recomienda la lectura de «<https://www.lexonomy.eu/docs/elex2017.pdf>».

< LEXONOMY > someone@example.com

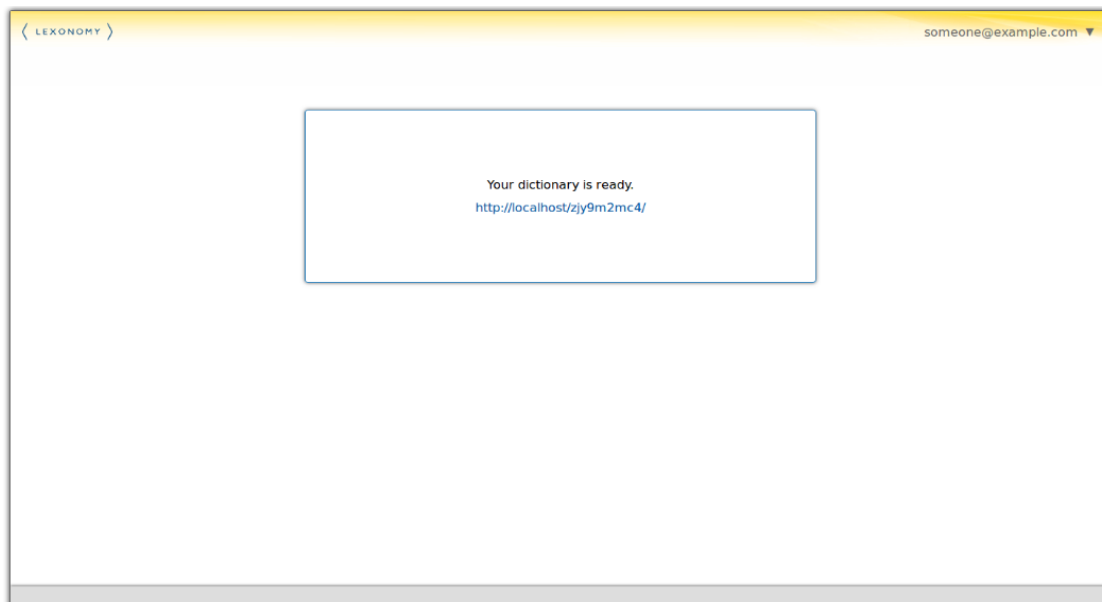
Title
My First Dictionary
Enter a human-readable title such as "My Esperanto Dictionary". You will be able to change this later.

URL
http://localhost/zjy9m2mc4
This will be your dictionary's address on the web. You will not be able to change this later.

Template
Simple Monolingual Dictionary
You can choose a template here to start you off. Each template comes with a few sample entries. You will be able to change or delete those and to customize the template.

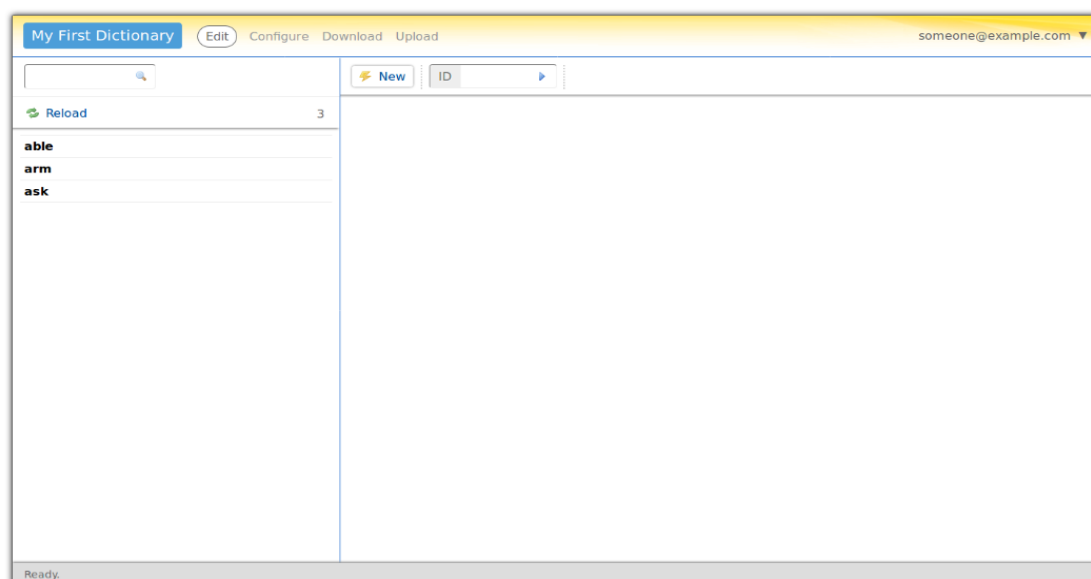
Create

Cabe ilustrar que todo nuevo diccionario que se crea aquí es susceptible de supresión o modificación, de acuerdo con las preferencias de su creador. Éste, además, quien decide mantener visible o hacer invisible el recurso implantado:

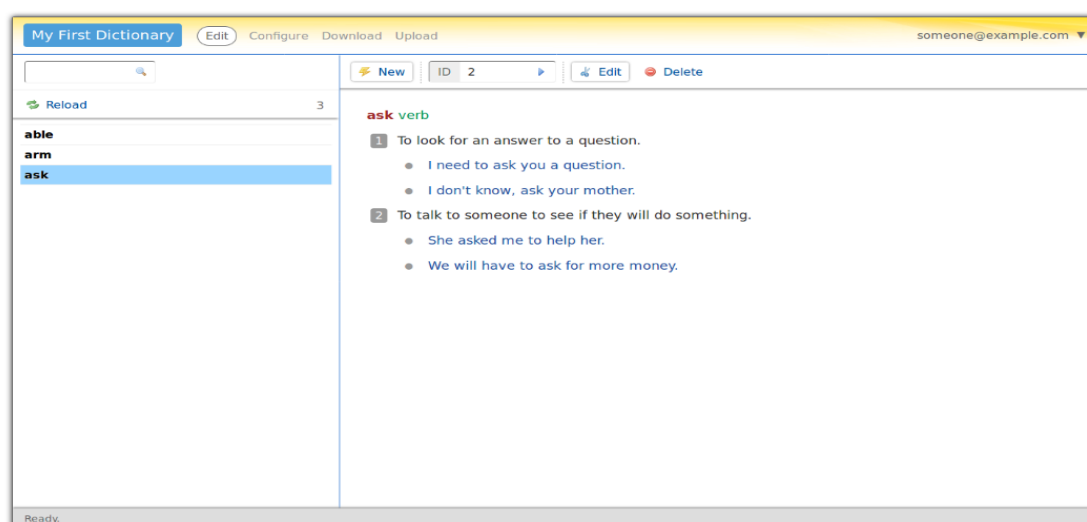


Para la edición de las entradas, Lexonomy realiza las siguientes precisiones:

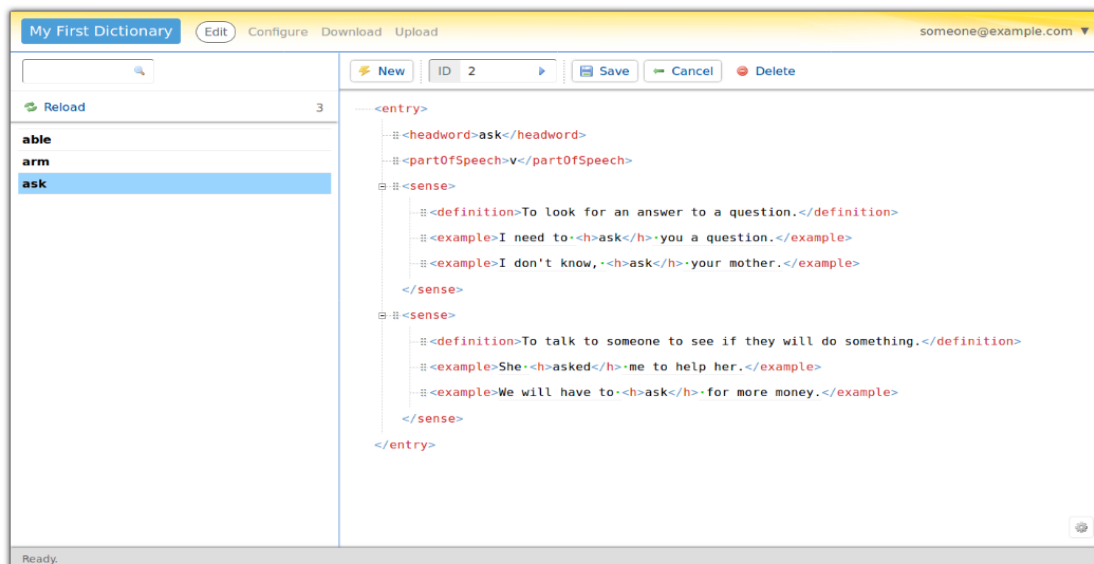
Haga clic en el enlace *Editar* en la página de inicio de su diccionario y será derivado a la interfaz de edición de Lexonomy. Aquí es donde se crea y se edita las entradas:



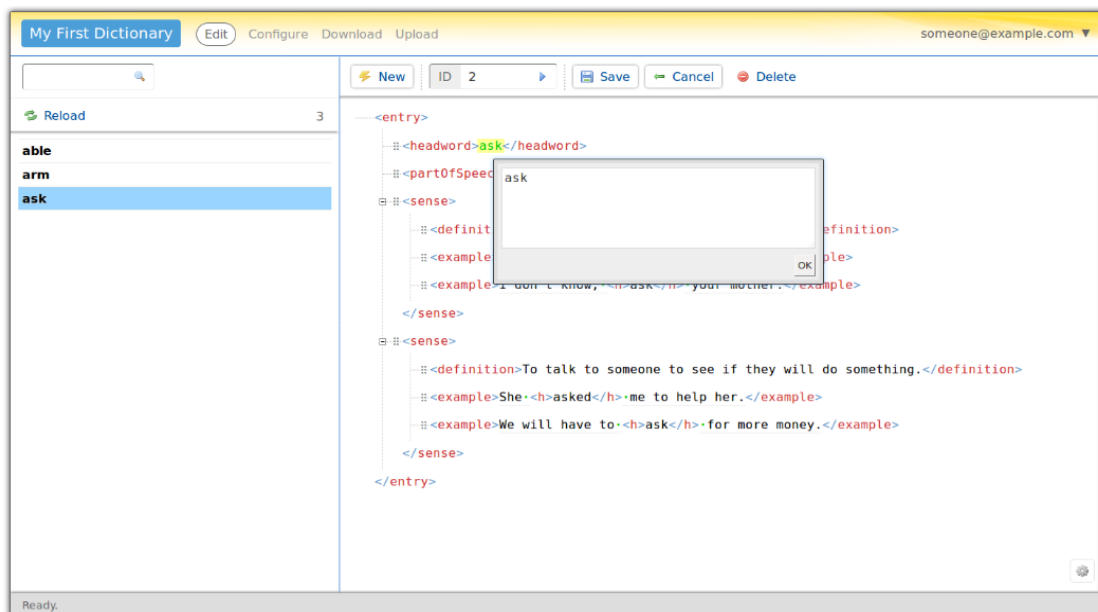
Se dará una lista de entradas en la parte izquierda. Si se selecciona una plantilla para crear el recurso, aparecerá de forma automática una o dos entradas de muestra. Dichas entradas pueden, posteriormente, eliminarse en aras de implantar las nuevas que usuario quiere. Deseamos subrayar al respecto que no hay límite para el número de entradas que puede contener el recurso propiamente referido:



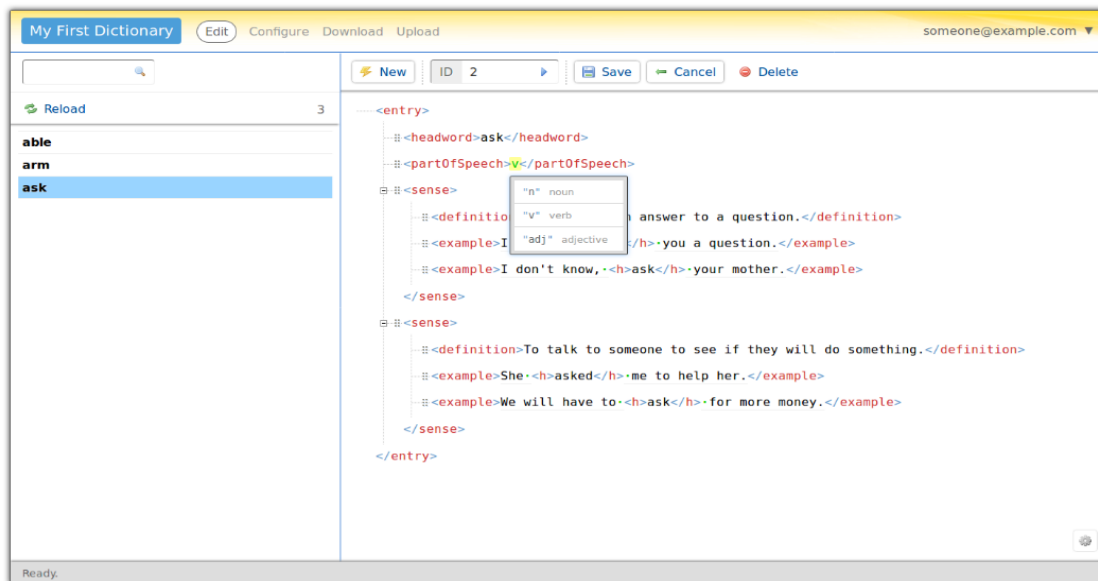
La siguiente es una impresión de pantalla que se puede observar una entrada desde la interfaz del lexicógrafo. Ésta se puede editar tecleando el botón *Editar* en la parte superior de la pantalla:



En la ilustración siguiente se ofrece la estructura subyacente de la entrada, con elementos como palabras clave y sentidos y partes del discurso marcadas explícitamente con XML (Extensible Markup Language). A este respecto, no es necesario ser un experto en XML para usar Lexonomy, pero sí debe comprenderse que cada entrada en Lexonomy es un pequeño documento XML que consta de elementos. Cada uno de éstos posee un nombre como headword y consiste en una etiqueta de apertura como <headword>, una etiqueta de cierre como </headword>. La función de dichas etiquetas es informarnos del significado de los diferentes fragmentos de texto. Se puede hacer *clic* en cualquier parte del texto entre las etiquetas y aparecerá un cuadro de texto que posibilita cambiarlo:

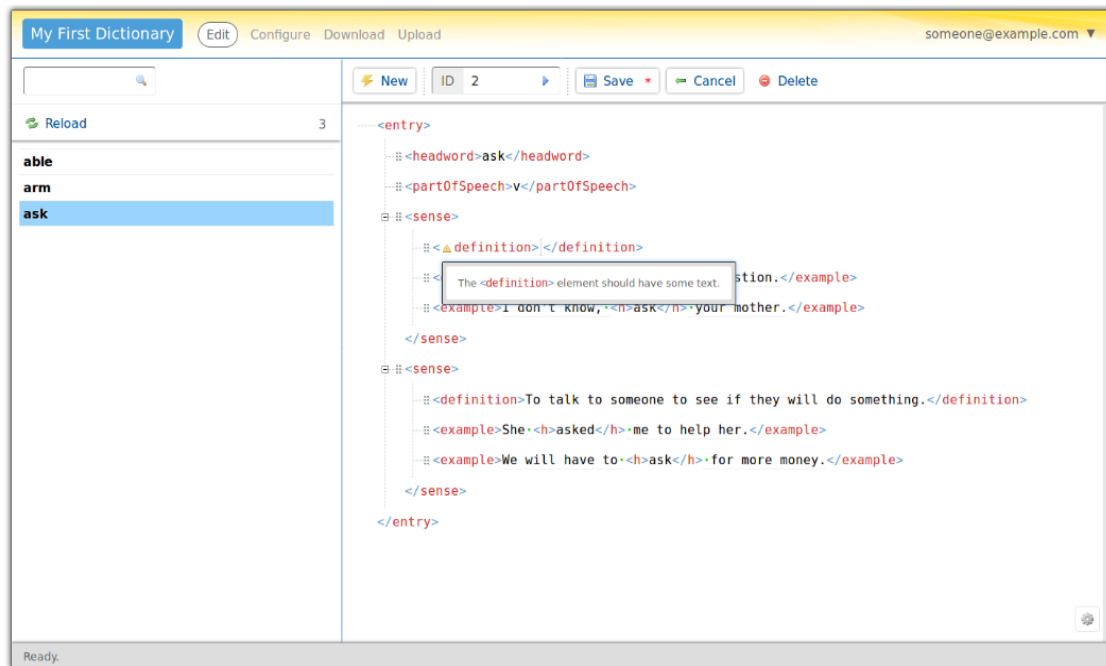


Tecleando en un fragmento de texto entre etiquetas, se dará la opción de una lista en lugar de un cuadro de texto de forma libre, ya que Lexonomy está diseñado de forma que sabe lo que debe ir dentro de cada elemento y actúa en función de ello.

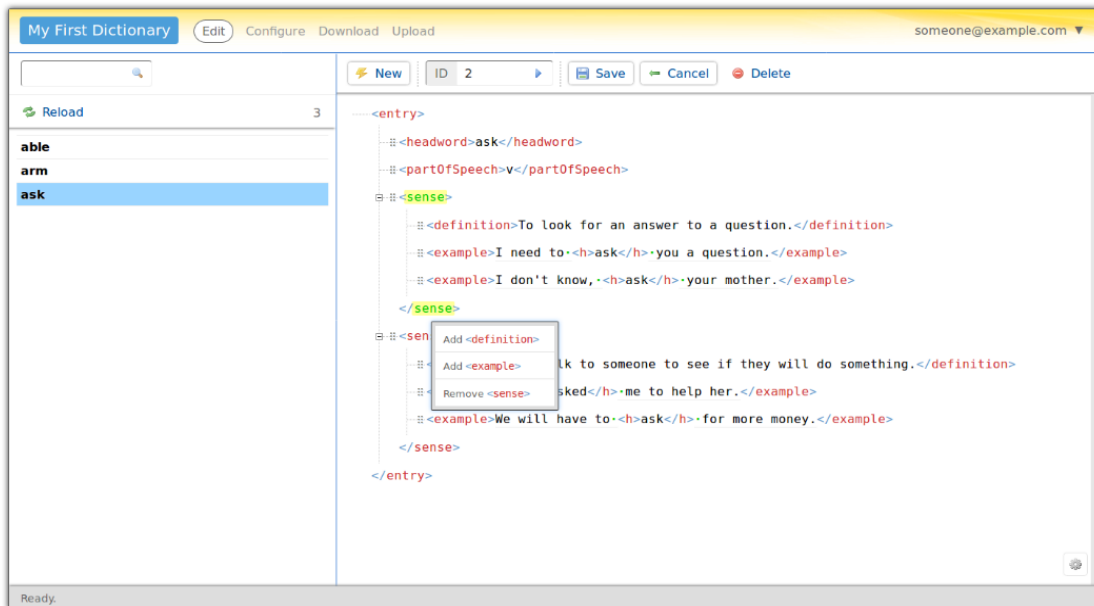


Conviene ilustrar que la realización de cualquier acción con la que Lexonomy no está de acuerdo —como, por citar una hipótesis, dejar el texto dentro de un elemento en blanco—, conllevará a que este programa lo indica mostrando un pequeño triángulo

de advertencia. La lectura de la descripción del error, en este caso, requerirá de teclear el triángulo de advertencia.

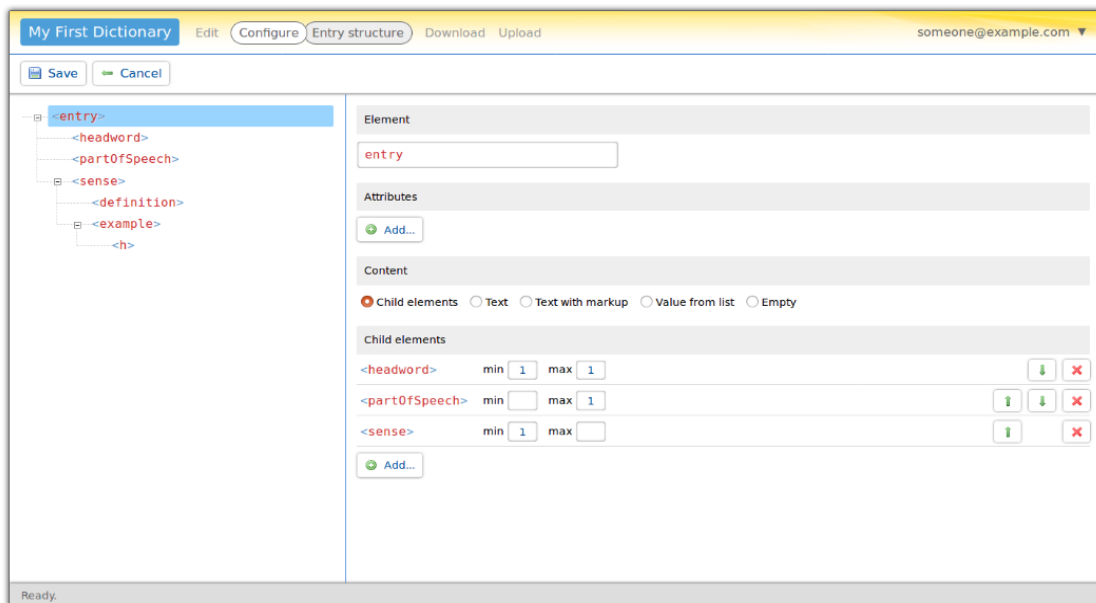


Además de hacer *click* en el texto, se puede también hacerlo en los nombres de los elementos. Aparecerá un menú con una lista de todas las acciones que puede realizar en ese elemento. Así es como se agrega nuevos ejemplos a los sentidos (con mayor precisión: nuevos elementos de ejemplo dentro de los elementos de los sentidos) y así sucesivamente:

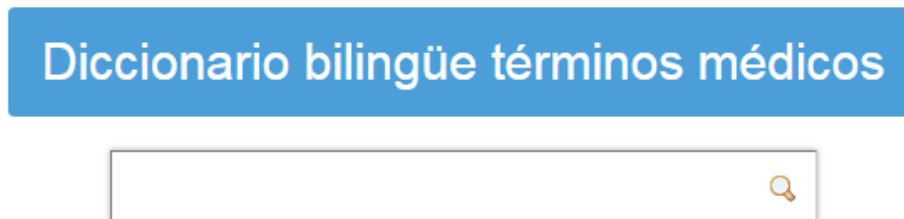


Configurando la estructura y formato de las entradas

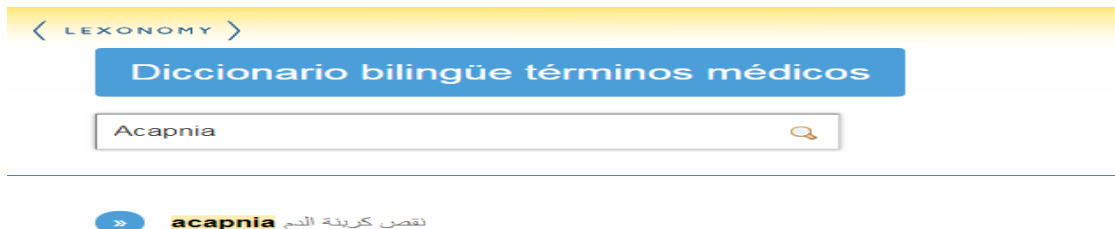
Otro aspecto que debe controlar en la configuración de la interfaz es la estructura de las entradas, esto es, qué elementos pueden estar allí, qué contenido debe formar parte de ellas y así sucesivamente. La selección de *Configurar* dará a una opción titulada *Estructura de entrada* en la que aparecen todos estos elementos:



Para la consulta del recurso creado, los usuarios accederán a la herramienta pulsando, o pegando en el navegador de su computadora, el siguiente enlace: <https://www.lexonomy.eu/termed>. Acto seguido, escribirán el término médico deseado en la casilla que aparece en la siguiente ilustración y pulsarán *búsqueda*:



Como ejemplo, emplearemos el término *acapnia* en esta búsqueda. Éste aparecerá con su equivalente en árabe, tal y como se aprecia en la ilustración mostrada a continuación:

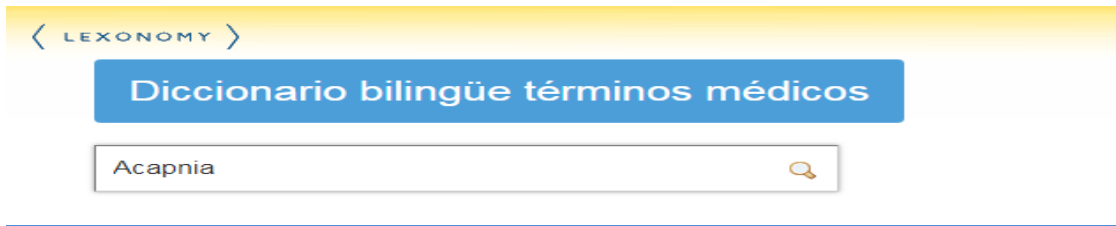


Ahora bien, si se da la necesidad de acceder a la entrada completa en la que se da la definición de cada uno de los elementos que se ofrecen en la primera fase, será necesario pulsar el término en árabe o en español para que aflore dicha definición, tal y como se observa en la siguiente ilustración:

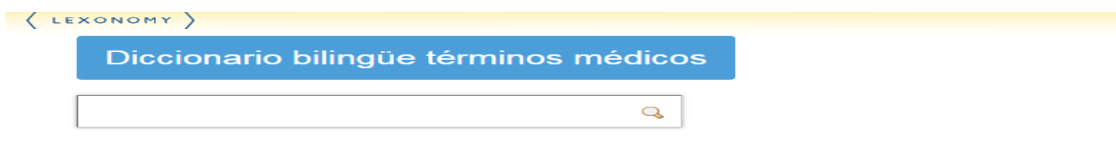
acapnia نقص كربنة الدم
Ausencia de dióxido de carbono (CO2) en la sangre.
نقص في كمية ثاني أكسيد الكربون في الدم

8.6. Modelos de la propuesta

(A)



» **acapnia** نقص كبريتة الدم



acapnia نقص كبريتة الدم
Ausencia de dióxido de carbono (CO₂) en la sangre.
نقص في كمية ثاني أكسيد الكربون في الدم

DRANM, pág.

GALAC, vol. I, pág. 15.

(B)

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

bartolinitis

» **bartolinitis** التهاب بارثوليني

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

bartolinitis التهاب بارثوليني
Inflamación de las glándulas vulvovaginales de Bartolino.
التهاب في قنوات غدد بارثولين


DRANM, pág. 201.

GALAC, vol. I, pág. 75.

(C)

< LEXONOMY >


Diccionario bilingüe términos médicos

carcinogénesis 

» **carcinogénesis** تولد السرطان

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



carcinogénesis تولد السرطان

Conjunto de procesos biológicos que acontecen para que una célula maligna.

تحول الأنسجة السليمة إلى أنسجة سرطانية


DRANM, pág. 274.

GALAC, vol. I, pág. 129.

(CH)

< LEXONOMY >


Diccionario bilingüe términos médicos

chancroide 

» **chancroide** غرناوية - قرحة رخوة

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



chancroide غرناوية - قرحة رخوة

Lesión ulcerosa genital o perianal que se produce en el punto de inoculación de la infección por *Haemophilus ducreyi*.

قرحة على جلد القضيب أو الصفن تنتشر بسرعة فتتلف

الأنسجة المحيطة بها


DRANM, pág. 315.

GALAC, vol. I, pág. 151.

(D)

< LEXONOMY >


Diccionario bilingüe términos médicos

dacrioadenitis 

» **dacrioadenitis** التهاب الغدة الدمعية

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



dacrioadenitis التهاب الغدة الدمعية
Inflamación de una glándula lagrimal.
إصابة الغدة الدمعية بالتهاب


DRANM, pág. 441.

GALAC, vol. II, pág. 01.

(E)

< LEXONOMY >


Diccionario bilingüe términos médicos

elástico 

» **elástico** مرن

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



elástico مرن

Capaz de recobrar su forma original después de ser estirado o deformado.

صفة لما هو قابل للرجوع إلى شكله الأصلي إذا تعرض

للشد أو الضغط أو اللي أو غيرها من وجوه التشوه


DRANM, pág. 544.

GALAC, vol. II, pág. 99.

(F)

< LEXONOMY >


Diccionario bilingüe términos médicos

fibrositis 

» **fibrositis** التهاب ليفي

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



fibrositis التهاب ليفي

Inflamación del tejido conjuntivo fibroso que da lugar a un síndrome con dolor espontáneo, profundo, punzante o urente, más intenso durante la noche, al levantarse de la cama o después de haber permanecido en reposo.

تكثر في الأنسجة الليفية نتيجة التهاب، وخاصة في
أغشية العضلات مما يسبب آلاما وتيبسا


DRANM, pág. 710.

GALAC, vol. II, pág. 211.

(G)

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

galactopoyesis 

» **galactopoyesis** تكون اللبن

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



galactopoyesis تكون اللبن

Producción de leche por las glándulas mamarias.

إنتاج اللبن في الغدة اللبنية

DRANM, pág. 754.

GALAC, vol. II, pág. 249.

(H)

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

hematólogo

» **hematólogo** اختصاصي أمراض الدم

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos


hematólogo اختصاصي أمراض الدم
Especialista en hematología.
المختص بدراسة الدم

DRANM, pág. 811.

GALAC, vol. III, pág. 22.

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

infección 

» **infección** عدوى

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



infección عدوى

Entrada, implantación y multiplicación de un microbio patógeno en el organismo, con estimulación posterior del sistema inmunitario, aunque no siempre produzca enfermedad.

غزو أنسجة الجسم بالكائنات الدقيقة مع تكاثر هذه الكائنات

DRANM, pág. 910.

GALAC, vol. III, pág. 192.

(J)

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

jerga médica

» **jerga médica** رطانة

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

jerga médica رطانة

Lenguaje especial, propio e informal que usan los médicos para comunicarse entre sí.

لغة خاصة ينفرد بها أفراد مهنة ما ، أو نشاط معين


DRANM, pág. 952.

GALAC, vol. III, pág. 249.

(K)

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos

kinesiología 

» **kinesiología** علم حركة الجسم

< LEXONOMY >

Diccionario bilingüe términos médicos



kinesiología علم حركة الجسم

Disciplina científica, rama de la anatomía, de la bioquímica, de la fisiología y de la biomecánica, que estudia la posición y los movimientos corporales en sus aspectos cinético y cinemático.

العلم الذي يدرس حركات الجسم

DRANM, pág. 957.

GALAC, vol. III, pág. 278.

8.7. A modo de conclusión

Tal y como queda de manifiesto en las páginas anteriores, son muy escasos los soportes de consulta en el par lingüístico español-árabe. Ninguna de las herramientas mencionadas en este estudio tiene por objetivo resarcir una parte del gran hueco que se experimenta en esta parcela. Igualmente, hemos constatado que esta situación representa un problema serio para quienes se dedican al aprendizaje o al ejercicio de la traducción médica en dicho binomio de lenguas. Así pues, los traductores profesionales entrevistados en el capítulo V, los alumnos de traducción sanitaria encuestados en el capítulo VI, así como algunos docentes y especialistas en la materia coinciden en la carencia de estas herramientas.

A consecuencia de ello, dichos colectivos evidencian obstáculos generados por la falta de estas herramientas, máxime cuando el texto objeto de traducción corresponde a un género especializado o muy especializado. Algunos, además, consideran que esta realidad puede perfectamente sumarse a las dificultades que caracterizan esta rama de traducción (véase: encuesta capítulo VI). Es más, en palabras de algunos traductores, ante la ausencia de estos recursos “pueden pasar días buscando el sentido en árabe de un término médico en español”¹⁸⁹.

La creación de un diccionario médico español-árabe en línea es posible. Las herramientas informáticas de las que puede hacerse uso para este propósito son variadas y adaptables al contenido que se quiere realizar. Asimismo, algunas de éstas son gratuitas como lexonomy (<https://www.lexonomy.eu/termed>), mientras que otras son de pago.

En lo que atañe a los aspectos técnicos de nuestra propuesta y las pautas seguidas para su creación, se escogió el programa Lexonomy basándonos en las razones antes mencionadas. Acto seguido, se creó una cuenta de usuario y se procedió a una adecuación del programa referido a las peculiaridades del binomio lingüístico que

¹⁸⁹ Afirmaciones de la traductora Nadia Labani Feito, en una entrevista en Madrid, con fecha del 25 de mayo de 2018.

integra nuestra propuesta. Con posterioridad, se efectuó el montaje lexicográfico insertando las entradas, primero el término en la LO con su equivalente en la LM186 y, más tarde, la acepción de cada término en las dos lenguas.

**CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE
INVESTIGACIÓN**

Primero: Conclusiones generales

Al término de nuestro estudio, confirmamos que se ha podido cumplir con la totalidad de los objetivos que nos habíamos propuesto en la introducción. A saber: se ha presentado una visión panorámica del *statu quo* de la traducción médica en el par lingüístico español-árabe en sus vertientes lingüística, formativa y profesional. De igual forma, hemos logrado cumplimentar los objetivos específicos emanados del objetivo general:

- ⇒ Se ha mostrado una relación de dificultades, tanto de corte lingüístico como extralingüístico, que caracterizan la traducción de textos médicos en el par de idiomas que nos ocupa.
- ⇒ Se ha propuesto una UD didáctica para la enseñanza de la traducción sanitaria español-árabe a los alumnos del Máster en TISP, adaptándola al mercado de trabajo actual.
- ⇒ Se han presentado estadísticas y datos relativos al mercado laboral correspondientes tanto a España como a algunos países árabes y, muy especialmente, se ha detallado el estado de la cuestión de la comunicación en el ámbito médico que afecta a hispanohablantes radicados en países árabes.

También, aunque se encuentra fuera del núcleo de nuestra investigación, esto es, el triángulo señalado líneas arriba, hemos realizado una aproximación histórica a la traducción médica desde la Antigüedad hasta el siglo XXI buscando, mediante este estudio retrospectivo, las improntas lingüísticas y/o culturales que han ido sobreviviendo merced a la traducción del legado médico entre las diferentes civilizaciones. Además, en atención a un fenómeno cuyo efecto se ha comprobado durante el transcurso de esta tesis doctoral, a saber: la carencia de glosarios y diccionarios médicos español-árabe, hemos propuesto un diccionario en línea para el área y el binomio lingüístico seleccionados.

Tanto es así, que a continuación exponemos las conclusiones generales extraídas del estudio verificado en la presente tesis doctoral. A ello le sigue una presentación de líneas futuras de investigación que han surgido como consecuencia de dicha investigación.

Tras la consecución de los objetivos, tal y como se sintetiza en las líneas previas, contrastaremos dichos objetivos con las hipótesis de partida —mencionadas igualmente en la introducción— con el fin de dejar entrever, en nuestras conclusiones generales, hasta qué punto han sido comprobadas dichas hipótesis.

Por otro lado, en aras de facilitar la contemplación de las conclusiones referidas, hemos considerado adecuado desglosarlas en epígrafes, tal y como se observará en las próximas líneas. Dicho esto, en este momento nos encontramos en condiciones de afirmar lo siguiente:

-I-

La traducción siempre ha desempeñado un papel relevante como vehículo del saber médico entre las diferentes civilizaciones. Aunque se desconoce a ciencia cierta la fecha exacta en la que tuvo lugar la primera traducción médica de la historia, se ha constatado que ésta es tan antigua como la propia lengua. De igual modo, la traducción propiamente señalada concitó un interés especial en la Antigüedad, así como en las civilizaciones ulteriores a ésta, al afectar la propia vida del ser humano.

Ninguna civilización antigua desarrolló su propio legado médico sin haberse beneficiado previamente de otro/s legado/s precedente/s o paralelo/s vertido/s a su propia lengua por medio de la traducción. De esta forma, la civilización helénica asimiló las ciencias faraónicas y partió de ellas para crear su propio legado que, más tarde, fue asimilado y enriquecido por los árabes, quienes —a su vez— lo trasladaron a civilizaciones posteriores.

En todas las civilizaciones investigadas, la traducción médica se desarrollaba en el seno de instituciones públicas, pero también en algunas privadas. Se ha comprobado que diferentes escuelas (médicas o del ámbito de la traducción), así como templos, iglesias, mezquitas o bibliotecas desempeñaron un papel destacado a lo largo de este proceso. Asimismo, esta práctica respondía a diferentes pretensiones, tanto políticas como económicas, culturales, religiosas, diplomáticas, formativas o pragmáticas.

El ejercicio de la traducción médica se sistematizó por primera vez en la Bagdad de los abasíes. La formación de equipos interdisciplinarios, a saber: médicos y lingüistas, así como la estipulación de criterios normativos de la acreditación de los miembros de ambas profesiones son iniciativas que tienen su origen en este califato. Se observa, además, que esta sistematización promovió la producción traductora en aquel entonces y fue exportada más tarde a Al-Ándalus, de modo que hizo aportaciones a la actividad traductora que tuvo lugar en el seno de la civilización propiamente dicha.

Se ha comprobado que había un contacto entre los grandes centros que auspiciaban una labor de traducción de las ciencias en el Medievo. En la mayoría de los casos, este contacto tenía como finalidad la realización de un intercambio cultural y de experiencias profesionales o docentes, pero — en otros casos— obedecía a razones políticas o pragmáticas.

La traducción al árabe de obras médicas griegas tuvo su origen en Damasco y Bagdad, pero continuó en Córdoba y Toledo, amén de otras ciudades españolas como Segovia y Barcelona, y otras europeas como Sicilia, por citar algunos ejemplos.

La gran actividad correspondiente a la traducción médica originada en España durante el periodo que abarca los siglos X y XV entre las diversas lenguas coexistentes (griego, árabe, latín, hebreo y lenguas vernáculas) enriqueció el lenguaje médico español, de forma que la mayoría de los términos de origen griego y latín enraizados en el lenguaje propiamente dicho son fruto del contacto traductor que tuvo lugar durante los referidos siglos. De igual manera, dicha actividad permitió que los

Europeos de esa época “descubriesen nociones astronómicas, matemáticas o médicas prácticamente desconocidas en Occidente [...]” (Foz, 2000: 163).

A pesar de las múltiples lenguas que coexistían en el Medievo, son tres las que lograron un mayor protagonismo, con respecto a la transmisión del lenguaje médico. En primer lugar, el griego, seguido por el árabe que mantuvo dicha relevancia durante al menos tres siglos y, más tardíamente, el latín. Las tres lenguas citadas enriquecieron el lenguaje médico español, a pesar de que se observa que dicho enriquecimiento es completamente asimétrico: el griego 48 %, el latín 35 % y el árabe 0.5 %.

La traducción médica del árabe consta de dos etapas principales: 1) la etapa del monasterio de Santa María de Ripoll, en la que los traductores eran, principalmente, los sacerdotes del monasterio y la lengua a la que se vertían los textos científicos era el latín, y 2) la etapa de la Escuela de Traductores de Toledo —que, a su vez, comprende dos fases—, en la que los traductores procedían de diferentes ciudades, culturas y confesiones, mientras que los idiomas a los que se traducían eran diversos: el latín, el hebreo y el romance, entre otros.

El romance se convirtió en una lengua receptora de obras médicas redactadas en árabe, en plena mitad del siglo XIII, a raíz del fuero de Córdoba. Sin embargo, las traducciones directas del árabe al romance son muy escasas si las comparamos con las traducidas al latín. Por ello, la mayor parte de obras médicas árabes vertidas al romance tuvo lugar a través del latín.

A partir de finales del siglo XVII, la traducción médica directa del árabe al castellano es casi nula, ganando terreno, en cambio, la traducción del alemán y del francés en detrimento del latín y de la lengua semítica. Con posterioridad, durante la segunda mitad del siglo XVIII y el siglo XIX, el francés se convierte en la lengua de origen que adquiere un mayor protagonismo.

Desde la última década del siglo XX y hasta la actualidad, la traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa obedece, más bien, a razones económicas y

pragmáticas enmarcadas en las nuevas realidades que España ha presentado como país receptor de flujos migratorios.

Por otra parte, se observa que el interés de los hispanistas árabes y los arabistas españoles en la investigación relativa a la traducción médica español<>árabe es tibio si se mide con el suscitado por la investigación referente a otros tipos de traducción: literaria, jurídica o administrativa. De igual modo, se ha comprobado que el esfuerzo investigador verificado durante los últimos 50 años en torno a la traducción médica español<>árabe se centra, más bien, en el estudio y la traducción de manuscritos médicos redactados en la lengua semítica. A pesar de ello, el volumen de dichos estudios es completamente incompatible con la importancia que ostenta este ámbito que, en modo alguno, puede ser menos relevante que la traducción jurídica —por citar un ejemplo— a la que se ha dedicado, en este par lingüístico en concreto, más de un centenar de estudios durante las últimas tres décadas¹⁹⁰.

-II-

Tras la exploración realizada propósito de los lenguajes generales y los LSP, se han extraído las conclusiones siguientes:

No hay consenso sobre la definición de los LSP. Dicha definición suele ofrecerse desde distintos enfoques, esto es, el campo temático, los integrantes de la comunicación o la metodología empleada. Tanto es así, que algunas tesis contemplan, incluso, que no existe diferencia alguna entre Lenguaje Común y LSPs. De igual manera, no hay consenso sobre el enfoque de estudios desde el cual han de estudiarse los LSP (lingüística aplicada, traductología, sintaxis especializada, estilística especializada, lingüística textual especializada, etc.).

¹⁹⁰ Según un escaneo realizado por el doctorando en universidades españolas y árabes. Cabe ilustrar que en este inventario se han recogido los artículos científicos publicados y las tesis doctorales, tanto leídas como en fase de elaboración.

La investigación en torno a los LSP es relativamente reciente. Es decir, al igual que la Traductología, ésta hunde sus raíces en la segunda mitad del siglo XX. Asimismo, los estudios a propósito de los LSP obedecen a necesidades específicas.

Si exceptuamos el ámbito jurídico, la investigación acerca de los LSP en el par lingüístico español-árabe es semivirgen. A nuestro modo de ver, esta realidad es incompatible con el interés que concita dicho ámbito dentro de los estudios de la Lingüística y la Traducción, así como la importancia que ostenta en la sociedad de la información.

-III-

El inicio de los estudios sobre la didáctica de la traducción dio comienzo a partir de la década de los años ochenta del siglo XX, y la aportación de la escuela canadiense en este sentido es evidente. También, se observa que la mayoría de las contribuciones ofrecidas en esta dirección en España corresponden a las combinaciones lingüísticas inglés-español y francés-español, pero también alemán-español.

Disponemos de numerosas obras en castellano que versan sobre la enseñanza de la traducción. No obstante, los trabajos redactados en dicha lengua y vertidos al árabe acerca de la didáctica de la traducción, en general, y la didáctica de la traducción de textos especializados, en concreto, son sobremanera escasos. En este sentido, sólo hemos hallado una aportación publicada en español en 1999 y traducida al árabe y publicada en 2004.

La práctica de la traducción médica fue, anteriormente, exclusiva de médicos que disponían de conocimientos lingüísticos. Sin embargo, la situación actual muestra que esta profesión está integrada por ambos grupos, a saber: traductores médicos y médicos traductores. A juzgar por conocimientos emanados de contactos con profesionales pertenecientes a ambos perfiles, percibimos que en España prevalecen

actualmente los traductores médicos, aunque se da una buena presencia de médicos traductores. Sin embargo, en Egipto este último perfil —aunque existe— presenta una desproporción evidente respecto al primero. Un porcentaje, claramente subjetivo, en este país podría ser de un 90 % de traductores médicos frente a un 10 % de médicos traductores.

Del análisis de los planes de estudio de los departamentos de español en los países árabes cuyos alumnos se han formado en el Máster en TISP durante los últimos cuatro años, se desprende que ninguno de dichos departamentos ofrece formación en traducción médica en la pareja lingüística objeto de esta tesis doctoral. De igual modo, la formación en árabe ofertada por universidades españolas mediante estudios en filología árabe, estudios árabes e islámicos o traducción e interpretación no dispone de formación, siquiera de manera superficial, en traducción médica en el binomio de árabe-español.

En lo que se refiere a la fase de posgrado, el único máster cuyo plan de estudios dispone de una formación en traducción médica árabe-español, tanto en España como en los países árabes objeto de estudio, es el Máster en TISP de la UAH. Sin embargo, tras el análisis del mercado de trabajo y del programa de estudios referido se llega a la conclusión de que esta formación es superficial, de forma que puede perfectamente considerarse como una aproximación a la formación en la materia señalada.

En España, el perfil de los egresados en Traducción e Interpretación es receptivo a la formación idónea en el área que nos ocupa, con respecto al perfil de los graduados en Estudios Árabes e Islámicos o en Filología Árabe. Para esta aseveración nos fundamentamos en los motivos siguientes: el primer grupo suele recibir formación en Traductología. Igualmente, el plan de estudios que rige su grado dispone de una lengua C que, si se tratase del inglés o del francés, contribuiría más positivamente a su preparación como traductores médicos. Es más, en la fase de grado se les ofrece alguna asignatura afín a la traducción médica, esto es, traducción científico-técnica, lo que les permite familiarizarse con una buena horquilla de términos científicos. En

cambio, al menos dos condiciones de las tres citadas brillan por su ausencia en los planes de estudio del otro perfil referido.

De la misma forma, exceptuando los graduados en la Universidad de Manouba (Túnez), se ha constatado que los alumnos provenientes de universidades árabes no suelen cursar asignaturas de traducción médica en la fase de grado. Asimismo, la aproximación a la terminología especializada suele darse a iniciativa de los profesores de traducción. Además, pocos son los centros árabes que brindan formación en Traductología en la fase de posgrado. En este sentido, la Universidad de Al-Azhar de Egipto es un buen ejemplo. Sin embargo, el dominio del español por parte de la mayoría de estos alumnos representa, a nuestro parecer, una ventaja que posibilitaría su profundización en esta especialidad sin padecer las mismas complicaciones lingüísticas que sufren los alumnos que estudian el árabe como primera lengua extranjera.

-IV-

La exploración del estado de la cuestión de la práctica de la traducción médica español-árabe nos ha permitido comprobar que:

Los campos que acogen la práctica de la traducción médica en el binomio lingüístico que nos ocupa son públicos y privados. No obstante, se observa una falta de reconocimiento por parte de los proveedores de servicios sanitarios, y también por parte de los usuarios de éstos, del papel del traductor médico en el par lingüístico citado. Este reconocimiento se traduce, en muchas ocasiones, en la asignación de un mediador interlingüístico de habla inglesa para dinamizar la comunicación entre pacientes árabes y personal sanitario español. En otras ocasiones, hemos registrado casos en los que se solicitó la ayuda de un amigo de habla española o de un familiar para esta finalidad.

Uno de cada dos traductores médicos que trabajan en centros sanitarios en España, tanto públicos como privados, no recibió formación previa en el campo al que

se dedica, ni en la fase de grado ni en la de posgrado. Asimismo, ninguno de los centros médicos árabes recogidos en este estudio dispone de un servicio de interpretación y traducción médicas en la combinación lingüística español-árabe.

La cooperación árabe-española en materia sanitaria está actualmente en su máximo apogeo. Dicha cooperación se desglosa en dos grupos: países que no se benefician de proyectos financiados por la UE o España (aquellos que forman el CCG), y países árabes que reciben esta ayuda (Argelia, Egipto, El Líbano, Jordania, Libia, Marruecos, Mauritania, Palestina, Siria, Sudán y Túnez, entre otros). En todos estos proyectos se precisa de la traducción (y de la interpretación) médica español-árabe. Pese a ello, se han registrado casos en los que se recurrió a intérpretes y traductores de otros pares lingüísticos, como inglés-árabe o francés-árabe, para dinamizar la conversación entre sujetos árabes y españoles.

Los textos médicos que se manejan en el marco de estos proyectos son heterogéneos (guías de instrucciones, folletos informativos, informes de evaluación, cursos de formación, estudios de viabilidad, guías de aparatos y equipos médicos, estudios sobre enfermedades específicas, etc.), de modo que la escasez de los traductores médicos en esta área genera, a nuestro modo de ver, carencias en el cumplimiento de los objetivos del programa o del proyecto. Además, dicha escasez es incompatible con el interés en esta materia y el volumen de proyectos que a ella se refiere.

La proliferación de la inversión privada española y árabe en el sector sanitario en los países del CCG, con Emiratos Árabes Unidos, Catar y Arabia Saudí a la cabeza, pone de manifiesto la fertilidad de este campo y el atractivo que ostenta para los perfiles que, mediante el presente estudio, pretendemos forjar. Este puede convertirse en el mejor mercado para dichos perfiles, tanto en la actualidad como a medio y largo plazos.

Tras realizar una aproximación a las dificultades de la traducción médica en el binomio lingüístico objeto de este trabajo, se ha podido comprobar que:

Las dificultades de la traducción médica del español al árabe son tanto lingüísticas como extralingüísticas, y responden —en la mayoría de los casos— a la asimetría entre ambas lenguas y culturas. De esta forma, algunas de las que corresponden al primer grupo son la sinonimia, las siglas, la ausencia del equivalente, la terminología especializada, la variedad del lenguaje médico árabe entre los propios países árabes, la diglosia del lenguaje médico árabe. En tanto que de las dificultades extralingüísticas hemos constatado la divergencia entre los ordenamientos sanitarios entre España y algunos de países árabes recogidos en este estudio, la diferencia de ciertos aspectos administrativos, la existencia de conceptos sanitarios poco usuales en árabe o a la inversa y la proliferación de especialidades médicas, entre otros.

También se ha constatado que el lenguaje médico árabe engloba numerosos préstamos y extranjerismos, lo que desemboca en que muchos términos en español encuentren como equivalente en la lengua semítica un préstamo del inglés, esto es en el caso de los países árabes recogidos en este estudio. De igual forma, la transliteración abunda en el lenguaje médico árabe, máxime en lo que a los nombres de los medicamentos químicos se refiere.

Hemos documentado un esfuerzo desplegado por el Comité de la Terminología Médica de la Academia de la Lengua Árabe de El Cairo en lo que al acuñamiento de términos médicos y a la arabización de la medicina se refiere. No obstante, podemos afirmar que para la traducción médica en la combinación lingüística que nos ocupa, esta actividad no resulta muy útil, por las razones que se citan a continuación:

- a) El esfuerzo mencionado se realiza únicamente del inglés al árabe.
- b) Las actualizaciones de los términos médicos en árabe se efectúan con cierta lentitud, lo que genera un retraso con respecto a los avances científicos y tecnológicos acelerados que tienen lugar hoy en día.

- c) No se aprovecha debidamente del trabajo de dicho comité, ya que en la mayoría de los casos los neologismos y términos acuñados no llegan más allá de los repertorios de esta academia y no se difunden entre la comunidad científica de este país que sigue empleando el inglés en la docencia, en la investigación y, en algunos casos, en las consultas médicas.

Por ello, tenemos la plena convicción de que la importante labor realizada por los comités de terminología médica en las academias propiamente señaladas no dará sus frutos a no ser que exista una decisión política para activar el uso de lo arabizado en las administraciones públicas, en los medios de comunicación, en las universidades y centros de enseñanza, y en los hospitales. De esta manera, dichos términos pasarán a formar parte de la vida cotidiana de los árabes y ostentarán el mismo grado de familiaridad de algunas voces extranjeras que, como consecuencia de su uso excesivamente reiterado en la vida diaria de la población, parece ser que ni siquiera son percibidos como neologismos, a saber: WhatsApp, Facebook, Twitter, Google, Internet e iPhone son sólo unos ejemplos de una lista interminable. A nuestro modo de ver, este paso es indispensable antes de tomar de la decisión, que también ha de ser de carácter solemne, para que el árabe sea la lengua de la enseñanza en las universidades árabes y de la divulgación científica en dichos países.

Con estos resultados se ha confirmado parcialmente nuestra hipótesis: “Si bien el árabe y el español presentan una asimetría originada por la pertenencia de cada una de ambas a una familia lingüística distinta, la traducción de textos médicos del español al árabe encerraría dificultades especiales, máxime cuando la lengua semítica no se emplea ni en la enseñanza de las ciencias ni en la divulgación científica en casi todos los países árabes”.

-VI-

Los países que conforman el CCG se encuentran en pleno proceso de cambio, sobre todo en lo que a la inversión se refiere. Dichos países no se limitan a ser un

destino anhelado por la mano de obra extranjera, sino que ostentan elementos que convierten a sus sociedades en multilingües y multiculturales.

Por ello, se ha comprobado que la cifra de los hispanohablantes (españoles y latinoamericanos) que con fines laborales o de inversión, entre otros, se han trasladado a los citados países ha crecido exponencialmente durante el último lustro. Los datos revelan que en el CCG viven actualmente 200.000 hispanohablantes, por alguna de las razones señaladas líneas arriba. Si a esta cifra se suman los que viajan con objetivos turísticos, estaríamos hablando de millones. Así pues, resulta que casi uno de cada cuatro hispanohablantes que viven en los países objeto de estudio acude con frecuencia a los centros de salud allí con el fin de recibir un tratamiento médico o acompañar a un amigo o familiar que lo esté recibiendo.

La lengua empleada predominantemente tanto por los usuarios hispanohablantes como por los proveedores de servicios sanitarios es el inglés, con independencia de que se trate o no de la lengua nativa de los integrantes de la conversación. Dicho fenómeno, unido a otros más, da lugar a una serie de características que citamos en lo que sigue:

- a) Existen problemas de carácter lingüístico (falta de dominio del idioma, fluidez, terminología, conceptos relativos a la patología, etc.), así como otros de índole cultural. Dichos problemas no afectan solamente a la conversación entre los integrantes del proceso comunicativo sino que entorpecen, en ocasiones, dicha comunicación o provocan malentendidos.
- b) La inmensa mayoría de los centros de salud, especialmente públicos, en los países señalados no dispone de servicios de interpretación y traducción en las lenguas nativas de los involucrados en la conversación. Sin embargo, independientemente de la lengua nativa de los integrantes de la comunicación, este servicio suele ser exclusivamente entre el árabe y el inglés.
- c) Casi dos tercios de los extranjeros de habla española que se encuentran en los países árabes recogidos en este estudio consideran necesaria y acuciante la

creación de un servicio de traducción e interpretación español-árabe en los centros de salud a los que acuden, dadas las múltiples incidencias desfavorables que se producen como consecuencia de la deficiencia en la comunicación.

Con estas conclusiones se ha confirmado nuestra hipótesis: “Si bien los países del CCG poseen una presencia considerable de población hispanohablante y carecen, al mismo tiempo, de programas de formación en traducción (e interpretación) médica español<>árabe, la comunicación entre dicha población y los proveedores de servicios sanitarios allí sería deficiente”.

-VII-

La investigación realizada acerca de la docencia de la traducción médica en la combinación lingüística objeto de esta tesis doctoral nos ha permitido extraer las conclusiones siguientes:

Salvo el currículo del Máster en TISP que más bien ofrece una introducción a la formación en traducción sanitaria, son nulas las UD's que contemplan una formación universitaria en traducción médica en el par lingüístico que nos ocupa, tanto en España como en los países árabes recogidos en este estudio.

El análisis del currículo del Máster en TISP, y en concreto la asignatura de Traducción Sanitaria Árabe-Español, ha permitido desprender que dicho programa no se refiere a planes claros tendentes a consolidar las competencias traslativa, temática e instrumental, en este caso en lo que a las capacidades de adaptación al mercado de trabajo se refiere.

Los perfiles de los alumnos de este máster son heterogéneos, pero una buena parte de ellos, aunque en la fase de grado no haya recibido una introducción a la traducción médica, es susceptible de responder idóneamente a una oferta de formación más amplia y profunda en este campo, en el caso de que la haya. De la misma forma,

alrededor del 30 % de dichos alumnos muestra un interés especial en el área de traducción que nos compete. En esta línea, no hay que obviar otros aspectos positivos que, de un modo u otro, favorecen dicha formación. Algunos de estos aspectos son:

- a) El dominio, por parte de la mayoría de los alumnos, de otra lengua extranjera distinta de las que conforman la combinación lingüística en cuestión,
- b) Tener conocimientos básicos de traductología y de terminología al proceder de carreras de Traducción e Interpretación o Filología (árabe o hispánica),
- c) La voluntad mostrada por un alto porcentaje de ellos en aras de seguir su formación en esta línea.

Un porcentaje elevado de estos alumnos son bilingües tardíos, asimétricos y coordinados. Esta realidad, sumada a la ausencia de formación previa en traducción médica en la fase universitaria, convierte en ingente, a nuestro parecer, el esfuerzo que los formadores y docentes han de desplegar en este sentido para brindar una formación adecuada a los alumnos referidos.

Dichos alumnos muestran deficiencias relativas a las técnicas de documentación previa al proceso de traducción. Consideramos que este trabajo es inherente a toda traducción de documentos especializados, máxime cuando estos textos estén impregnados de elementos culturales y pertenezcan a dos culturas desiguales, como son la árabe y la española.

También, y aquí las conclusiones son extraídas a partir de la experiencia personal del doctorando como profesor colaborador de traducción sanitaria en el máster referido, los alumnos —y de modo especial aquellos cuya lengua nativa no es el árabe— evidencian deficiencias en el dominio de esta lengua. Así, el nivel de expresión escrita de algunos de ellos no alcanza el nivel de redacción profesional exigible al traductor y, con frecuencia, tal expresión llega a ser incorrecta. Esta situación desemboca, inevitablemente, en que una parte considerable de los esfuerzos del profesor se consagre específicamente a corregir y/o perfeccionar la habilidad de

expresión en árabe de estos alumnos. Evidentemente, las deficiencias percibidas en el nivel de los alumnos no se limitan únicamente a la primera lengua extranjera, sino que en muchas ocasiones afectan a la propia lengua materna del alumno. En el caso del árabe, el dominio dialectal de la mayoría de los alumnos que hemos tenido en clase prevalece sobre el dominio del árabe clásico en el que, naturalmente, viene escrito el discurso médico oficial en el mundo árabe¹⁹¹.

Con las conclusiones presentadas se ha confirmado nuestra hipótesis: “Si en el Máster en TISP de la UAH se dedican tan sólo 5 ECTS a la asignatura de Traducción Sanitaria árabe<>español, en este programa la formación sería algo superficial y serviría solamente como una introducción o aproximación a la formación en esta área”.

-VIII-

El estudio llevado a cabo en este capítulo genera las conclusiones que se sintetizan a continuación:

Son prácticamente nulos los diccionarios y glosarios médicos en la combinación lingüística español-árabe. Esta nulidad se suma a las dificultades que atañen a la traducción médica en dicho par lingüístico. Además, en esta confirmación coinciden los alumnos consultados y los profesionales dedicados a la parcela del presente estudio.

De igual forma, se aparecía una deficiencia en los recursos informáticos o de papel que sirven de soporte para los aprendices a la hora de documentarse o verter un texto del español al árabe o viceversa. En consecuencia, muchos alumnos recurren al uso del “traductor de Google”, herramienta que si bien se revela útil para la consulta

¹⁹¹ Conviene subrayar que otros autores han hecho mención del mismo fenómeno, esto es, la deficiencia que demuestran algunos alumnos en su propia lengua materna y la importancia de poseer una competencia lingüística en las dos lenguas en acción (Alpizar Castillo, 1990: 19 y Lang, 1992: 397).

de algunos términos médicos y/o la averiguación del sentido de un elemento sufijal o prefijal médico, no resulta fiable como instrumento de documentación para el ejercicio de la traducción médica.

Dada la amplitud del ámbito médico y la nutridísima horquilla de términos especializados que dicho campo abarca, la elaboración de un diccionario médico español-árabe es un macroproyecto que no sería posible sin contar con el adecuado respaldo institucional. Éste ha de proporcionar la necesaria financiación que posibilite componer un gran equipo representado por lingüistas, profesionales de la salud, traductores, docentes de la traducción e informáticos, en aras de llevar a cabo un proyecto de este calibre. Consideramos que sacar a la luz esta obra representará una aportación importante para todos los miembros que conforman el equipo mencionado, así como para los alumnos que se forman en el ámbito objeto de esta tesis doctoral.

Segundo: Líneas de investigación futuras

Como queda descrito, el presente trabajo nace con vocación de aportar un granito de arena en tres sentidos diferentes, esto es, a) el académico, mediante la propuesta de una UD que contribuya a la formación adecuada de futuros traductores médicos, b) el investigador, a través del análisis de los aspectos que obstaculizan la traducción de los textos médicos entre las dos lenguas que nos ocupan, y c) el profesional, contribuyendo a la implantación de servicios de traducción (e interpretación) en los centros que lo necesitan. Asimismo, y dada la afinidad de dichas líneas, el presente estudio destaca el fenómeno de la nulidad de los recursos y las herramientas de consulta, indispensables para los traductores médicos.

Por ello, a raíz del estudio llevado a cabo y de las conclusiones extraídas, tenemos la voluntad de continuar profundizando en cada uno de los aspectos que

conforman el estudio que aquí se presenta¹⁹². Así las cosas, en la etapa de investigación futura procuraremos confeccionar un currículo integral para un máster en traducción médica en el par lingüístico del que nos ocupamos. De igual forma, realizaremos un amplio estudio de corte práctico, y en función de sus conclusiones trazaremos un plan completo de servicios de traducción (e interpretación) en los servicios públicos, precisamente en los centros de salud de los países árabes en los que hay una presencia considerable de hispanohablantes.

En definitiva, en nuestras investigaciones futuras procuraremos encauzar nuestro interés investigador hacia aspectos formativos y profesionales que sean de interés, tanto para la universidad como para la sociedad, en el marco de la “transferencia del conocimiento”.

Igualmente, y en vista de la nulidad de recursos, seguiremos trabajando y promoviendo la investigación en esta línea con el objetivo de acometer esfuerzos individuales y colectivos que desemboquen en la culminación del macroproyecto que anhelamos, esto es, la culminación de un diccionario médico en línea, primeramente en español-árabe y en una fase posterior en árabe-español. Dicho esfuerzo individual y colectivo podría empezar de forma inmediata por unir el contenido de las memorias de traducción de los traductores que trabajan en esta parcela, al tiempo que recopilar, revisar y expurgar los listados terminológicos realizados por los alumnos de árabe en el Máster en TISP de la UAH —almacenados en plataformas propias de dicho máster— con el objetivo de confeccionar glosarios de especialidades médicas que en un futuro formen parte del macroproyecto pretendido.

Asimismo, ponemos a disposición de futuros investigadores en la materia líneas y temas de investigación cuya exploración consideramos importante para la comunidad universitaria, tales como los profesionales de traducción y de la salud, así como para los colectivos inmigrantes. Estas líneas son:

¹⁹² Estas líneas futuras de investigación están completamente abiertas y disponibles para los individuos y/o equipos de investigación que deseen estudiarlas.

- a) Realizar un estudio similar al que se ha recogido en el capítulo VI de la presente tesis doctoral, que ponga el foco en los países del norte de África, de modo especial Argelia, Marruecos y Túnez donde hay una presencia considerable de españoles, pero también de latinoamericanos, máxime en Argelia (*vid. supra.* capítulo IV, epígrafe 4.2.1).
- b) Extender el estudio que conforma la propuesta arriba señalada para que englobe otros servicios públicos (extranjerías, juzgados, ayuntamientos, aeropuertos, centros educativos, etc.) en los países árabes en los que hay una presencia de hispanohablantes.
- c) Explorar, de forma tanto horizontal como vertical, el perfil de los alumnos egresados en los departamentos de español y, partiendo de las conclusiones de dicha exploración, confeccionar un programa de posgrado en una universidad árabe, la cual proponemos que sea egipcia, cuyo objetivo sea formar a futuros traductores (e intérpretes) médicos en la combinación español-árabe.
- d) Estudiar con profundidad las características del lenguaje médico árabe y su terminología, con vistas a resucitar términos médicos árabes que se empleaban en el Medievo. De esta forma, se va —consideramos— a enriquecer la docencia y la práctica de la traducción médica en este binomio de lenguas, al tiempo que se va enorgar el fondo léxico del árabe, lo que resultará útil para la elaboración de herramientas de consulta en el ámbito y el par de idiomas objetos de esta tesis doctoral.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

a) En español

- Abdel-Aziz, Kh. (2006). «Clasificación del texto jurídico árabe (desde el punto de vista de la traducción jurídica)», en *Quaderns. Revista de traducció*, N.º 13, 2006, Págs. 169-179.
- 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. Universidad de Granada.
- Aguessim El Ghazouani, A. (2006). *Diccionario jurídico español/árabe*. Granada: Comares.
- Aguirre de Cárcer, L. F. (1995). *Kitāb al-adwiya al-mufrada* de de Ibn Wafid. Madrid: CSIC.
- Albarrán Martín, R. (2012). *Traducción y medicina: aspectos epistemológicos e interdisciplinarios para la formación de traductores especializados en ciencias de la salud*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Alcaraz Varó, E. (2007). «La sociedad del conocimiento, marco de las lenguas profesionales y académicas», en Alcaraz Varó, E.; Martínez. J. M. y Yus Ramos, F. (eds.): *Las lenguas profesionales y académicas*. Barcelona: Ariel, Págs. 3-11.
- Alonso Araguás, I. et al., (2013). *Multilingüismo e inclusión social: un ejemplo de cooperación multidisciplinar en un proyecto de escala europea (POLIGLOTTI4.EU)*. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca.
- Alonso, M. (1998). *Teología de Averroes*. Córdoba: Fundación Cajazol.
- Alpizar Castillo, R. (1990). *Traducción y terminología científica en Cuba: Estado actual y algunas perspectivas*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica.

- Álvarez Lerma, F. y Grau Cerrato, S. (2007). «Tratamiento de rescate en las infecciones graves de los pacientes hospitalizados», en *Revista Española de Quimioterapia*, Vol. XX, N.º 2, 2007, Págs. 234-240.
- Andújar Moreno, G. y Cañada Pujols, M. D. (2011). «El enfoque por tareas en la didáctica de la traducción jurídica: propuesta de aplicación», en *Estudios de Traducción*, Vol. I, N.º 201, 2011, Págs. 185-204.
- Anguita Acero, J. M. (2002). «La traducción científico-técnica: situación actual en España», en *I Congreso Internacional: El español, lengua de traducción*, Almagro, 12-14/05/2002. Disponible en: cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/01/026_anguita.pdf. [Consulta: 01/12/2014].
- Antúñez, S. *et al.* (1992). *Del proyecto educativo a la programación de aula*. Barcelona: Graó.
- Ardi Yattou, H. (2016). *Análisis contrastivo y estudio de una base de datos paremiológica temática: "hispano-francés-árabe". Problemas de traducción y de equivalencia*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Arias Torres, J. P.; Ferial García, M. C. y Peña Martín, S. (2003). *Arabismo y traducción: Entrevistas con J. M. Fórneas, J. Cortés, M. Cruz Hernández, J. Varnet, L. Martínez, P. Martínez Montávez, M. L. Serrano*. Madrid: CSIC.
- Babini, J. (2000). *Historia de la medicina*. Barcelona: Gedisa.
- Balliu, Ch. (1998). «Enseñanza de la traducción médica a futuros traductores: enfoque teórico y práctico», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coord.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, Págs. 79-87.
- Barba Redondo, I. (2015). *Problemas conceptuales en la traducción técnica: Textos de automoción*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.

- Barceló Martínez, M. T. y Varela Salinas, M. J. (2011). «Enseñanza-aprendizaje de la traducción biosanitaria (alemán-español): una propuesta didáctica», en *Panace@*, Vol. XII, N.º 34, 2011, Págs. 242-249.
- Barchin Ispér, M. (1990). *La higiene privada en la Castilla del siglo XIV: Al-Kitab al-Tibb al-Muluki al-Qastali (el libro de la Medicina Real de Castilla). Edición árabe, traducción castellana y glosarios*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Baya Essayahi, M. (2012). *Propuesta de Innovación Docente. Departamento de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada*. Disponible en: http://calidad.ugr.es/pages/secretariados/form_apoyo_calidad/programa-de-formacion-permante/incorporacion/materiales_resultantes/bayaessayahi/ [Consulta: 13/12/2014].
- Blasco Martínez, A. (1988). Médicos y pacientes de las tres religiones (Zaragoza, siglo XIV y comienzos de del XV), en *V Congreso Internacional “Encuentro de las Tres Culturas” sobre “Magia y mística en Toledo”*, 11-14 de enero 1988, Págs. 153-182.
- Blasco Mira, J. E. y Mengual Andrés, S. (2008). *Educación Física y su didáctica II: Las unidades didácticas*. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/8092/6/Las%20unidades%20b%C3%A1sicas%20de%20programaci%C3%B3n.pdf>. [Consulta: 22/06/2017].
- Boletín Oficial del Estado (1982). *Ley de Enjuiciamiento Criminal, número 260, 17 de septiembre de 2015*. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1882/BOE-A-1882-6036-consolidado.pdf>. [Consulta: 21/11/2015].
- Bueno García, A. (2007). «Nuevas iniciativas en torno a la formación e investigación en traducción biosanitaria», en *Panace@*, Vol. VIII, N.º 26, 2007, Págs. 225-229.

- Bustamante Costa, J. (1992). *Préstamos del Árabe al léxico latino de Materia Médica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Bustamante Costa, J. et al. (2004). *'Umdati t-tabib fi ma'rifati nnabat likulli labib, de abulhair al Ishbili*. Madrid: CSIC.
- Cabré, M. T. (1993). *La terminología. Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona: Antártida/ Empúries.
- Cabré, M. T. (2002). «Textos especializados y unidades de conocimiento: metodología y tipologización (I)», en J. García Palacios y M.a T. Fuentes Morán, (eds.): *Texto, Terminología y Traducción*. Salamanca: Almar, Págs. 15-36.
- Cabré, M. T. y Gómez de Enterría, J. (2006). *La enseñanza de los lenguajes de especialidad. La simulación global*. Madrid: Gredos.
- Calvo Encinas, E. (2010). *Análisis curricular de los estudios de traducción e interpretación en España: perspectiva del estudiantado*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Casanova, M. A. (2012). «El diseño curricular como factor de calidad educativa», en *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, Vol. X, N.º 4, 2012, Págs. 6-20.
- Casas Vilchis, L. (2011). *Metodología de la Investigación Científica (Ciencia, características y objetivos de la ciencia)*. Disponible en <https://luiscasasvilchis.wordpress.com> [Consulta: 31/05/2015].
- Castro Delgado, G. (2014) «El léxico de la medicina: usos metafóricos y metonímicos», en *Káñina, Rev. Artes y Letras*, Universidad de Costa Rica, N.º 38, 2014, Págs. 65-71, ISSN: 2215-2636.
- Caturla Poch, L. (1998). «La documentación del traductor técnico en general y del biosanitario en particular», en Leandro, Félix Fernández y Ortega Arjonilla,

Emilio (coord.): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*. Granada: Comares, Págs. 37-46.

Centro de Estudios de Al-jazyrah (2015). *Al 'amalah al wafedah fy dual al Jaliy: waqi'uha wamustaqbaluha*. Disponible en <http://studies.aljazeera.net/reports/2015/09/201596418199269.htm>. [Consulta: 26/11/2015].

Chabás, J. (2001). «Astronomía y traducción en el siglo XV: los inicios de un lenguaje de especialidad en castellano», en Brumme, J. (ed.): *La historia de los lenguajes iberrrománicos de especialidad: la divulgación de la ciencia*. Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra.

Chico Rico, F. (2015). *La traducción del texto filosófico: entre la literatura y la ciencia*. Castilla. Estudios de Literatura, N.º 6, Págs. 94-112.

Ciapuscio, G. E. (2003). *Textos especializados y terminología*. Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra.

Claros Díaz, M. G. (2005). «MedTrad: un foro de traducción médica en internet», en *TRANS*, N.º 9, Págs. 151-159.

Claros Díaz, M. G. (2008). «Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo», en *Panace@*, 2008, Vol. IX, N.º 28, 2008, Págs. 145-158.

Congost Mestre, N. (1994). *Problemas de la traducción técnica. Los textos médicos en inglés*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Congost Mestre, N. (2010). *El lenguaje de las ciencias de la salud: los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

- Corpas Pastor, G. (2006). «La traducción de textos médicos especializados a través de recursos electrónicos y corpus virtuales». Universidad de Málaga. Disponible en: cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/02/017_corpas.pdf. [Consulta: 17/04/2016].
- Corsellis, A. (2010). *Traducción e interpretación en los servicios públicos, primeros pasos*. (Traducido al castellano por Carmen Valero Garcés y Rosa Cobas). Granada: Comares.
- Cortés Zaborras, C. y Hernández Guerrero, M. J. “eds.” (2005). *La traducción periodística*. Cuenca: UCLM.
- Cuesta, S. (2014). «La traducción científica y sus desafíos», en *Academic Billetin*, N.º 83, Págs. 127-142.
- Cundín Santos, M. y Olaeta Rubio, R. (2015). «Observaciones sobre los términos de la medicina en la vigesimotercera edición del Diccionario de la Lengua Española», en *Panace@*, Vol. XXVI, N.º 41, 2015, Págs. 40-59.
- De la Morena Fernández, J. y Valero Garcés, C. “coord.” (2006). *Guía básica multilingüe de atención al paciente: español-árabe, español-búlgaro, español-francés, español-inglés, español-rumano, español-ruso*. Universidad de Alcalá, ISBN: 8460937046.
- Díaz Cintas, J. (2001). *La traducción audiovisual: el subtítulo*. Salamanca: Ediciones Almar.
- Domínguez Pachón, M. J. (2006). *La formación para la práctica profesional del trabajador social*. Universidad de León. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002396.pdf>. [Consulta: 06/05/2018].
- Dwidar Khattab, M. (2007). *Diccionario de términos económicos español-árabe*. Madrid: IEEI.

- Dwidar Khattab, M. (2014). *La problemática de las traducciones económicas del español al árabe: estudio traductológico y analítico*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- El Diccionario de la Lengua Española (2014), XXIII edición, la Real Academia Española. Barcelona: Espasa.
- El Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina (2012). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- El-Madkouri Maataoui, M. (2000). «Las Escuelas de Traductores en la Edad Media», en *la Enseñanza en la Edad Media: X Semana de Estudios Medievales*. Nájera: Instituto de Estudios Riojanos.
- El-Madkouri Maataoui, M. (2004). «Lengua y Cultura en la traducción medieval», en *Turjumán*, Vol. XIII, N.º 1, 2004, Págs. 23-38.
- El-Madkouri Maataoui, M.; Lázaro Gutiérrez, R. y Taibi, M. (2005). «Modos de comunicación interlingüística: traducción en los servicios públicos», en Oro Cabanas, José Manuel; Varela Zapata, Jesús y Anderson, JoDee (coord.): *Lengua y sociedad: lingüística aplicada en la era global y multicultural*, Universidad de Santiago de Compostela, Págs. 532-555.
- Escamilla, A. (1993). *Unidades didácticas: una propuesta de trabajo de aula*. Zaragoza: Edelvives.
- Espada Sánchez, C. (2007). *El español en los Emiratos Árabes Unidos*. Disponible en: cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_06-07/pdf/paises_20.pdf. [Consulta: 25/11/2015].
- Faber, P. (2002). «Investigar en terminología», en Faber, P. y Jiménez, C. (eds.): *Investigar en terminología*. Granada: Comares.

- Falzoi, M. C. (2015). «La traducción de textos especializados: algunos planteamientos pedagógicos», en *SKOPOS. Revista Internacional de Traducción*, Vol. VI, 2015, Págs. 105-117, ISSN: 2255.
- Félix Fernández, L. y Alarcón Navío, E. (1998): «La terminología especializada y el léxico común en el marco de la traducción de textos médicos de divulgación», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coord.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación*. Málaga: Universidad de Málaga, Págs. 169-186.
- Feria García, M. C. (2006). *Diccionario de términos jurídicos árabe-español*. Barcelona: Ariel.
- Fernández Díaz, N. (2012). *Metáforas sobre la leucemia en los discursos científicos, en los mediáticos y en las narrativas personales*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Fernández Marcos, N. (2007). «Las traducciones en la antigüedad», en *SEFARAD (Sef)*, Vol. 67: 2, julio-diciembre 2007, Págs. 263-282.
- Ferre, L. (1991). *Introducción a la traducción al español de la obra de Maimónides “El régimen de salud. Tratado sobre la curación de las hemorroides”*. Córdoba: El Almendro.
- Fonrés Guardia, M. (2006). «El español en Siria». Disponible en https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_06-07/pdf/paises_18.pdf. [Consulta: 22/04/2018].
- Foz, C. (2000). *El traductor, la Iglesia y el rey. La traducción en España en los siglos XII y XIII*. Barcelona: Gedisa.
- Franco Aixelá, J. (2013). «La traducción científico-técnica: aportaciones desde los estudios de traducción», en *Letras*, N.º 53 (2013), ISSN 1409-424X; EISSN 2215-4094, Págs. 37-60.

- Franco Aixelá, J. (2015). «La traducción de textos científicos y técnicos», en *TonosDigital* N.º 29, 2015. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/48277/1/2015_Franco_Tonos-Digital.pdf. [Consulta: 08/12/2017].
- Fuentes Arderiu, X. (2006). «Contra la sinonimia y la polisemia en los lenguajes de especialidad», en *Panace@*, Vol. VII, N.º 24, Pág. 241.
- Gallardo San Salvador, N. (2007). «Breve repaso a la enseñanza de la traducción científica», en *Panace@*, Vol. VIII, N.º 26, 2007, Págs. 183-187.
- Gamero Pérez, S. (1996). «La enseñanza de la traducción científico-técnica», en Amparo Hurtado Albir (ed.): *La enseñanza de la traducción*, Universitat Jaume I, Págs. 195-199.
- Gamero Pérez, S. (1998). *La traducción de textos técnicos (alemán-español). Géneros y subgéneros*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gamero Pérez, S. (2001). *La traducción de textos técnicos. Descripción y análisis de textos (alemán-español)*. Barcelona: Ariel.
- Gamero Pérez, S. (2005). *Introducción a la traducción técnica*. Disponible en www3.uji.es/~gamero/traductortecnico.pdf. [Consulta: 17/01/2015].
- García Bravo, P. (2004). «Las traducciones en la transmisión del legado médico clásico al mundo occidental», en *Hieronymus Complutensis*, N.º 11, 2004, Págs. 25-42.
- García, P. E. (1997). «Metodología de la Enseñanza de la Traducción», en *Hieronymus Complutensis*, N.º 4 - 5, 1997, Págs. 65-70.
- Garijo Galán, I. (1997). Libro de los tumores y sus clases (Traducción y edición), en *Grupo de investigación "el Saber en Al-Andalus (Hum. 135)"*. Córdoba: Junta de Andalucía.

- Garriga Escribano, C. (2009). «La historia de la lengua científico-técnica y la traducción», en *Panace@*, Vol. X, N.º 30, 2009, Págs. 115-116.
- Gil-Bardaji, A. (2016). «La traducción del árabe en España: panorámica histórica», en *Quaderns. Revista de Traducció*, N.º 23, Págs. 59-78.
- Gómez de Enterría, J. (2003). «Notas sobre la traducción científica y técnica en el siglo XVIII», en *Quaderns de filología. Estudis lingüístics*, N.º 8, Págs. 35-67.
- Gómez de Enterría, J. “coord.” (2006). *Comunicar y enseñar a comunicar el conocimiento especializado*. Madrid: Instituto Cervantes, AETER.
- Gonzalo García, R. C. (2004): «Fuentes de información en línea para la traducción especializada», en Gonzalo García, C. y García Yebra, V. (eds.): *Manual de documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid: Arco, Págs. 275-307.
- Gouda, A. y Abdel-Halim, Z. (2005). *Glosario de términos científicos y técnicos (español-árabe-español)*. El Cairo: Dar al-Karnak.
- Granero Molina, J. (2003). «Cos y Cnido. Esencia Hipocrática en la práctica profesional enfermera», en *Tempus vitalis*, Revista Electrónica Internacional para el cuidado del paciente crítico, Vol. III, N.º 2, 2003, Págs. 40-47.
- Guantiva Acosta, R.; Cabré, M. T. y Castellà Lidon, J. M. (2008) «Clasificación de textos especializados a partir de su terminología», en *Íkala, revista de lenguaje y cultura*, 2008, N.º 13 (Enero-Junio). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=255020449002>> [Consulta: 30/ 04/ 2018].
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (1998). *La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.

- Gutiérrez Rodilla, B. M. (2000). «Evolución del lenguaje científico a través de los diccionarios: el caso de la medicina», en *Panace@*, Vol. I, N.º 2, 2000, Págs. 27-36.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (2006). «Algunos datos respecto a la investigación sobre traducción médica en España», en *Panace@*, Vol. VII, N.º 23, 2006, Págs. 115-121.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (2014). «El lenguaje de la medicina en español: cómo hemos llegado hasta aquí y qué futuro nos espera», en *Panace@*, Vol. XV, N.º 39, 2014, Págs. 86-94.
- Gutiérrez Rodilla, B. M. y Diego Amado, M. C. (2006). «Algunos datos respecto a la investigación sobre la traducción médica en España», en *Panace@*, Vol. VII, N.º 23, 2006, Págs. 115-121.
- Hernández de la Rosa, Y. y Moreno Martínez, F. L. (2012). «Las siglas en el lenguaje médico», en *CorSalud*, Vol. IV, N.º 3, 2012, Págs.148-150.
- Hernández Guerrero, M. J. (1995). «Aspectos de Didáctica de la Traducción», en *V Encuentros Complutenses en Torno a la Traducción*. Madrid: Complutense, Págs. 105-113.
- Hernández, P. (2000). Documentación, terminología y traducción: Técnicas documentales aplicadas a la traducción especializada [reseña sobre un ciclo de seminarios], en *Panace@*, Vol. I, N.º 2, 2000, Págs. 90-93.
- Hurtado Albir, A. (1999). «Objetivos de aprendizaje y metodología en la formación de traductores e intérpretes», en *Hurtado Albir, A. (dir.)*, Págs. 8-58.
- Hurtado Albir, A. (2001). *Traducción y Traductología, Introducción a la Traductología*. Madrid: Cátedra.

- Hurtado Albir, A. (dir.) (1999a). *Enseñar a traducir. Metodología en la formación de traductores e intérpretes*. Madrid: Edelsa.
- Kamal Zaghoul, A. (2010). «Adquisición de la competencia traductológica: Propuesta de una unidad didáctica de traducción general», en *Lengua y Literatura*, Vol. II, Págs. 185-197.
- Kramer, S. N. (1985). *La historia empieza en Sumer*. Barcelona: Orbis.
- Lafarga, F. (2004). «El siglo XVIII, de la Ilustración al Renacimiento», en Lafarga, F. y Pegenaute, L. (eds.): *Historia de la traducción en España*. Salamanca: Ambos Mundos, Págs. 209-319.
- Lafraga, F. y Pegenaute, L. (2015). «Historiografía de la Traducción», en Aullón de Haro, P. (ed.): *Historiografía y Teoría de la Historia del Pensamiento, la Literatura y el Arte*. Madrid: Dykinson.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2010). *La interpretación en los servicios sanitarios en España. Estudio de la asimetría en las consultas médicas con paciente de habla extranjera y la repercusión de la presencia de un intérprete ocasional*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2014). «Perspectivas en la formación de posgrado en traducción biosanitaria», en *Skopos (Revista Internacional de Traducción)* Vol. IV, 2014, Págs. 167-185.
- Lerat, P. (1997). *Las lenguas especializadas*. Barcelona: Ariel.
- López García, M. P. (2011). *Introducción a las lenguas de especialidad*. Centro de Lenguas Modernas, Universidad de Granada. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/38771/1/Introducci%C3%B3n%20a%20las%20lenguas%20de%20especialidad.pdf>. [Consulta: 05/09/2017].

- López Piñero, J. M. y Terrada Ferrandis, M. L. (2002). *La medicina en la historia*. Madrid: La esfera de los libros.
- Mahyub Rayaa, B. (2015). *La interpretación simultánea árabe-español y sus peculiaridades. Docencia y profesión*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Marsh, M. (1999). *Algunas consideraciones sobre la traducción médica*. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/lengua/aproximaciones/marsh.htm>. [Consulta: 30/01/2015].
- Martínez López, A. B. (2008). *La traducción editorial de manuales especializados dentro del ámbito biosanitario: Aplicaciones a la enseñanza y a la práctica profesional de la traducción médica del inglés al español*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Mata Pastor, C. (1998). «La traducción de textos médicos atípicos», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coord.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga, Universidad de Málaga, 1998, Págs. 187-204.
- Mayor Serrano, M. B. (2002). *Tipología textual pragmática y didáctica de la traducción en el ámbito biomédico*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Mayor Serrano, M. B. (2002a). «La ¿formación de traductores médicos? Sugerencias didácticas», en *Panace@*, Vol. III, N° 9-10, Págs. 83-89.
- Mayor Serrano, M. B. (2003). «La formación de traductores médicos en España: ¿otra asignatura pendiente?», en *Trans*, N.º 7, 2003, Págs. 131-136.
- Mayor Serrano, M. B. (2005). «Consideraciones fundamentales en la formación de traductores: mercado de trabajo y tipo de alumnado», en *TRANS*, N.º 9, 2005, Págs. 195-201.

- Mayoral Asensio, R. (1997/98). «La traducción especializada como operación de documentación», en *Sendeban*, N.º 8/9, Págs. 137-153.
- Mendiluce Cabrera, G. (2004). *Estudio comparado inglés-español del discurso biomédico escrito: la secuenciación informativa, la matización asertiva y la conexión argumentativa en la introducción y la discusión de artículos biomédicos escritos por autores nativos y no nativos*. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid.
- Micó, J. M. (2004). «La época del Renacimiento y del Barroco», en Lafarga, F. y Pegenaute, L. (eds.): *Historia de la traducción en España*. Salamanca: Ambos Mundos, Págs. 175-208.
- Mohamed Saad, S. (2001). «Estudio analítico de la metáfora y su traducción, ejemplificado en Memorial de Isla Negra de Pablo Neruda», en DICENDA. Cuadernos de Filología Hispánica, N.º 19, Págs. 165-178.
- Mohamed Saad, S. (2015). *Curso práctico de traducción legal (árabe español)*. Madrid: Instituto Egipcio de Estudios Islámicos.
- Mohamed Saad, Saad (2010). *Curso de traducción administrativa (árabe español)*. Madrid: Instituto Egipcio de Estudios Islámicos.
- Mohamed Saad, Saad (2017). *Curso de traducción judicial (árabe español)*. Madrid: Instituto Egipcio de Estudios Islámicos.
- Montalt Resurrecció, V. (2002). «Entre el aula y la profesión: Reflexiones y propuestas en torno a la formación de traductores especializados», en Alcina Caudet, A. y Gamero Pérez, S. (eds.): *La Traducción científico-técnica y la Terminología en la Sociedad de la Información*. Universidad Jaume I (estudios sobre traducción: N.º 10).

- Montalt Resurrecció, V. (2008). *La traducción científico-técnica*. Universitat Jaume I. Disponible en <http://susanagomezcacho.files.wordpress.com/2008/04/la-traduccion-cientifico.doc>. [Consulta: 10/01/2015].
- Morillas, E. y Álvarez, J. “eds.” (2000). *Las herramientas del traductor*. Ediciones del Grupo de Investigación Traductología, Universidad de Málaga.
- Moya, V. (2004). *La selva de la traducción*. Madrid: Cátedra.
- Muñoz Miquel, A. (2008). *El acceso al campo profesional de la traducción médica: hacia una definición social del traductor médico*. Universidad Jaume I. Disponible en: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/trad/4.pdf. [Consulta: 8/11/2014].
- Muñoz Miquel, A. (2009). «El perfil del traductor médico: diseño de un estudio de corte socio profesional», en *Panace@*, Vol. X, N.º 30, 2009, Págs. 157-167.
- Muñoz Miquel, A. (2014). *El perfil del traductor médico: análisis y descripción de competencias específicas para su formación*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I.
- Muñoz Sánchez-Brunete, J. (2003). «La enseñanza del español en los países del Magreb. Datos generales», en Centro Virtual Cervantes. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_03/munoz/p03.htm [Consulta: 21/04/2018].
- Muñoz Torres, C. A. (2011). *Análisis contrastivo y traductológico de textos médicos (inglés-español): El género caso clínico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Navarro González, F. (1997). *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona: Doyma
- Navarro González, F. (2000). «Las nomenclaturas normalizadas en medicina y farmacología: una de cal y otra de arena», en *Documentación, terminología y*

traducción Técnicas documentales aplicadas a la traducción especializada. Congreso celebrado en Soria del 25 al 29 de septiembre. Disponible en Panace@ Vol. I, N.º 2, 2000, Págs. 90-93.

Navarro González, F. (2001). «El inglés, idioma internacional de la medicina. Causas y consecuencias de un fenómeno actual», en *Panace@*, Vol. II, N.º 3. 2001, Págs. 35-51.

Navarro González, F. (2002). «Traductores profesionales y profesionales traductores en los albores de una nueva era», en *Actas del I Congreso Internacional: El español, lengua de traducción.* Disponible en cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/01/023_navarro.pdf. [Consulta: 02/05/2017].

Navarro González, F. (2008). «Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español», en *Panace@*, Vol. IX, N.º 27, 2008, Págs. 55-59.

Navarro González, F. (2016). *Medicina en español (II). Laboratorio del lenguaje: florilegio de recomendaciones, dudas, etimologías, errores, anglicismos y curiosidades varias del lenguaje médico.* Madrid: Unión editorial.

Navarro González, F. y Hernández Crespo, F. (1997). «Anatomía de la traducción médica», en Félix Fernández, L., Ortega Arjonilla, E. (coord.): *Lecciones de teoría y práctica de la traducción.* Málaga: Universidad de Málaga, Págs. 135-162.

Navascués Benlloch, I. y Hernando Saudan, Á. (1998). «El médico traductor de textos médicos», en L. Félix Fernández y E. Ortega Arjonilla (coord.): *II Estudios sobre Traducción e Interpretación* Málaga: Universidad de Málaga, Págs. 147-158.

- Nord, Ch. (1996). «El error en la traducción: categorías y evaluación», en Hurtado Albir, Amparo (eds.): *La enseñanza de la traducción*, Col. Estudios sobre la traducción, Vol. III, Castellón, Universitat Jaume I, Págs. 91-107.
- Ortega Arjonilla, E. (2017) «La formación del traductor científico-técnico en general y del biosanitario en particular dentro de la combinación lingüística francés-español: experiencia docente en la Universidad de Málaga», en Félix Fernández, L. y Ortega Arjonilla, E. (coord.): *Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario*, Granada: Comares. Págs. 229-241.
- Ortega Arjonilla, E.; Martínez López, A. B. y Echeverría Pereda, E. “eds.” (2010). *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación* (3 vol.). Granada: Atrio.
- Ortí, R.; Sánchez, E. y Sales, D. (2006). «Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural», Universitat de Valencia. Disponible en: [https://www.uv.es/perla/3\[08\].OrtiSalesySanchez.pdf](https://www.uv.es/perla/3[08].OrtiSalesySanchez.pdf). [Consulta: 13/05/2016].
- Patiño Restrepo, J. F. (2010). «El lenguaje médico», en *Revista Colombiana de Cirugía*, N.º XXV, 2010. Págs. 174-177.
- Pérez Cañada, L. M. (2005). *Emilio García Gómez, traductor*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.
- Pérez Guarnieri, V. (2017). *La práctica de la traducción jurídica: problemas y dificultades en la traducción de sentencias (inglés-español) en dos casos de derecho penal y civil*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba.
- Puerta López-Cózar, J. L. y Mauri Mas, A. (1995). *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*. Barcelona: Masson.

- Quijada Diez, C. (2008). *Estudio traductológico del texto médico: propuesta de un modelo de análisis y aplicación a un corpus textual (alemán-español)*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Quirós Rodríguez, C. (1998). *Averroes Compendio de Metafísica*. Córdoba: Fundación Cajasol.
- Riera Climent, C. y Riera Palmero, J. (2007). *Libros, médicos y traductores en España (1850-1900)*. Prensas universitarias de Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Riquelme Salar, J. (1956) *La medicina hispano-árabe y su contacto con la practicada en la escuela de Salerno*. Madrid: CSIC.
- Rodríguez Adrados, F. (1997). «Los orígenes del vocabulario científico», en *Revista Española de Lingüística*, N.º XXVII, 2-1, Págs. 299-317.
- Rodríguez Molero, F. J. (1950a). «Originalidad y estilo de la “Anatomía” de Averroes», en “*Al-Andalus*”, Vol. XV, Págs. 47-63.
- Rodríguez Molero, F. J. (1950b). «La neurología en la “Suma Anatómica” de Averroes», en *Arch. Ib. Hist. Med.*, Vol. II, Págs. 137-188.
- Rodríguez Molero, F. J. (1962). «Un maestro de la medicina árabe-española: Averroes», en *Misc. de Est. Arabes y Hebraicos*, Vol. XI, Págs. 55-73.
- Rodríguez-Tapia, S. (2016). «Los textos especializados, semiespecializados y divulgativos: una propuesta de análisis cualitativo y de clasificación cuantitativa», en *UNED Revista Signa*, N.º 25, 2016, Págs. 987-1006.
- Rosado, J. A. (2003). «La medicina en la antigua India», en *Revista de la Universidad de México*. Disponible en <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/0904/pdfs/101-103.pdf> [Consulta: 22/11/2017].

- Rosado, J. A. (2004). «La medicina en la antigua India», en *Revista de la Universidad de México*, N.º IX, 2004, Págs. 101-103.
- Roser Nebot, N. (2001). «Trujamán: intérprete comunitario y traductor para fines específicos en la baja Edad Media», en Marínez Romero, T. y Recio, R. (eds.): *Essays on medieval translation in the Iberian Peninsula*, Universidad Jaume I, 2001, Págs. 309-323.
- Rubiera Mata, M. J. (2004). «Introducción general a la lengua árabe y a su traducción al castellano», en Epalza, M. (ed.): *Traducir del árabe*. Barcelona: Gedisa, Págs. 19-42.
- Safí, M. (1991). *Diccionario médico-farmacéutico español-árabe*. Trabajo inédito.
- Sales Salvador, D.; Ortí, R. y Sánchez, E. (2006). «Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: Diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural», en Gallardo, B.; Hernández, C. y Moreno, V. (eds.): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*. Vol. III, Universitat de València, Págs. 114-139.
- Salvelio Picazo, J. (2015). *La vida de un cirujano español en Arabia Saudita*. Disponible en: http://www.fphomc.es/noticias/2015/05/15/05/21_entrevista_picazo_cirujano. [Consulta: 14/12/2015].
- Santibáñez Guerrero, D. G. (2016). «Sobre el surgimiento de la ciencia en Grecia: transmisión y asimilación griega del saber técnico del mundo oriental», en *Revista Historias del Orbis Terrarum*, N.º XVI, 2016, Págs. 91-106. ISSN-0718-7246.
- Santoyo, J. C. (2004). «La traducción en el ámbito de la cultura castellana: La Edad Media», en Lafarga, F. y Pegenaute, L. (eds.): *Historia de la traducción en España*. Salamanca: Ambos Mundos, Págs. 23-174.

- Santoyo, J. C. (2009). *La traducción medieval en la Península Ibérica (siglos III-XV)*. León: Universidad de León.
- Schipperges, H. (1975). *La medicina árabe en el Medievo Latino*. Toledo: La Real Academia de Bellas Artes y Ciencias Históricas.
- Sevilla Muñoz, M. y Sevilla Muñoz, J. (2003). «Definición del texto científico-técnico», en *El Trujamán*. Disponible en <http://cvc.cervantes.es/trujaman/>. [Consulta: 14/12/2015].
- Sevilla Muñoz, M.; Sevilla Muñoz, J. y Callejas Trejo, V. (2003). «Propuesta de una unidad didáctica de traducción científico-técnica dirigida a alumnos universitarios», en *Cadernos de Tradução*, Vol. II, N.º 12, Págs. 110-125.
- Sitchin, Z. (2003). *El libro perdido de Enki. Memorias y profecías de un Dios extraterrestre*. Madrid: Obelisco.
- Sultan, M. (2012). *Los estudios de traducción e interpretación en las universidades egipcias: análisis curricular*. Trabajo Fin de Máster “inédito”. Universidad de Alcalá.
- Sultan, M. (2016). «Apuntes sobre la traducción médica entre el español y el árabe», en Tejedor, C. et al. (eds.): *Quintas Jornadas de Jóvenes Investigadores de la Universidad de Alcalá*. Universidad de Alcalá, ISBN: 978-84-16133-99-4, Págs. 71-76.
- Taibi, M.; Valero Garcés, C. y Lázaro Gutiérrez, R. (2005). «Formación de traductores/intérpretes para los servicios públicos: la experiencia del grupo FITISPOS de la Universidad de Alcalá», en Carrió Pastor, M. L. (coord.): *Perspectivas interdisciplinares de la lingüística aplicada*. Vol. I, 2005, Págs. 431-442.
- Tapia Granados, J. A. (2004). «La traducción científica a comienzos del siglo XXI», en *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, N.º XIII, Págs. 17-18.

- Torre, E. (1974). *Averroes y la ciencia médica*. Madrid: ediciones del Centro (Ec).
- Torres Hostench, O. (2009). «Detección de problemas en traducción científica», en *Translation Journal*, Vol. XIII, N.º II. Disponible en: <https://translationjournal.net/journal/48scientific.htm>. [Consulta: 14/12/2017].
- Torres Hostench, O. (2010). «La mirada de los estudiantes de traducción científico-técnica», en Edo Marzá, N. y Ordóñez López, P. (eds.): *El lenguaje de la ciencia y la tecnología*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Úcar Ventura, M. P. (2014). «El traductor hoy: mediador para la sociedad», en *Traducción e interpretación: lectura y comprensión de textos especializados en Ciencias de la Salud*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Ullmann, S. (1992). *Semántica: Introducción a la ciencia del significado*. Madrid: Taurus.
- Urgarteburu, I. (2001). «Préstamos léxicos y adecuación gráfica», en *Panace@* Vol. II, N.º 3, 2001, Págs. 71-74.
- Valero Garcés, C. (2008). *Formas de Mediación Intercultural: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Conceptos, Datos, Situaciones y Práctica*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, C. (2011). *Traducción e interpretación en los servicios públicos en un mundo interconectado*. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Valero Garcés, C. y de la Morena Fernández, J. (2004). “Comunicación médica con la población inmigrante sin fluidez en la lengua de contacto”, en *Revista Clínica Española*. Vol. 205, N.º 6, Págs. 287-289.

Valero Garcés, C. y Sultan, M. (2017). «Más allá del aula. Del servicio a la sociedad que prestan los alumnos en prácticas del máster en TISP (árabe-español)», en *IX Encuentro de Innovación en Docencia Universitaria "Educación y Compromiso Social: Aprendizaje Servicio (ApS) y otras metodologías"*, Universidad de Alcalá, 5-7 de junio 2017.

Vázquez de Benito, M. C. "ed." (1979). *Libro de la introducción al arte de la medicina o "Isagoge" de Abū Bakr Muḥammad ibn Zakariyā' al-Rāzī*. Universidad de Salamanca y el Instituto Hispano-Árabe de Cultura.

Vázquez de Benito, M. C. y Herrera, M. T. (1981). «Los textos médicos árabes fuente de los médicos castellanos», en *AL-QANTARA*. Vol II, Págs. 345-364.

Vega, M. Á. (2004). «De la Guerra Civil al pasado inmediato», en Lafarga, F. y Pegenaute, L. (eds.): *Historia de la traducción en España*. Salamanca: Ambos Mundos, Págs. 209-319.

Vilaret, E. (2000). «La traducción y el lenguaje científico. Reseña sobre el I Congreso Internacional de Traducción Especializada, Barcelona España, 2 a 4 de marzo 2000», en *Panace@* Vol. I, N.º 1, 2000, Págs. 31-32.

Yetano Laguna, J. y Alberola Cuñat, V. (2003). *Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalaras*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

b) En inglés

Auda, J. (2008). *Maqasid Al-Shariah as Philosophy of Islamic Law: A Systems Approach*. Virginia: The International Institute of Islamic Thought.

- Bakir, M. J. (2010). «Notes on the Verbal System of Gulf Pidgin Arabic». In *Journal of Pidgin and Creole Languages*. Vol. 25, N.º 2, Págs. 201-228.
- Bowker, L. (2002). *Computer-Aided Translation Technology: A Practical Introduction*. Ottawa: University of Ottawa Press.
- Browne, E. G. (1921). *Arabian Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Byrne, J. (2006). *Technical Translation: Usability Strategies for Translating Technical Documentation*. Dordrecht: Springer.
- Corsellis, A. (2003). «Interpreting and translation in the UK public services. The pursuit of excellence versus, and via, expedienc», in Anderman, G. y Rogers, M. (eds.): *Translation Today: Trends and Perspectives*. Clevedon: Multilingual Matters, Págs. 180-91.
- Goodman, L. E. (1990). «The translation of Greek materials into Arabic», in Young, M.; Latham, J. and Serjeant, R. (eds.): *Religion, Learning and Science in the 'Abbasid Period (The Cambridge History of Arabic Literature)*. Cambridge: Cambridge University Press, Págs. 477-497.
- Gutas, D. (1998). *Greek Thought, Arabic Culture. The Graeco-Arabic Translation Movement in Baghdad and Early 'Abbāsid Society (2nd-4th/ 8th-10th centuries)*. Londres: Routledge.
- Hann, M. (1992). *The Key to Technical Translation*. Amsterdam: Jhon Benjamins Publishing.
- Hill, D. R. (1990). «Mathematics and applied science», in Young, M. Latham, J. and Serjeant, R. (eds.): *Religion, Learning and Science in the 'Abbasid Period (The Cambridge History of Arabic Literature)*. Cambridge: Cambridge University Press, Págs. 248-273.

- Hill, D. R. (1990a). «The literature of Arabic alchemy», in Young, M. Latham, J. and Serjeant, R. (eds.): *Religion, Learning and Science in the 'Abbasid Period (The Cambridge History of Arabic Literature)*. Cambridge: Cambridge University Press, Págs. 328-341.
- Isaacs, H. D. (1990). «Arabic medical literature», in Young, M. Latham, J. and Serjeant, R. (eds.): *Religion, Learning and Science in the 'Abbasid Period (The Cambridge History of Arabic Literature)*. Cambridge: Cambridge University Press, Págs. 342-363.
- Jakobson, R. (1959). «On linguistic Aspects of Translation». Disponible en: https://monoskop.org/images/6/68/Jakobson_Roman_1959_On_Linguistic_Aspects_of_Translation.pdf. [Consulta: 13/04/2016].
- Kupsch-Losereit, S. (1985). «The problem of Translation Error Evaluation», in Titford, C. and Hieke, A. E. (eds.): *Translation in Foreign Language Teaching and Testing*. Tubinga: Narr, Págs. 169-179.
- Lakoff, G. and Johnson, M. (2003). *Metaphors we live by*. London: The University of Chicago Press.
- Lang, M. F. (1992). «The problem of mother tongue competence in the training of translators», in Snell-Hornby, M.; Pöchhacker, F. y Kaindl, K. (eds.): *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing, Págs. 395-399.
- Lee-Jahnke, H. R. (2005). «Teaching medical translation: an easy job?», in *Panace@*, Vol. VI, N.º 20, Págs. 81-84.
- Montalt Resurrecció, V. (2011). «Medical translation and interpreting», in Gambier, Y. and Van Doorslaer, L. (eds.): *Handbook of Translation Studies*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing, Vol. II, Págs. 79-83.

- Montalt Resurrecció, V. (2012). «Medical Translation», in *Encyclopedia of Applied Linguistics*. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781405198431.wbeal0760>. [Consulta: 27/01/2018].
- Montalt Resurrecció, V. and González Davies, M. (2007). *Medical translation step by step: learning by drafting*. Manchester: St. Jerome.
- Mousbah Argeg, G. (2015). *The Problems of Translating Medical Terms from English into Arabic*. Tesis doctoral. Universidad de Durham. Disponible en: <http://etheses.dur.ac.uk/11166/> [Consulta: 22/07/2017].
- O’neill, M. (1998). «Who makes a better medical translator: the medically knowledgeable linguist or the linguistically knowledgeable medical professional? A physician’s perspective», in Fischbach, H. (ed.): *Translation and Medicine*. Amsterdam: John Benjamins Publishing, Págs. 69-80.
- Sawyer, D. B. (2004). *Fundamental aspects of interpreter education: curriculum and assessment*. Amsterdam: John Benjamins B. V.
- Shaji Sa’adeh Yaseen, H. (2013). *Terminological Inconsistency in Medical Translation from English into Arabic*. An-Najah National University, Plestine. Disponible en: https://scholar.najah.edu/sites/default/files/Heba%20Yaseen_0.pdf. [Consulta: 27/01/2016]
- Valero Garcés, C. (2000). «Translating as an Academic and Professional Activity», in *Meta*, Vol. 45, N.º 2, Págs. 378-382.

c) En árabe

ابن أبي أصيبعة (1998). عيون الأنباء في طبقات الأطباء، دار الكتب العلمية، لبنان.

أبو يعرب المرزوقي (1989). "الترجمة العلمية بما هي ظاهرة اجتماعية وفنية". بحث في كتاب الترجمة ونظرياتها. تأليف كمال عمران ومجموعة من الأساتذة الجامعيين، المؤسسة الوطنية للترجمة والتحقيق والدراسات "بيت الحكمة"، مطبعة القلم، تونس.

أحمد بن محمد الضبيب (2015). لماذا يرفضون التعريب؟!، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 130، نوفمبر 2015، ص 35-53.

أحمد شفيق الخطيب (2009). التنمية في مجتمع المعرفة باللغة العربية والمصطلحات (المصطلح العلمي بخاصة)، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 118، نوفمبر 2009، ص 65-79.

إديفونسو جاريخو جالان (1997)، ترجمة وتحقيق كتاب الأروام وأصنافها لأبي جعفر الغافقي، اتحاد إقليم أندلسية للنشر، قرطبة، إسبانيا.

توفيق سلطان اليوزبكي (1976). التعريب في العصرين الأموي والعباسي، مجلة آداب الرافدين، العدد السابع، ١٥ أكتوبر ١٩٧٦، كلية الآداب بجامعة الموصل، ص 41-66.

جلال حسني سلامة (2007). الترجمة في العصر العباسي، جامعة القدس المفتوحة، ص 35-56، متاح على الرابط <https://repository.najah.edu/.../translation-abbasid-age.pdf>، (الاطلاع على البحث بتاريخ: 2018/02/11).

حامد صدقي (2006). قضية الترادف بين الإثبات والإنكار. مجلة اللغة العربية وآدابها، جامعة طهران، السنة الأولى، العدد الثالث، ص 47-74.

حسان شمسي باشا (2010). أبحاث طبية في الحج، مقال متاح على الرابط <http://www.saaid.net/mkatarat/hajj/74.htm>. (الاطلاع على المقال بتاريخ: 2015/11/24).

حسين أحمد أمين (2005). لغة العرب وأثرها في تكييف العقلية العربية، دار العين للنشر، القاهرة.

خالد عبد الغفار آل عبد الرحمن (2009). تعريب التعليم الطبي: رؤية واقعية وخطوات عملية، جامعة الإمام محمد بن سعود.

خالد يوسف صالح (2011). حركة الترجمة في بلاد الشام في العصر الأموي 661-750م، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 1، ص 234-249.

زاهي حواس (2016). الطب في مصر القديمة، جريدة الشرق الأوسط، العدد 13785، 25 أغسطس 2016.

سماح سامي و مصطفى موسى (2016). مختصر كتاب الحاوي في الطب (الجزء الأول)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

شوقي ضيف (2004). المصطلحات العلمية، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 102، مايو 2004، ص 46-33.

صالح بلعيد (2008). المعجم التاريخي للغة العربية: إجراءات منهجية، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 114، نوفمبر 2008، ص 184-141.

عبد الرحمن بدر الدين (2005). قنسرين أو عش النسور، مجلة التراث العربي، العدد 98 جمادى الأولى 1426 هـ / يونيو 2005 م، السنة الخامسة والعشرون، اتحاد الكتاب العرب، دمشق، ص 248-239.

عبد العليم بو فاتح (2007). اللغة العربية في عصر التكنولوجيا، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 111، نوفمبر 2007، ص 201-181.

عبد اللطيف عبيد (2008). المرصد العربي للمصطلحات والمعاجم مشروع يواكب التطور ويدعم جهود المجامع، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 114، نوفمبر 2008، ص 199-185.

علاء شكرالله (2005). «مقدمة عن التطور التاريخي للرعاية الصحية في مصر»، فصل في كتاب: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية. إعداد ونشر: برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ص 9-1.

علي محمود عويضة (1970). المعجم الطبي-الصيدلي الحديث، دار الفكر العربي، القاهرة.

عوض بن حمد القوزي (2004). التعريب والتغريب، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 102، مايو 2004، ص 88-75.

عوض بن حمد القوزي (2009). التعليم باللغة الإنجليزية في مراحل التعليم العام بالمملكة العربية السعودية، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 117، نوفمبر 2009، ص 265-249.

فاطمة الزهراء هبري (2014). ترجمة النصوص المتخصصة في المجال الطبي من الفرنسية إلى العربية، رسالة ماجستير نوقشت بكلية الآداب واللغات، جامعة تلمسان، الجزائر.

كارمن باليرو غارثيس (2017). التكوين والبحث والممارسة في الترجمة التحريرية والشفوية في الخدمات العامة في إسبانيا: دراسة الحالة، مجلة العربية والترجمة، لبنان (بيروت)، ص 122-103.

كمال الدين الحناوي (1995). معجم المصطلحات الطبية الحديثة "إنجليزي-عربي" المكتبة الأكاديمية، القاهرة.

لسان العرب لابن منظور (تسعة مجلدات)، دار الحديث، القاهرة، 2003.

ماريا دي لا كونثيبيون باتكيت دي بينيتو (1979). تحقيق كتاب المدخل إلى صناعة الطب وهو إيساغوجي لأبي بكر محمد بن زكريا الرازي، المعهد الإسباني العربي للثقافة، جامعة سلمنقة، إسبانيا.

محمد على الزركان (1998)، الجهود اللغوية في المصطلح العلمي الحديث، اتحاد الكتاب العرب، دمشق.

محمد عناني (2003). نظرية الترجمة الحديثة: مدخل إلى مبحث دراسات الترجمة، الشركة المصرية العالمية للنشر-لونجمان، القاهرة.

محمد مزالي (2009). تعليم العلوم بالعربية، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 118، نوفمبر 2009، ص 111-117.

محمود أحمد السيد (2015). قضايا تنسيقية ملحة في مسيرة التعريب، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 130، نوفمبر 2015، ص 55-79.

محمود الربيعي (2009). تعليم العلوم بالعربية في المستوى الجامعي، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 117، نوفمبر 2009، ص 239-247.

مهنا سلطان (2017). الترجمة التحريرية والشفوية في الخدمات العامة في دول مجلس التعاون الخليجي، مجلة العربية والترجمة، العدد 29، بيروت (لبنان)، مارس 2017، ص 11-24.

ميسون على جواد التميمي (2015)، تحديد مصطلح التعريب لغة واصطلاحا. متاح على الرابط http://www.arabiclanguageic.org/view_page.php?id=2215 (الاطلاع على البحث بتاريخ: 2018/05/01).

نجوى خلاف (2005). «استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية»، فصل في كتاب: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية. إعداد ونشر: برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ص 11 إلى 37.

وجيهة السطل (1998). جسم الإنسان في معاجم المعاني: دراسة تحليلية لغوية، إصدارات دار الفيصل الثقافية، الرياض.

وفاء كامل فايد (2016). المصطلح العلمي بين الواقع والتوحيد، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 132، مايو 2016، ص 169-199.

وليد محمود خالص (2016). المصطلح العلمي...جهود الوضع وآليات التقريب، مجلة مجمع اللغة العربية بالقاهرة، العدد 132، مايو 2016، ص 83-167.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta sobre La comunicación de la población hispanoárabe en los centros médicos en países árabes

*1. ¿Cuál es su nacionalidad?



*2. ¿Cuál es su sexo?

- Hombre
 Mujer

*3. ¿Qué edad tiene?

- Entre 18 y 30 años Entre 31 y 40 años Entre 41 y 50 años Entre 51 y 60 años Más de 60 años

*4. ¿En qué país árabe reside usted?

- Egipto
 Arabia Saudí
 Bahreín
 Emiratos Árabes Unidos
 Qatar
 Kuwait
 Sultanato de Omán
 Otro (Por favor especifique)

*5. ¿Ha sido alguna vez usuario de los servicios sanitarios, públicos o privados, de este país?

- Sí Comentario
 No

*6. ¿Suele acudir regularmente a los centros de salud de este país?

- Sí Comentario
 No

*7. ¿Qué idioma suelen hablar los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- Árabe Inglés Otro (Por favor especifique)
- Español

*8. ¿En qué idioma comunica usted con los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- En árabe En inglés Otro (Por favor especifique)
- En español

*9. ¿Disponen los centros de salud, en este país, de servicios de interpretación y traducción para los pacientes extranjeros?

- Sí Comentario
- No

*10. ¿Ha acudido alguna vez a un centro de salud acompañado por alguien que sepa su idioma y el de los proveedores de los servicios sanitarios?

- Sí Comentario
- No

*11. ¿Cree que cualquiera que sepa dos idiomas será capaz de ejercer de mediador lingüístico y cultural entre los pacientes extranjeros y los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- Sí Comentario (Por favor especifique)
- No

*12. ¿Le ha enfrentado algún problema referente a la comunicación lingüística con los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- Sí Comentario (Por favor especifique)
- No

*13. ¿Le ha enfrentado algún problema de índole cultural con los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- Sí Comentario (Por favor especifique)
- No

*14. ¿Conoce a alguien que haya tenido algún problema referente al idioma o la cultura con los proveedores de los servicios sanitarios en este país?

- Sí Comentario (Por favor especifique)
- No

***15. ¿Cómo evaluaría el grado de la comunicación lingüística y cultural con proveedores de los servicios sanitarios en este país?**

- Excelente Buena Regular Mala Muy mala

***16. ¿Considera que es necesario que los centros de salud de este país cuenten con servicios de interpretación y traducción en su lengua y en la de los proveedores de los servicios sanitarios?**

- Sí Comentario
- No

***17. ¿Qué es lo que le resultaría diferente o raro en los servicios sanitarios de este país, en comparación con los de su país?**



***18. ¿De carácter general, cuál son las dificultades que le enfrentan a la hora de acudir a los servicios sanitarios de este país como usuario?**



***19. ¿Tiene algunas ideas para facilitar la comunicación lingüística entre los proveedores de los servicios sanitarios y la población hispano parlante en este país?**



***20. ¿Sabe de qué se trata Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos?**

- Sí

- No
- Comentario (Por favor especifique)

Anexo 2: Encuesta sobre Perfil de los alumnos del Máster en TISP/Aspectos formativos en traducción (e interpretación) sanitaria árabe-español

*1. ¿Qué grado o licenciatura ha estudiado?

- Traducción e interpretación Otro (Por favor especifique)
 Filología árabe o hispánica

*2. ¿A qué edad empezó a aprender la primera lengua extranjera (en este caso el árabe o el español)?

- Antes de los 14 años Después de los 20 años Otro (Por favor especifique)
 Entre los 15 y los 20 años

*3. ¿Domina la primera lengua extranjera, al igual que su lengua materna, (es bilingüe)?

- Sí Otro (Por favor especifique)
 No

*4. ¿Sabe otras lenguas extranjeras aparte del árabe y el español?

- Sí No

5. En caso afirmativo, cuáles son esas lenguas?

- Alemán Francés Inglés Italiano Otro (Por favor especifique)

*6. ¿Tiene previa experiencia profesional como traductor/intérprete español-árabe en el ámbito sanitario?

- Sí Otro (Por favor especifique)
 No

*7. En general, tiene conocimientos sobre Traductología?

- Sí No

*8. En general, tiene conocimientos sobre Terminología?

- Sí No

*9. ¿Ha tenido algunas dificultades en la asignatura de traducción sanitaria español-árabe?

- Sí No

10. En caso afirmativo, qué tipo de dificultades ha tenido?

- Terminológicas y léxicas Semánticas Elementos culturales Todo lo anterior Otro (Por favor especifique)
 Sintácticas y morfológicas

*11. ¿Cree que la variedad del árabe clásico (antiguo y moderno) y la variedad dialectal se puedan sumar a las dificultades que atañen a la traducción sanitaria español-árabe?

- Sí NS/NC
 No

*12. ¿Qué herramientas utiliza, normalmente, para traducir un texto sanitario español-árabe?

- Diccionarios Textos paralelos Todo lo anterior Otro (Por favor especifique)
 Internet

*13. ¿Cree que los recursos (enciclopedias, glosarios, bases de datos, etc.) son suficientes para llevar a cabo una traducción de un texto sanitario español-árabe?

- Sí NS/NC
 No

*14. ¿Cuál es el procedimiento de traducción que más empleas en el ámbito sanitario?

- Traducción literal Ambos procedimientos Otro (Por favor especifique)
 Traducción oblicua

*15. ¿Considera que el módulo sanitario ha contribuido a su formación para ser traductor/intérprete en el ámbito médico-sanitario?

- Sí NS/NC
 No Otro (Por favor especifique)

*16. ¿A nivel específico, qué ha aprendido en el módulo sanitario?

- Técnicas de traducción Terminología Todo lo anterior Nada Otro (Por favor especifique)
 Metodología de traducción

*17. ¿Cree que el material impartido en el módulo sanitario ha cubierto una buena parte de las especialidades médicas?

- Sí NS/NC
 No Otro (Por favor especifique)

*18. ¿En una escala de 1 a 5, evalúe la calidad del material impartido en el módulo sanitario?

- 1 2 3 4 5 Otro (Por favor especifique)

*19. ¿En una escala de 1 a 5, evalúe la calidad de la enseñanza de la traducción sanitaria que ha recibido?

- 1 2 3 4 5 Otro (Por favor especifique)

*20. ¿Considera conveniente que haya un máster específico de traducción sanitaria español-árabe?

- Sí No NS/NC

*21. ¿Si tuviera la posibilidad de realizar un Máster de Traducción e Interpretación Sanitaria español-árabe, lo cursaría?

- Sí No NS/NC

*22. ¿Cómo predice el futuro de la traducción/interpretación médico-sanitaria en el binomio lingüístico español-árabe en España?

23. ¿Tiene algún comentario que añadir (ideas, perspectivas, expectativas, etc.), con respecto a la asignatura de traducción sanitaria o al máster en general?

Fin->

100%

Encuestas/Enl como no es responsable de ningún contenido enviado u/o incluido en esta encuesta

Anexo 3: Información acerca del sistema sanitario español

(Fuente: <https://mejorconsalud.com/funciona-sistema-sanitario-espanol/>)

En el sistema sanitario español se contemplan tres niveles de atención: primaria especializada y sociosanitaria. Se accede a los servicios mediante la tarjeta sanitaria. El sistema sanitario español se creó en 1908. En ese entonces, y a lo largo de buena parte de la historia, los servicios asistenciales debían ser pagados por los ciudadanos. Gracias a diversas reformas la cobertura fue extendiéndose poco a poco, hasta que en 1989 abarcó al 100% de los usuarios. Actualmente la atención se financia gracias a los impuestos. La Constitución de 1978, actualmente vigente en España, dio un gran salto en materia de protección de los derechos fundamentales. La Carta Magna señala que el servicio de salud debe ser universal, financiado por el Estado y orientado a ofrecer calidad y seguridad en todas las prestaciones. Dio origen a la Ley General de Sanidad, que define el marco legal del sistema sanitario español. Dicha ley, promulgada en 1986, creó el Sistema Nacional de Salud. Este es un ente descentralizado. El Artículo 1 de la Ley General de Sanidad indica que el propósito del sistema sanitario español es: “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

Principios generales del sistema sanitario español:

Uno de los aspectos más importantes del sistema sanitario español es que es el Estado quien se convierte en el garante del derecho a la salud. Tiene bajo su responsabilidad la financiación y gestión de todo el sistema, basado en el principio de que todos los ciudadanos tienen acceso a la prestación de los servicios. Los principios sobre los que se edifica el Sistema Nacional de Salud en España son:

Universalidad en la atención. Toda la población puede acceder a los servicios, sin tomar en cuenta su estado de afiliación a la seguridad social o su capacidad económica.

Accesibilidad y desconcentración. El sistema opera mediante un esquema de regionalización sanitaria, que pretende llevar la prestación de servicios muy cerca de los ciudadanos. Esto busca descongestionar la atención en los centros urbanos. Descentralización. Pretende que la gestión de los recursos sanitarios sea cada vez más democrática y participativa. La base de la atención sanitaria es la atención primaria en salud. Participación de la comunidad. Los ciudadanos tienen derecho a participar en la orientación y control del sistema sanitario español. Ver también: ¿Qué es el glutamato monosódico? Riesgos para la salud. El sistema sanitario español cuenta con tres niveles, en términos administrativos y organizativos. Estos son: central, autonómico y áreas de salud. Veamos la composición de cada uno:

Administración central. Comprende el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se encarga de proponer, coordinar y ejecutar las políticas de salud. Organización autonómica. Corresponde al servicio de salud en cada Comunidad Autónoma. Comprende todos los centros, servicios y establecimientos prestadores de salud en la localidad. Áreas de salud. Son las estructuras que agrupan un conjunto de centros sanitarios y de profesionales de atención primaria en la Comunidad Autónoma. Es necesario señalar que las “áreas de salud” se dividen en “zonas básicas de salud”. Estas son una delimitación territorial que sirve como marco para la atención primaria del equipo sanitario. Comprende centros de salud, un hospital para la atención especializada y un centro de especialidades. En el sistema sanitario español se accede a los servicios de salud mediante la “tarjeta sanitaria individual”. Este es el documento administrativo que identifica al ciudadano frente a los diferentes entes prestadores de salud. La atención da lugar a la apertura de una historia clínica, que es un expediente médico y legal. En esta se consignan los datos originados en el contacto entre el usuario y el equipo de salud. La atención primaria es el nivel básico de atención. Se presta a solicitud del paciente, bien sea de manera programada o urgente. La consulta se hace en los centros de salud o en el domicilio del solicitante. Este nivel también es el encargado de realizar actividades de promoción de salud, educación sanitaria, prevención y rehabilitación, entre otras. La atención especializada se presta a petición del facultativo de atención primaria.

Anexo 4: Subdirecciones y órganos dependientes del Ministerio de Sanidad de Egipto

(Fuente: <http://www.mohip.gov.eg/>)

قطاع مكتب الوزير
أ.م لشئون الاتصال السياسى
أ.ع للأعلام
أ.م لأمانة المراكز المتخصصة
أ.ع. للتفتيش الفنى
أ.ع للشئون القانونية
أ.م للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان
أ.ع لخدمة المواطنين
أ.ع للأمن
أ.م الأمانة العامة للصحة النفسية
قطاع الموارد البشرية والتنمية المستدامة
أ.ع لشئون التوظيف
الإدارة العامة للبعثات والمنح الدراسية
أ.ع للخدمات الاجتماعية الطبية
أ.ع للمعهد القومي للتدريب
أ.م للبحوث والتنمية الصحية
أ.ع لتخطيط التدريب
أ.ع للتعليم الفنى الصحى
قطاع الرعاية الصحية الأساسية
مسئوليات القطاع
أ.ع للمناطق الطبية المتكاملة
أ.ع الرعاية الصحية الأولية
أ.ع لبرامج امراض الطفولة
أ.ع صحة الام والطفل
قطاع الشئون الوقائية والأمراض المتوطنة
أ.ع لمراقبة الأغذية
أ.م للأمراض المتوطنة
أ.ع للحجر الصحى
أ.م للمعامل
أ.ع للوبائيات و الترصد
أ.ع لمكافحة العدوى
أ.ع للترصد البيئى
أ.ع للصحة المهنية والصناعية
أ.ع لصحة البيئة
الهيئات التابعة
هيئة التأمين الصحى
الزمالة المصرية

المؤسسة العلاجية
الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية
قطاع السكان وتنظيم الأسرة
نبذة عن القطاع وخدماته والفئات المستهدفة
قطاع شئون الأقاليم الصحية
نبذة عن قطاع شئون الأقاليم
قطاع التخطيط الاستراتيجي والمتابعة
قطاع التخطيط الاستراتيجي
أ.م للتخطيط الاستراتيجي
أ.ع للاحتياجات الصحية التخطيطية
أ.ع لاقتصاديات الصحة
أ.ع للتخطيط
قطاع الرعاية العلاجية
أ.ع للتراخيص الطبية
ادارة الجودة
خدمات نقل الدم القومية
(أ.ع للمجالس الطبية المتخصصة) (العلاج على نفقة الدولة
أ.م لطب الاسنان
أ.ع للأشعة
أ.ع للعلاج الطبيعي
أ.ع للأمراض الصدرية
قطاع الأمانة العامة للشئون المالية والإدارية
أ.م للشئون الإدارية

Anexo 5: Preguntas frecuentes sobre salud y Migración

(Fuente: <http://www.who.int/features/qa/88/es/>)

P: ¿Qué problemas de salud presentan los refugiados y migrantes?

R: Los problemas de salud que presentan son similares a los del resto de la población, aunque puede que con una prevalencia más alta en algunos grupos. Los problemas de salud más frecuentes entre los refugiados y migrantes que acaban de llegar son las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión. Las mujeres migrantes se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva, y la violencia.

La exposición de los migrantes a los riesgos derivados de los desplazamientos de población –trastornos psicosociales, problemas de salud reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia– aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades no transmisibles. El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, bien por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan o por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria; el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas.

Los niños vulnerables son propensos a infecciones agudas, como las infecciones respiratorias y la diarrea, debido a la pobreza y las privaciones durante la migración, y necesitan acceso a la atención pertinente. La falta de higiene puede provocar infecciones cutáneas.

P: ¿Cuáles son las recomendaciones para la clasificación y reconocimiento de los migrantes a su llegada?

R: La OMS no recomienda un reconocimiento obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes para detectar enfermedades, puesto que no hay pruebas concluyentes de que ello sea beneficioso (o costoeficaz); además, puede generar ansiedad en los refugiados, los migrantes y la comunidad en general.

La OMS recomienda encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud para velar por que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a cuidados de salud. Tales controles deben efectuarse para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes.

Los resultados de los reconocimientos nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsar a un refugiado o migrante de un país.

Los reconocimientos obligatorios disuaden a los migrantes de solicitar una revisión médica y ponen en peligro la detección de los pacientes de alto riesgo.

A pesar de la percepción extendida de que hay un vínculo entre la migración y la importación de enfermedades infecciosas, no existe relación sistemática alguna. Los refugiados y los migrantes están expuestos principalmente a las enfermedades infecciosas que son comunes en Europa, sin relación alguna con la migración. El riesgo de que algún agente infeccioso exótico, como el virus del Ebola, se importe a Europa es sumamente bajo y, de suceder, la experiencia demuestra que afecta a los viajeros habituales, los turistas o el personal sanitario más que a los refugiados o los migrantes.

Se recomienda efectuar una clasificación de los refugiados y los migrantes en los puntos de entrada poco después de su llegada para detectar problemas de salud. A continuación debe haber un diagnóstico y tratamiento adecuados, y debe garantizarse que los grupos de población específicos reciban la atención de salud que necesitan (niños, mujeres embarazadas, personas de edad avanzada).

Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a medidas de prevención (por ejemplo, vacunación) y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados. La OMS apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes y refugiados independientemente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal.

P: ¿Se debe vacunar a los migrantes recién llegados?

R: Existen las mismas posibilidades de que se transmitan a las poblaciones de un país de acogida enfermedades prevenibles mediante vacunación cuando un residente de ese país regresa de unas vacaciones en un país con una enfermedad endémica que con la llegada de un migrante de ese mismo país. Todavía hay lagunas considerables en la inmunización de poblaciones en la Región, bien porque los países deciden no aprovechar los beneficios de la vacunación o por limitaciones en el acceso a los servicios correspondientes.

El acceso equitativo a la vacunación es de importancia capital y se debe proporcionar a los refugiados y migrantes, con independencia de su situación. Las campañas sistemáticas de inmunización se deben dirigir también a los migrantes y refugiados.

P: ¿Qué tipo de acceso a la atención de salud recomienda la OMS para refugiados y migrantes?

R: El estado jurídico de los migrantes es principalmente lo que determina su acceso a los servicios sanitarios de un país. Todos y cada uno de los refugiados y migrantes deben tener acceso pleno e ininterrumpido a un entorno acogedor y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nacionalidad o raza.

La OMS apoya las políticas destinadas a facilitar servicios de atención de salud a los migrantes, independientemente de su estado jurídico. Un acceso rápido a la atención de salud puede comportar la curación del enfermo y evitar la propagación de enfermedades; por lo tanto, interesa tanto a los migrantes como al país receptor velar por que la población residente no se vea innecesariamente expuesta a la importación de agentes infecciosos. Asimismo, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión, pueden evitar que las afecciones vayan a más y que pongan en peligro la vida del enfermo.

P: ¿Qué medidas adopta la OMS ante las repercusiones de los elevados flujos de refugiados y migrantes que llegan a la Región de Europa?

R: La OMS trabaja para:

Formular políticas sanitarias que tengan en cuenta a los migrantes;

Fortalecer los sistemas sanitarios para ofrecer un acceso equitativo a los servicios;

Establecer sistemas de información para evaluar la salud de los migrantes;

Intercambiar información sobre las mejores prácticas;

Sensibilizar a los proveedores de servicios de salud y los profesionales sanitarios con respecto a los factores culturales y de género y ofrecerles formación específica al respecto; y

Promover la cooperación multilateral entre los países con arreglo a la resolución WHA61.17 sobre la salud de los migrantes, aprobada por la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2008.

La OMS trabaja desde hace muchos años en las cuestiones sanitarias relacionadas con los movimientos de personas. En marzo de 2016, la Organización pasó de tener un enfoque meramente humanitario de la salud y la migración a esforzarse por mejorar los sistemas de salud de manera más amplia y alcanzar la cobertura sanitaria universal. A

fin de avanzar en esta dirección, y además de las medidas mencionadas anteriormente, la labor de la OMS trabajará para:

Elaborar un proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la mejora de la salud de los refugiados y los migrantes, que se someterá al examen de la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2017;

Garantizar, en estrecha cooperación con los Estados Miembros, que los aspectos relacionados con la salud se tienen debidamente en cuenta en la elaboración del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular que se adoptarán en 2018;

Ayudar a los Estados Miembros a cumplir con los compromisos relacionados con la salud, incluidos en los dos pactos mencionados en el punto anterior;

Llevar a cabo un análisis de situación de la salud de los refugiados y migrantes en cada región a fin de ayudar a elaborar un marco de prioridades y principios rectores para promover la mejora de su salud;

Fomentar los vínculos que contribuyan al desarrollo humanitario mediante la construcción de puentes entre la ayuda humanitaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud a largo plazo;

reforzar la coordinación y la colaboración intersectorial, interinstitucional, internacional e, incluso, dentro del sistema de las Naciones Unidas —incluidos el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)—, así como con otras partes interesadas.

Anexo 6: Enfermedades crónicas en países árabes

(Fuente: www.aljazeera.net)

الأمراض المزمنة

هي مجموعة من الأمراض التي لا تنتقل عن طريق العدوى ويطلق عليها اسم "الأمراض غير المعدية"، وهي تتطور لدى الشخص في عملية بطيئة وعلى مدار فترة طويلة نسبياً. وتضم هذه الأمراض أربع مجموعات رئيسية، هي أمراض القلب والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة وداء السكري.

وتتسبب الأمراض المزمنة في عشرات ملايين الوفيات سنوياً، تحدث معظمها في الدول الفقيرة والنامية. وتلعب عدة عوامل دوراً في ارتفاع نسب الأمراض المزمنة، مثل غياب التوعية الصحية وضعف التأمين الصحي وعدم كفاية برامج الرعاية الصحية ونقص التنمية وارتفاع معدلات الفقر.

والتالي هو نسب وأعداد وفيات الأمراض المزمنة في الدول العربية للعام 2010، بالإضافة لنسب البدانة والتدخين وقلة النشاط الجسدي. وذلك وفقاً للبيانات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.

الجدول (1) نسبة وفيات الأمراض المزمنة من مجموع الوفيات و عددها، ونسب التدخين وقلة النشاط الجسدي بين السكان

الدولة	نسبة وفيات الأمراض المزمنة من إجمالي الوفيات	عدد الوفيات لدى الذكور لكل مائة ألف من السكان	عدد الوفيات لدى الإناث لكل مائة ألف من السكان	نسبة استهلاك التبغ بين السكان	نسبة من لا يمارسون نشاطاً جسدياً كافياً
الجزائر	63%	556	472	13%	39%
البحرين	79%	641	551	21%	لا توجد بيانات
مصر	82%	830	660	18%	لا توجد بيانات
العراق	44%	780	593	14%	55%
الأردن	74%	818	569	27%	لا توجد بيانات
الكويت	76%	395	393	22%	63%

لبنان	%84	717	465	%37	%47
موريتانيا	%32	787	734	%17	%42
المغرب	%75	665	523	%14	لا توجد بيانات
عمان	%83	758	494	%4	لا توجد بيانات
قطر	%69	367	433	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
السعودية	%71	753	510	%6	%67
الصومال	%27	997	933	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
السودان	%44	920	860	%13	لا توجد بيانات
سوريا	%77	730	503	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
تونس	%72	505	404	%32	%35
الإمارات العربية	%67	448	340	%11	%58
اليمن	%45	887	721	%18	لا توجد بيانات
جيبوتي	%42	878	749	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
ليبيا	%78	744	526	%24	%44

توضيحان:

نسبة استهلاك التبغ في الجدول هي نسبة مستهلكي التبغ من السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما أو أكثر، والذين يستهلكون التبغ ومنتجاته مثل السجائر والزرجيلة يوميا.

نسبة من لا يمارسون نشاطا جسديا كافية هي نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما أو أكثر، ويمارسون أقل من ثلاثين دقيقة من النشاط المعتدل أسبوعيا، أو أقل من عشرين دقيقة من النشاط القوي ثلاث مرات أسبوعيا.

الجدول (2) نسبة زيادة الوزن والبدانة لدى الذكور والإناث

الدولة	نسبة زيادة الوزن لدى الذكور	نسبة زيادة الوزن لدى الإناث	نسبة البدانة لدى الذكور	نسبة البدانة لدى الإناث
الجزائر	%39	%52	%10	%22
البحرين	%71	%70	%30	%38
مصر	%60	%75	%21	%44

العراق	%60	%65	%20	%33
الأردن	%62	%66	%24	%36
الكويت	%78	%80	%38	%50
لبنان	%66	%58	%26	%29
موريتانيا	%20	%52	%4	%22
المغرب	%41	%52	%10	%22
عمان	%57	%54	%19	%24
قطر	%73	%70	%31	%38
السعودية	%69	%69	%29	%39
الصومال	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
السودان	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
سوريا	%59	%63	%21	%34
تونس	%45	%62	%13	%32
الإمارات العربية	%71	%71	%30	%40
اليمن	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
جيبوتي	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
ليبيا	%58	%66	%20	%36

توضيحان:

نسبة زيادة الوزن هي نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم عشرين عاماً أو أكثر، ويساوي معامل كتلة الجسم لديهم 25 أو أكثر.

نسبة البدانة هي نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم عشرين عاماً أو أكثر، ويساوي معامل كتلة الجسم لديهم ثلاثين أو أكثر.

Anexo 7: Informes médicos traducidos al árabe

تقرير طبي 1

بيانات المركز

مركز صحة بالديثارثا، الكائن بشارع أثواغا رقم 13، مدريد/ رقم بريدي: 28039

بيانات المريض

الاسم واللقب:-----

السن: 59 سنة.

رقم الضمان الاجتماعي:----- رقم تعريف المريض:-----

سوابق مرضية شخصية: حساسية،، 49 غير معروفة

سوابق طبية:

سوابق جراحية: دعامة في الركبة اليمنى.

مشاكل صحية حالية (مع التاريخ التقريبي لحدوثها)

2006/09/12 بهاق

2006/10/17 تقرح وجروح

2007/06/01 كيس دهني في الجفن

2008/02/28 التهاب في أوتار الكتف

2008/06/13 دوار

2009/05/18 ارتفاع ضغط الشرايين (غير مزمنة)

تحليل دم غير عادي للاستجابة للسكر (غير مصاب بالسكري)	2009/05/18
آلام في القفص الصدري	2010/09/03
التهاب في أوتار الكوع	2011/05/23
آلام في الركبة	2012/01/20
تقارير خارجية	2012/08/30
فتق وارتجاع	2012/08/31
آلام في الكاحل والوتر العقبى	2012/12/05
دهون على الكبد	2013/01/03
التهاب الملتحمة الناتج عن الحساسية	2013/04/12
التهاب الملتحمة	2013/06/04
آلام القطنية المزمنة (آلام تمتد إلى الجانب الأيمن)	2014/04/01
نخر عظمي في المنطقة الداخلية للفخذ وانقطاع وتر الغضروف المفصلي الداخلي وآلام في مشط القدم اليمنى	2014/11/14
أنيميا ناتجة عن نقص الحديد	2014/11/27
تنمل الأطراف	2015/08/05
ارتفاع حمض اليوريك في الدم	2015/10/14
قطع / جرح	2017/09/05
اعتلال الأعصاب	2017/12/07

العلاج: بانتوبرازول أقراص / باراسيتامول أكياس / تراديفيرون أقراص مغلفة / نابروكسينو أقراص.

ملاحظات: المريض يحمل دعامة في الركبة اليمنى، وقد خضع لجراحة في الركبة اليمنى، ويتابع مع المركز الصحي بسبب آلام يشعر بها في المنطقة القطنية ومنطقة العجز (فحص محدود أسفر عن وجود اعتلال عصبي في المحور الحركي).

مدريد، 7 ديسمبر 2017.

يظهر توقيع الطبيب/----- رقم مزاولة المهنة:-----

تقرير طبي 2

مستشفى سانثينارو الجامعي

تقرير أشعة

الاسم:-----

الطبيب:-----

شركة التأمين: تورست هيلث مانجمنت

التخصص: أشعة

رقم تعريف المريض:-----

العمر: 60 سنة

تاريخ إجراء الأشعة: 2015/4/30

النوع: أنثى

نوع الأشعة: رنين مغناطيسي على معصم اليد.

التقرير:

أشعة رنين على معصم اليد اليمنى.

تم إجراء تصوير طبقي محوري سهبي وإكليلي عالي التباين من خلال وحدات SPIR, EFE/T2,T2,T1

توجد عدة أكياس عقدية داخل العظم بعضها كبير الحجم، وتوجد أغلبها في مستوى العظم اللامي الذي يبلغ طوله 7 ملم ويسبب تمزقاً قشرياً مع كل فتح لليد ناحية الجزء الذي يربط المفاصل مع أصبع الإبهام.

أيضاً في التجويف الموازي للعظم الزورقي والمثلثي والحمصي توجد أكياس عقدية وقد أصاب بعضها الترقق القشري.

في التجمع الكيسي الذي يبلغ حجمه 8 ملم والموجود في مستوى راحة اليد مُشكلاً حرف T مع مفصل العظم الزورقي المستقيم هناك ملامح لوجود كيس عقدي صغير.

اختلال طفيف في إشارة قرص الغضروف الليفي الثلاثي دون علامات واضحة، ودون وجود سائل على المفصل الكعبري الزندي.

لا يوجد تفاوت زندي سلمي، كما لا يوجد تفكك في أربطة العظمين الزورقي والهلالي.

الهيكل والانحناء والسُمك والقوة والمظهر الهيكلي للرباط الحلقي للرسغ توجد جميعها في حالتها الطبيعية، كما أن إشارة العصب الأوسط توجد في حالة طبيعية، حيث لا يُظهر الرنين المغنطيسي وجود متلازمة النفق الرسغي.

الحركات الباسطة القصيرة وأوتارها وأطرافها توجد في حالة طبيعية، بالإضافة إلى رباط العضلة القابضة.

بداية في هشاشة العظمين المُرتَّعي والسنعي.

تقرير طبي 3

الاسم: -----

رقم المريض: ----- السن: 53 سنة الحالة رقم: -----

— تعاني المريضة من ألم في منطقة الفقرات العنقية منذ 3 أشهر وتخضع للمتابعة الطبية، لكن حالتها لا تتحسن مع العلاج المحافظ (غير الجراحي). يُظهر الرنين المغناطيسي وجود انزلاق غضروفي في الفقرات 5 و 6 في المنطقية الأنسية الخلفية اليمينية.

— تتدهور الحالة عند العمل على جهاز الكمبيوتر.

— تُحوَّل المريضة إلى متخصص في العمود الفقري لتقييم إمكانية إجراء جراحة. يُنصح بتجنب الجلوس على جهاز الكمبيوتر لوقت طويل.

تقرير طبي 4

الاسم: ----- السن: ----- النوع: -----
اسم الطبيب المعالج: -----
تاريخ الدخول إلى المركز: 2014/11/12
تاريخ الخروج: 2014/11/12
رقم المريض: -----
رقم المشفى: -----

سبب الاستشارة: عملية جراحية مخطط لها لإزالة البقايا القشرية من على العين اليسرى.

أمراض سابقة: سكري من النوع الثاني وارتفاع في نسبة الدهون بالدم.

العلاج الاعتيادي: عقاقير ضد السكري يتم تناولها عن طريق الفم.

الحساسية: لم يتم إجراء رنين مغناطيسي على القلب.

المرض الحالي: عملية جراحية مخطط لها لإزالة البقايا القشرية من على العين اليسرى.

الفحص الطبي: إزالة البقايا القشرية من على العين اليسرى. تُجرى الجراحة بمخدر موضعي.

بيانات الجراحة:

التاريخ: 2014/11/12.

الجراحة: عملية جراحية مخطط لها لإزالة البقايا القشرية من على العين اليسرى.
الطريقة: إزالة البقايا القشرية من على العين اليسرى. تُجرى الجراحة بمخدر موضعي.

الدواء:

قطرة Nolotil كل 8 ساعات في حالة وجود ألم.

قطرة Colirio exocin كل ثلاث ساعات.

قطرة Colirio pred-forte كل ثلاث ساعات.

أقراص TAVANIC قرص يوميًا لمدة خمسة أيام فقط.

الفحص غدًا في الاستشارة.

4.1 تقرير طبي

الاسم: ----- السن: ----- النوع: -----
اسم الطبيب المعالج: -----
تاريخ الدخول إلى المركز: 2014/10/15
تاريخ الخروج: 2014/10/15
رقم المريض: -----

سبب الاستشارة: عملية جراحية مخطط لها لإزالة مياه بيضاء من على العين اليمنى.

أمراض سابقة: سكري من النوع الثاني وارتفاع في نسبة الدهون بالدم.

العلاج الاعتيادي: عقاقير ضد السكري يتم تناولها عن طريق الفم.

الحساسية: لم يتم إجراء زئبق مغناطيسي على القلب.

المرض الحال: عملية جراحية مخطط لها لإزالة مياه بيضاء من على العين اليمنى.

الفحص الطبي: إزالة المياه البيضاء باستخدام الموجات فوق الصوتية (الفاكو) مع زرع عدسة قابلة للطي دون مضاعفات (من نوع ABBOTT+22 Dp). تُجرى الجراحة بمخدر موضعي.

بيانات الجراحة:

التاريخ: 2014/10/15.

الجراحة: إزالة مياه بيضاء من على العين اليمنى.

الطريقة: باستخدام الموجات فوق الصوتية (الفاكو) مع زرع عدسة قابلة للطي دون مضاعفات (من نوع ABBOTT+22 Dp). تُجرى الجراحة بمخدر موضعي.

الدواء:

قطرة Nolotil كل 8 ساعات في حالة وجود ألم.

قطرة Colirio exocin كل ساعتين.

قطرة Colirio pred-forte كل ساعتين.

الفحص غدًا في الاستشارة.

تقرير طبي 5

اسم المريض: -----

تاريخ الميلاد: -----

شركة التأمين: سانيتاس

التاريخ: -----

القسم: الجراحة العامة وجراحة الجهاز الهضمي

رقم الحالة:

تقرير بوجود فتق إربي

القطر العرضي 37 مم من الأمام إلى الخلف

الخلاصة:

وجود ورم دموي تالي للجراحة في القناة الإربية اليسرى.

التشخيص الأساسي: فتق إربي ضخم في الجهة اليسرى.

يُنصح بـ:

الراحة النسبية لمدة شهر.

ارتداء ملابس داخلية ضيقة مثل "سليب" بمقاس أقل درجة من مقاس المريض.

غسل الجرح بالماء والصابون.

الاحتفاظ بالجرح نظيفًا وجافًا.

حمية غذائية من السوائل لمدة 5 إلى 6 أيام.

دواء نولوتيل، قرص كل 6 إلى 8 ساعات، لمدة 3 إلى 4 أيام. وغير ذلك في حالة الألم.

دواء دينبار 400 ملغ، عن طريق الفم كل 24 ساعة لمدة 7 أيام.

أخذ موعد بعد 12 يومًا للمراجعة طبية بقسم الجراحة العامة وجراحة الجهاز الهضمي بمستشفى لامورالبيخا مع الدكتور/
إباراغيري لمتابعة الحالة.

مدريد في/...../.....

الدكتور/

رقم مزاولة المهنة:

توقيع

تقرير طبي 6

مستشفى إتش إم

الاسم:-----

الدكتور/-----

الفريق الطبي: تخصص الغدد الصماء// الدكتور:-----، (إتش إم إس إم).

أول استشارة:

سبب الاستشارة:

العمر/

بيانات الحالة (السوابق المرضية):

تشير إلى وجود إجهاد منذ عام يتطور مع الوقت ويزيد عند بذل أي جهد. ليس هناك أعراض على وجود خلل في الغدة الدرقية.

تعرق مفرط وأرق

جفاف في جلد الرقبة

تورم أسفل الذقن (اللغد) ووخز في المنطقة العنقية.

عدوى في البول يتم معالجته حاليًا

السوابق

لا وجود لأمراض

لم يسبق لها الخضوع لعملية جراحية

الأُم لها سوابق غدة درقية: ربما تورم الغدة الدرقية. هل تعاني عمتها من تورم الغدة الدرقية؟

نقص في فيتامين د

فرط حمض يوريك الدم

الوالدة عانت من سرطان الثدي

العلاج: لم تشر إلى علاج محدد.

الحساسية: ليس هناك ردود أفعال ناتجة عن الحساسية تجاه أي أدوية

الفحص الجسدي:

الوزن: 79.6 كجم

الطول: 165 سنتيمتر

مؤشر كتلة الجسم: 29.5

الغدة الدرقية: ج 1 ب 2 بلا عُقد. ليس هناك اعتلال في العقد اللمفاوية.

فحوصات تكميلية:

خلايا الدم: معدل ترسيب الكريات: 40 // PSR 7.8

تحليل الدم البيوكيميائي: GI 86 // الهيموجلوبين السكري: 5.2 // الحمض البولي: 4.3 // ناقلة البيفيد غاما غلوتاميل: 49 // إجمالي الكوليسترول: 178 // الكوليسترول النافع: 44.8 // الثايروجلوبولين: 90.6 // الكوليسترول الضار: 115 // حمض الفوليك وفيتامين ب 12: طبيعي.

الكالسيدبول (25 هيدروكسي فيتامين د): 27.56

الثيروكسين الكلي: 8.78 // الهرمون المنشط للدرقية (الثيروتروبين): 1.11

المستضد السرطاني المضغي ودلالات الأورام: سالب

البول: طبيعي

تصوير الغدة الدرقية: تم إجراء تصوير للغدة الدرقية أظهرت زيادة في حجم فصوص الغدة الدرقية وتحيط بأطرافها الكريات البسيطة. وقياس الفص الدرقي الأيمن فقد تبين أن حجمه 21مم في محوره الأمامي الخلفي. وبرزخ الغدة الدرقية 7مم (المحور الأمامي الخلفي)// الفص الدرقي الأيسر: 22مم (المحور الأمامي الخلفي).

ظهرت العديد من الصور العقدية في كلا الفصين والكثير منها في صورة كيس دهني. في الفص الدرقي الأيمن تظهر عقدة كبيرة الحجم ذات نمط إسفنجي بحجم 6 X 8 مم مع ظهور مناطق صغيرة بها تنكس كيسي في داخلها. تظهر بعض الصور مُنقطة الشكل وتُحدث موجات صوتية شديدة.

مستشفى إتش إم

الاسم:-----

الدكتور/-----

الفريق الطبي: تخصص الغدد الصماء// الدكتور:-----، (إتش إم إس إم).

نتيجة الخزعة:

مستشفى: سان شينارو الجامعي

الطبيب:-----

حالة:-----

تخصص: الأشعة

وصف ميكروسكوبي

تقرير نتائج الأشعة

كود داخلي:

بيانات المريض:

الاسم:-----

الجنس: أنثى

تاريخ الميلاد:-----

الهوية/الإقامة:-----

رقم تعريف المريض:-----

محولة من: مستشفى إتش إم سان شينارو

التأمين: -----

بيانات الطبيب المعالج:

المستشفى: إتش إم سان شينارو

التبيب: -----

التخصص: أشعة

الوصف الميكروسكوبي

الحالة:

إقليم مدريد

الرعاية الأولية

تقرير طبي 7

المعهد الكتالوني للصحة

مستشفى فال دي هريون

رقم السجل الطبي: -----	رقم الحالة: -----	كود تعريف المريض:
الاسم واللقب: -----		
الجنس: -----	تاريخ الميلاد: -----	السن: -----
		رقم الهوية/الإقامة
العنوان:		
الهاتف:		

القدم:

تاريخ الدخول إلى المستشفى: 2018/04/13

القسم: جراحة الأعصاب

تقرير دخول المستشفى

وصف الحالة:

رجل عمره 47 سنة، دخل إلى المستشفى بتاريخ 04/13 من خلال خدمة الطوارئ التابعة للمستشفى وذلك بعد إصابته بسكتة دماغية حادة في الجانب الأيمن.

السوابق

- مشكلة في التواصل اللغوي: يتحدث العربية وقليلًا من الإنجليزية.
- يؤكد عدم وجود أي نوع من أنواع الحساسية.
- عادات سامة: يدخن علبة تبغ يوميًا.
- تبين وجود ارتفاع في ضغط دم الشرايين، لكنه لم يخضع لعلاج طبي بهذا الشأن.
- يؤكد بأنه لم يُحجز من قَبَل في المستشفى.
- يؤكد بأنه لم يخضع لجراحة طبية من قبل.

الحالة الاجتماعية والوظيفية: مواطن سعودي. حضر إلى برشلونة لأسباب صحية وهي مرافقة ابنته التي تخضع لعملية جراحية. مشكلة كبيرة في التواصل اللغوي. صديقه يتحدث الإسبانية.

العملية الحالية

دخل إلى مستشفى كبرون صالود فجر اليوم 04/13 بعد أن سقط في الفندق وفقد الوعي (حسب بعض الشهود) وبعد أن أفاق من غيبوبته عاد للسقوط من جديد. عند وصوله إلى هذا المركز كان المريض في حالة هزال وتراخ ولم يظهر عليه عجز واضح في الجهاز الحركي. وعند فحص المريض تبين وجود شلل في الجانب الأيسر مما جعل من الضروري إجراء تصوير مقطعي بسيط على الرأس أسفر عن وجود سكتة حادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن، بالإضافة إلى كثافة عالية على مستوى الفص الجداري والتي شُخصت على أنها اشتباه في وجود نزف صدمي تحت العنكبوتية. وتم تحويل المريض إلى "مستشفى فال دي هيبرون الجامعي" لإجراء الفحوصات. تم إدخاله إلى قسم الطوارئ بهذه المستشفى الساعة 03:54:25 من يوم 2018/04/13 وضغط دمه مرتفع ومعرض لانخفاض ضربات القلب (ضغط الدم: 82/185 ملمتر زئبق، بينما كانت سرعة القلب: 55 نبضة في الدقيقة). ولأن المستشفى مزود بوحدة تصوير مقطعية، أُجري له تصوير مقطعي جديد على الرأس أسفر عن وجود سكتة قوية وحادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن بالإضافة إلى كثافة عالية على مستوى الفص الجداري. وتأكدت هذه الشكوك التشخيصية بعد أُجرى له رنين مغناطيسي.

بعد أن تم فحصه في قسم المخ والأعصاب تقرر إجراء "جراحة قطع الفحف" لخفض الضغط على المخ وإدخاله وحدة العناية المركزة.

الفحص الجسدي

ضغط الدم: 75/175 ملليمتر زئبق // نبض القلب: // الوزن: // المقاس: // التشبع بالأكسجين: 100%.

المريض منفتح العينين ويستجيب للأسئلة (إنجليزي عربي من خلال مترجم). يستجيب للأوامر ويميل للخمول. شلل نصفي في الجانب الأيسر. منعكس راضي ومنعكس العضلة ذات الرأسين. يعاني من متلازمة باندسكي. حدقة عين متوسطة وتستجيب للمؤثرات. حركة العين ثقيلة ولا يعاني من رؤية تذبذب المقلتين السريع اللاإرادي.

ضربات القلب في حالة الراحة لا تدل على وجود نفخات قلبية. ري القلب يسير بشكل جيد. النبض ثقيل. لا يعاني من الاستسقاء في الأعضاء السفلى. الانصمام الوداجي (سالب). قابل لاحتشاء عضلة القلب المسموع في حقل الرئة. ليس هناك أصوات مصاحبة للتنفس. فحص الأمعاء بتقنية RHA إيجابي. ليس هناك علامات على وجود التهاب في الصفاق.

الفحص التكميلي

تحليل طلي في قسم الطوارئ: الهيموغلوبين 15.3 // الهيماتوكريت 45 // كريات الدم البيضاء 9330 // العدلات المقسمة 65% // الكريات اللمفاوية 24% // الصفائح الدموية 423.000 // فحص تخثر الدم 87% // فيبرينوجين 2.9 // فحص INR 87 // الغلوكوز 106 // اليوريا 23 // كرياتينين البول // معدل الترشيح الكبيبي 88 مليلتر-دقيقة // مستوى الصوديوم 138 // مستوى البوتاسيوم 3.5 // مستوى الكالسيوم 9.5 // ناقله أمين الأسبارتات 24 // ناقله أمين الألانين 18 // البروتين 8.2.

قياس الغازات الشريانية داخل وحدة العناية المركزة: الحموضة 7.4 // ضغط ثاني أكسيد الكربون الجزئي 36 // الضغط الجزئي للأكسجين 44 // الصوديوم 139 // البوتاسيوم 4.7 // الكالسيوم 4.78 // اللاكتات 2 // الهيموغلوبين 14.8 // بيكربونات (أملاح حمض الكربونيك) 22.3.

أجري له تصوير مقطعي على الرأس في الساعة 13:04: لا تُلاحظ علامات لدماء عند المسح المحوري الداخلي والخارجي. كثافة منخفضة في منطقة الجدار الصدغي الأمامي الأيمن مصحوبة بطمس للأخاديد العنكبوتية للحدبات النصف كروية ومرتبطة بكثافة مسار الشريان المخي الأوسط الأيمن نتيجة لسكتة حادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن. بنية الخط الأوسط متوسطة. نظام البطين غير متناسق قليلاً نتيجة للاستسقاء (الوذمة) لتسمم بعض الخلايا في النصف الأيمن وحجم هذه الوذمة عادي. بنية الحفرة الخلفية لم تشهد تغيرات محسوسة بعد إجراء التصوير المقطعي. لم تظهر على الإطار العظمي أي تغيرات ملحوظة.

الخلاصة: دراسة عاجلة للجمجمة تُظهر سكتة واسعة وحادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن.

رنين مغناطيسي على الرأس، غير متقاطع: سكتة حادة في المنطقة السطحية والعميقة للشريان الرأسي الأوسط الأيمن (الصورة 0-1) بحجم تقريبي 150 cc وفي حالة انتشار. ليس هناك علامات على التحول النزفي. انسداد بمقدار M1.

تصوير مقطعي على الجمجمة في تمام الساعة 15:04 بعد الخروج من العملية الجراحية: السكتة تخص منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن مع تحسن بسيط بعد تطبيق تقنية إزاحة الغموض الذي تسببت فيه الوذمة الوعائية الوراثية مع ملاحظة أنه تم معالجة انحراف الخط الأوسط. تحسن بسيط في الطمس الجزئي في البطين الجانبي الأيمن. زيادة المكون الدموي تحت الجافية في حفرة القحف المتوسطة.

تصوير مقطعي في الساعة 19:04: وجود قطع واسع للقحف أمامي وجداري (باقي الفقرة كُتبت باللغة الكتالونية، والتي لا يجيدها المترجم).

تصوير مقطعي يوم 2018/04/26: تصوير مقطعي على القحف حيث يلاحظ تحسن جزئي في الوذمة الوعائية الوراثية مع تعاف جزئي في الأخاديد القشرية، بالإضافة إلى موضع الخط الأوسط. بؤرة صغيرة للتحويل النزفي للسكتة الواقعة في الهامش الخارجي لنواة العدسية اليمنى. استعادة البطين لحجمه الطبيعي.

تصوير مقطعي على القحف يوم 2018/05/04: تغيرات ما بعج العملية الجراحية.

التقييم الطبي

حالة الدورة الدموية للمريض مستقرة، ومؤشر غلاسكو للغيبوبة: 13، مع موجود مؤشرات لارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة. في الساعة 16 أُجريت عملية قطع للقحف لإزالة الضغط على المنطقة الجبهية الصدغية اليمنى، وهي العملية التي تمت دون مشكلات، إلا حادثة تشنج قصي مع الأنبوب جرت معالجتها بدواء "سالبوتامول" وأدوية الستيرويدات القشرية والحاجة إلى جرعات منخفضة نورادرينالين للتخدير. بعد الجراحة تم إجراء تصوير مقطعي للمتابعة أظهر استقرارًا للجرح دون تحول نزفي. وبالتالي، تم رفع أنبوب التنفس من المريض في تمام الساعة 14:04 بلا أي مشاكل. قبلها تم عمل مزرعة إفرازات مخاطية وتم بدأ العلاج بالأموكسيسيلين ac يوم 04/14 بوجود كوكو غرام إيجابي ثم الانتقال للعلاج بالكلوكساثيلين يوم 04/18...

بعد ذهاب مفعول التخدير تم فحص المريض وتبين من الفحص أن الحدقتين متساويتين وارتفاعان بشكل طبيعي مع وجود شرود في النظر ناحية اليمين ومع تحريك كل الوجه لتركيز النظر في الجانب الأيسر. يعاني من شلل نصفي في الجانب الأيسر. في يوم 04/17 تم سحب أنبوب التصريف دون مشكلة وبدأت عملية التأهيل.

أثناء وجوده في غرفة العناية المركزة كانت الدورة الدموية للمريض تسير بشكل مستقر مع ميل لارتفاع ضغط الدم، وهو ما جعل من الضروري وضع خطة علاجية للسيطرة على ارتفاع ضغط الدم وذلك بإعطاء إنالبريل وألموديبيينو. بالنسبة للجهاز التنفسي، كان التنفس يسير بشكل عادي ويتنفس الهواء العادي وتم البدء في علاج لتوسيع الشعب الهوائية لوجود خشخشة في جانب الصدر. تم بدأ حمية غذائية فموية استجاب لها بشكل جيد، وكان إدرار البول يسير بشكل جيد. وجرى التحكم في الحمى خلال فترة الإيداع في المستشفى وذلك من خلال مضادات حيوية.

خلال إقامته في الطابق الخاص بجراحة المخ والأعصاب كانت حالة المريض مستقرة ولم ترتفع درجة حرارته، وكان جرح العملية يتعافى جيدًا وبلا علامات تدل على ردة فعل تجاه حساسية معينة.

في 2018/05/3 فحص سابق للتطور الطبي والإشعاعي، وأيضًا فحص من جانب طبيب التخدير وتقديم معلومات تفصيلية إلى أسرته بأنه سيجري عملية رفرغ العظام لإعادة العظم الذي كان قد أُزيل خلال عملية قطع القحف (رأب القحف).

بقي المريض في وحدة العناية المركزة ليومين بعد العملية الجراحية وكانت حركة الدم وحالة الأعصاب مستقرة.

حالة المريض مستقرة في الوقت الراهن ولا يعاني من الحمى. مستيقظ ويدرك جيدًا المكان والزمان. يعاني من شلل في النصف الأيسر. جُرح العملية الجراحية يتعافى جيدًا وليس هناك علامات على وجود أي رد فعل التهابي. يواصل إعادة التأهيل العصبي والحركي في قسم إعادة التأهيل وهو التأهيل الذي يجب عليه أن يواصل تلقيه في مركزه الطبي التابع له.

المريض مؤهل لكي يتم نقله إلى بلده بطائرة مجهزة طبيًا.

العلاج الطبي:

1. إنوكسابارينا 40 ملغ تحت الجلد كل 24 ساعة.
2. ألموديبينا 10 ملغ عن طريق الفم كل 24 ساعة.
3. إنالابريل 5 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة.
4. باكوفين 10 ملغ/ كل ثمان ساعات.
5. ميتاميزول أقراص عن طريق الفم كل ثمان ساعات.
6. باراسيتامول 1 غرام عن طريق الفم كل ثمان ساعات.
7. ليفيتيراسيتام 1500 ملغ عن طريق الفم كل 12 ساعة.
8. كيتيابينا 25 ملغ عن طريق الفم عند اللزوم.
9. نيكوتين 14 ملغ كل 24 ساعة TTS 20 لاصق كل 24 ساعة.
10. بريغابالينا 25 ملغ عن طريق الفم ليلاً.
11. إعادة تأهيل حركي وظيفي.

تقرير طبي 8

المعهد الكتالوني للصحة

مستشفى فال دي هربون

رقم السجل الطبي: -----	رقم الحالة: -----	كود تعريف المريض:
الاسم واللقب: -----		
الجنس: ذكر	تاريخ الميلاد: -----	السن:
		رقم الهوية/الإقامة
العنوان:		
الهاتف:		
القدم:		
تاريخ الدخول إلى المستشفى: 2018/04/13		
القسم: جراحة الأعصاب		

تقرير دخول إلى المستشفى

وصف الحالة:

ذكر عمره 47 سنة، دخل إلى المستشفى بتاريخ 04/13 من خلال خدمة الطوارئ التابعة للمستشفى وذلك بعد إصابته بسكتة دماغية حادة في الجانب الأيمن.

السوابق

- مشكلة في التواصل اللغوي: يتحدث العربية وقليلًا من الإنجليزية.
- يؤكد عدم وجود أي نوع من أنواع الحساسية.
- عادات سامة: يدخن علبة تبغ يوميًا.
- تبين وجود ارتفاع في ضغط دم الشرايين، لكنه لم يخضع لعلاج طبي بهذا الشأن.
- يؤكد بأنه لم يُحجز من قبل في المستشفى.
- يؤكد بأنه لم يخضع لجراحة طبية من قبل.

الحالة الاجتماعية والوظيفية: مواطن سعودي. حضر إلى برشلونة لأسباب صحية وهي إخضاع ابنته لعملية جراحية. مشكلة كبيرة في التواصل اللغوي. صديقه يتحدث الإسبانية.

العملية الحالية

دخل إلى مستشفى كبرون صالود فجر اليوم 04/13 بعد أن سقط في الفندق وفقد الوعي (حسب بعض الشهود) وبعد أن أفاق من غيبوبته عاد للسقوط من جديد. عند وصوله إلى هذا المركز كان المريض في حالة هزال وتراخ ولم يظهر عليه عجز واضح في الجهاز الحركي. وعند فحص المريض تبين وجود شلل في الجانب الأيسر مما جعل من الضروري إجراء تصوير مقطعي

بسيط على الرأس أسفر عن وجود سكتة حادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن بالإضافة إلى كثافة عالية على مستوى الفص الجداري والتي شُخصت على أنها اشتباه في وجود نزف صدمي تحت العنكبوتية. وتم تحويل المريض إلى "مستشفى فال دي هيرون الجامعي" لإجراء الفحوصات. تم إدخاله إلى قسم الطوارئ بهذه المستشفى الساعة 03:54:25 من يوم 2018/04/13 وضغط دمه مرتفع ومعرض لانخفاض ضربات القلب (ضغط الدم: 82/185 ملمتر زئبق، بينما كانت وتيرة القلب: 55 نبضة في الدقيقة. بما أن المستشفى مزود بوحدة تصوير مقطعية، أُجري له تصوير مقطعي جديد على الرأس أسفر عن وجود سكتة قوية وحادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن بالإضافة إلى كثافة عالية على مستوى الفص الجداري. وتؤكد هذا الاشتباه التشخيصي بعد إجراء رنين مغناطيسي.

بعد أن تم فحصه في قسم المخ والأعصاب تقرر إجراء "جراحة قطع القحف" لتقليل الضغط على المخ وإدخاله وحدة العناية المركزة.

الفحص الجسدي

ضغط الدم: 75/175 ملمتر زئبق // نبض القلب: // الوزن: // المقاس: // التشبع بالأكسجين: 100%.

المريض مفتوح العينين ويستجيب للأسئلة (إنجليزي عربي من خلال مترجم). يستجيب للأوامر ويميل للحمول. شلل نصفي في الجانب الأيسر. به منعكس رضفي ومنعكس العضلة ذات الرأسين. يعاني من متلازمة بابنسكي. حدقة عين متوسطة وتستجيب للمؤثرات. حركة العين ثقيلة ولا يعاني من رآة تذبذب المقلتين السريع اللاإرادي.

ضربات القلب في حالة الراحة لا تسفر عن وجود نفخات قلبية. ري القلب يسير بشكل جيد. النبض ثقيل. لا يعاني من الاستسقاء في الأعضاء السفلى. الانصمام الوداجي (سالب). قابل لاحتشاء عضلة القلب المسموع في حقلي الرئة. ليس هناك أصوات مصاحبة للتنفس. فحص الأمعاء بتقنية RHA إيجابي. ليس هناك علامات على وجود التهاب في الصفاق.

الفحص التكميلي

تحليل طلي في قسم الطوارئ: الهيموغلوبين 15.3 // الهيماتوكريت 45 // كريات الدم البيضاء 9330 // العدلات المقسمة 65% // الكريات للمفاوية 24% // الصفائح الدموية 423.000 // فحص تخثر الدم 87% // فيبرينوجين 2.9 // فحص INR 87 // الغلوكوز 106 // اليوريا 23 // كرياتينين البول // معدل الترشيح الكبيبي 88 مليلتر-دقيقة // مستوى الصوديوم 138 // مستوى البوتاسيوم 3.5 // مستوى الكالسيوم 9.5 // ناقلة أمين الأسبارتات 24 // ناقلة أمين الألانين 18 // البروتين 8.2.

قياس الغازات الشريانية داخل وحدة العناية المركزة: الحموضة 7.4 // ضغط ثاني أكسيد الكربون الجزئي 36 // الضغط الجزئي للأكسجين 44 // الصوديوم 139 // البوتاسيوم 4.7 // الكالسيوم 4.78 // اللاكتات 2 // الهيموغلوبين 14.8 // بيكربونات (أملاح حمض الكربونيك) 22.3

تصوير مقطعي على الرأس في الساعة 13:04: لا تُلاحظ علامات لدماء عند المسح المحوري الداخلي والخارجي. كثافة منخفضة في منطقة الجدار الصدغي الأمامي الأيمن مصحوبة بطمس للأخايد العنكبوتية للحدبات النصف كروية ومرتبطة بكثافة مسار الشريان المخي الأوسط الأيمن نتيجة لسكتة حادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن. بنية الخط الأوسط متوسطة. نظام البطين غير متناسق قلقلا نتيجة للاستسقاء (الوذمة) لتسمم بعض الخلايا في النصف الأيمن وحجم هذه الوذمة عادي. بنية الحفرة الخلفية لم تشهد تغيرات محسوسة بعد إجراء التصوير المقطعي. لم تظهر على الإطار العظمي أي تغيرات ملحوظة. الخلاصة: دراسة عاجلة للجمجمة تُظهر سكتة واسعة وحادة في منطقة الشريان الرأسي الأوسط الأيمن.

رنين مغناطيسي على الرأس: بلا تقاطع: سكتة حادة في المنطقة السطحية والعميقة للشريان الرأسي الأوسط الأيمن (الصورة 1-0) بحجم تقريبي 150 سي سي في حالة الانتشار. ليس هناك علامات على التحول النزفي.

تقرير طبي 9

ذكر، عمره 45 سنة يعاني من متلازمة داون وتأخر عقلي حاد وتوحد. أُدخل هذا المركز الطبي في 22 ديسمبر عام 1990. سجّلهُ المُرَضِي يُظهر أنه يعاني من أمراض القلب الخَلقية وفتق في الحجاب الحاجز استدعت التدخل الجراحي عام 1986، ويعاني كذلك من مياه بيضاء صَدَمِيّة على العين اليسرى ناتجة عن إيذاء النفس.

بشكل عام، يقوم تصرّفهُ على الحركة بشكل متكرر ونمطي وسلوكه توّخدي. حديثه غير مفهوم ويُصدر فقط أصواتاً ليس لها علاقة إطلاقاً باللغة المنطوقة. غير قادر على القيام وحده بأي عادة ولا على نظافته الشخصية، بل يحتاج إلى مساعدة الآخرين في كل أنواع نشاطات الحياة اليومية. يتلّع الأطعمة دون مضغها ولا يتحكم في البول أو الغائط.

لديه حساسية ضد دواء التتراسيكلين. يعاني حالياً من مضاعفات الفتق الإربي في كيس الصفن الأيمن ويتطلب تدخلاً جراحياً حيث أنه يسبب له مؤخراً ألماً وعجزاً وظيفياً.

شَخَّص حالته الطبيب الجراح د. -----، والذي يَنْصح بالتدخل الجراحي (يُرَجَى الاطلاع على التقرير).

مدريد، 11 سبتمبر 2014

تقرير طبي 10

مستشفى لا مورالينا.

شارع فرانثيسكو بي إي مارغال، مدريد.

تقرير حول اختبار جُهد المريض

اسم المريض كاملاً:-----

رقم المريض:-----

السن: 48 سنة.

النوع: ذكر.

قام المريض بالحركة -وفقاً لمنهجية بروث BRUCE- لمدة 7 دقائق وتسع ثوان ووصل إلى أعلى جهد له، 870 متر. كان معدل ضربات قلبه في حالة الراحة 84 نبضة في الدقيقة، ووصل أعلى معدل لنبضات قلبه إلى 160 نبضة في الدقيقة، وهو ما يمثل نسبة 93% من معدل ضربات القلب الخاص بهذه الفئة العمرية. كان ضغط الدم في حالة الراحة 80/110 ووصلت نسبته القصوى إلى 80/150. تم إنهاء اختبار الجهد بعد الحصول على معدل ضربات قلب طبيعي.

النتيجة:

- اختبار جهد في مجمله أقل من الدرجة القصوى.
- الاختبار سريريًا وكهربائيًا سلبي.
- ليس هناك ما يُظهر عدم انتظام ضربات القلب.
- استجابة (قياس) ضغط الشرايين عند القيام بجُهد عادي.
- لياقة بدنية 1 على 4.

تقرير طبي 11

مستشفى روبر الدولي

الاسم: -----

اسم الطبيب صاحب التقرير: -----

التخصص: جراحة العظام والعمود الفقري.

التشخيص: ضرورة الخضوع إلى جلسات علاج طبيعي في مركز متخصص، مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعياً ولمدة شهر
(2014/11/12- 2014/10/13).

توقيع الطبيب

د. -----

تقرير طبي 12

عيادة أسنان بيدريتي X9572348R

شارع مانتاناريس رقم 7

مدريد-28005

هاتف: -----

المريض

الاسم: -----، بطاقة إقامة رقم: -----

العنوان: -----

فاتورة رقم: 1013

بتاريخ: 2015/3/26

* حشو ضرس 34

* كوبري في صف الأسنان السفلي 34-35

* ربط سلك معدني 44

* إعادة بناء الضرس 44 بعد شد السلك وضبط الكوبري الموجود

إجمالي الفاتورة

تم السداد

عيادة أسنان بيدريتي لا إمريسا

توقيع طبيب الأسنان الدكتور/

رقم مزاولة المهنة/

تقرير طبي 13

مستشفى نوسترا سينيوورا دي أميركا

ورقة طوارئ

رقم الحالة:

رقم السجل الطبي

اسم المريض:

التاريخ: 2018/07/25

الطبيب المعالج:

سبب الطوارئ: مرض بالعين

السوابق المرضية: التهاب الملتحمة وجفاف الدموع، احمرار بالعين أغلب الوقت

الفحص والتشخيص: الفحص المجهرى البيولوجى يوضح وذمة بالجفن أكبر فى العين اليمنى، ووجود حليمات جفنيه من الحجم المتوسط والكبير. التهاب حاد فى الجفن.

العلاج ومدته:

غسل العين بمحلول ملحي

قطرات بديلة للدموع من نوع أوتابا من 4 إلى 8 مرات يوميا من 1 إلى 3 أسابيع

كمادات مياه باردة عدة مرات يوميا

قطرة ماكسيديكس نقطة 4 مرات يوميا لمدة خمسة أيام

قطرة أثيروب كل 12 ساعة لمدة 3 أيام ثم تكرارها لمدة 3 أسابيع

أوباتانول نقطة كل 12 ساعة لمدة شهر

إرسال المريض إلى المنزل

توقيع الدكتورة ليليا فيرنانديث

Anexo 8: Consentimientos informados traducidos al árabe

الموافقة على القيام بعملية جراحية

1) أسمح للدكتور-----بالقيام بالعملية الجراحية المذكورة أعلاه للمريض-----
-----وإذا طرأ خلال الجراحة أي موقف غير متوقع يتطلب اتخاذ أية إجراءات مختلفة أو إضافية لما اتفق عليه الآن
فإنني أسمح للطاقم الطبي وأطلب منه اتخاذ ما يراه مناسباً من إجراءات لمعالجة هذا الأمر.

2) أقر بأنني على علم بالمخاطر المعروفة للمخدر وبمخاطر العملية الجراحية التي يجب أن يجرونها لي وكذلك بمخاطر فترة ما بعد العملية، وعلى علم بالوسائل البديلة في العلاج.

3) أعلم أنه ليس باستطاعتهم تقديم ضمانات أو تأكيدات قطعية بشأن نتائج الجراحة وأنهم قد قدّموا الأجوبة الكافية على كل أسئلتني في هذا الصدد.

4) أسمح لمعهد علم الأمراض باستخدام الأنسجة الضرورية لدراسة المرض وإبداء الرأي حوله.

5) أعلم بأحقيتي في الرجوع عن هذه الموافقة في أي وقت.

المريض أو من ينوب عنه في إبداء الموافقة

التوقيع

الاسم كاملاً

صلة القرابة من المريض

رقم بطاقة الهوية

الأب الزوج، إلخ

توقيع الطبيب

الطبيب

الموافقة المسبقة عن علم

طبقاً لما هو منصوص عليه في القانون العام للصحة حول الموافقة المسبقة عن علم وحول التخدير نحيطكم علماً بما يلي:

من أجل القيام بفحوصات وعمليات جراحية مختلفة كالعملية التي ستخضعون إليها فإن من الضروري إعطاءكم المخدر العام أو النصفى أو الموضعي. ستتم هذه العملية من خلال طبيب تخدير يقوم بتقييم احتياجاتكم من المخدر واستجابة جسمكم للأدوية وللتدخل الجراحي من خلال أنظمة مختلفة للملاحظة.

المخاطر الكبيرة أثناء التخدير

1. صعوبات متوسطة أو حادة في التنفس خطورتها أشد بالنسبة لمرضى الرئة والسمنة وتشوهات الوجه والرقبة وأمراض العضلات والاضترواح الصدري المسبق.

2. التأثير على الأحبال الصوتية وإصابة العيون والتي تكون عارضة في معظم الحالات.

3. ردات فعل الحساسية أو تأقي الدم أو أي من مشتقاته مثل الحساسية الوريدية أو الأدوية المعطاة حتى وإن لم توجد سوابق حساسية معروفة. وفقاً لإرشادات الإدارة العامة للصحة وجمعيات الحساسية والإنعاش والحساسية والمناعة فإننا نرى أنه ليس من الضرورة الكشف عن الحساسية عند مرضى لم يعانون من قبل من حساسيات.

4. كسر أو خلع طواقم الأسنان الصناعية والإغماء والتقيؤ وصعوبات في التبول في فترة ما بعد العملية.
5. ردات فعل ثانوية لم يتم الإشارة إليها في أي من الأدوية الموصوفة مع احتمال التأثير على القلب والأوعية الدموية أو الكبد أو الكلى أو الجهاز العصبي وإن كان احتمال حدوثها يتم مع أشخاص عانوا من مرض مسبق في إحدى الأعضاء المشار إليها إلا أنه لا ينتفي حدوثها مع أشخاص أصحاء.
6. الاسترواح الصدري الثانوي أو بزل الوريد أو التكتل العصبي أو التنفس الصناعي.
7. ردة فعل حموية حادة لسبب غير معدي (فرط الحرارة الخبيث).
8. مضاعفات غير متوقعة في ضخ الدم بالقلب وإن كان الأشخاص لأكثر عرضة لها هم مرضى القلب وكبار السن ومن يخضعون لجراحات عاجلة.
9. إصابة العصب الوضعي وآلام عصبية ما بعد الجراحة وإحساس بالتنقل.
10. التهاب الأوردة والتهاب الوريد الخثاري وحروق جلدية وعدم انتظام ضربات القلب نتيجة لاستخدام أدوات كهربائية أثناء الجراحة.

مخاطر التخدير في فوق الجافية (العمود الفقري)

1. ردات فعل حساسية أو التأقي من التخدير حتى وإن لم يسبق الإصابة بالحساسية.
2. إصابة العصب أو الأعصاب التي حُقن فيها المخدر بشكل مؤقت أو دائم.
3. ورم دموي أو نزيف أو الإصابة في موضع الحقن وآلام في الظهر وصعوبات عند التبول.
4. آلام في الرأس واختلال في الرؤية أو عدوى خبيثة في النخاع نتيجة للحقن.
5. اضطراب الإحساس وشلل الأعضاء التي حقن فيها المخدر والتي يمكن أن تكون جزئية أو كلية، عابرة أو دائمة.
6. احتمال مواصلة إعطاء مخدر كلي عند عدم الاستجابة لمخدر جزئي أو عند التنفس بشكل غير طبيعي.

مخاطر أخرى شخصية

إن هذه المخاطر تتعلق بالحالة الصحية لكل مريض بشكل خاص وبأمراضه التي تتأثر بالجراحة وبفترة ما بعد الجراحة-----

الموافقة والإقرار

أقر بأنني قد قرأت وفهمت هذه الوثيقة، وأنني حصلت على كل المعلومات التوضيحية من طبيب التخدير. أسمح من خلال هذه الوثيقة للسيد----- بإعطائي المخدر بالطريقة التي يراها مناسبة من أجل القيام بالعملية الجراحية-----
----- وأنني على علم بأحققتي في العدول عن هذه الموافقة في أي وقت.

مدريد في 4 سبتمبر 2014

----- الاسم كاملاً

----- التوقيع

----- رقم الهوية

Anexo 9: Textos publicitarios traducidos al árabe

معلومات عن مستشفى ----- الدولي

اطرح أسئلتك

نريد أن تكون على علمٍ بكل المعلومات التي تحتاج إليها لفهم مشكلتك الصحية، وبذلك ستشارك في عملية الرعاية الطبية الخاصة بك.

طبيبك سوف يزودك بمعلوماتٍ حول العلاج أو الاختبارات لكي تعرف البرنامج المقرر خلال فترة وجودك بالمستشفى. من فضلك، اسألنا عن أي استفسارٍ لديك.

لأن هذا سيساعدك على اتخاذ قراراتٍ تخص صحتك. إذا كان من الضروري إجراء أي اختبارٍ أو تدخلٍ جراحيٍّ يحتاج موافقتك فإن الطبيب

سيخبرك بذلك وسيطلب موافقةً مكتوبةً منك. إذا كان لديك أي أسئلةٍ، فاطلب ما شئت من الإيضاحات قبل أن تقوم بالتوقيع، لأن من السهل أن ننسى ما قيل لنا أو الاستفسارات التي لدينا.

لذلك نقترح أن تقوم بكتابة أي سؤالٍ تريد طرحه لكي تستشير بشأنه طبيبك أو ممرضتك بعد ذلك. الدواء أيضًا جزءٌ مهمٌ من إقامتك في المستشفى. لا تتردد في توجيه الاستفسارات إلى طبيبك أو ممرضتك حول الأدوية التي يعطونك إياها والآثار الجانبية المحتملة. أثناء وجودك بالمستشفى نقترح عليك أن تطرح ثلاثة أسئلة حول الأدوية التي سيعطونك إياها:

ما اسم الدواء؟

لماذا أحتاج إلى تناوله؟

ما الآثار الجانبية المحتملة؟

في 30 ثانية فقط يمكنك أن تساعدنا على الاعتناء بك بشكلٍ أفضل.

في مستشفى ----- الدولي نأخذ بعين الاعتبار تمامًا ما يفضله ويقرره مرضانا. المريض له دورٌ وصوتٌ فعالٌ في مستشفانا من أجل المساهمة في التحسين.

بالنسبة لنا، من المهم جدًا معرفة رأيك حول الرعاية الصحية التي تلقيتها، لأن هذا يساعدنا على تقديم عنايةٍ أفضل. ولذلك، فبعد تلقي إذن الخروج من المستشفى، سوف نرسل لك استبانةً تهدف إلى استطلاع رأيك حول الخدمة. ولكي تتمكن من إرسالها، فإننا نحتاج إلى عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك.

من خلال سؤالٍ بسيطٍ يمكنك تقييمه من 0 إلى 10، نحصل على مؤشر صافي نقاط الترويج والذي يسمح لنا بالتعرف على مستوى رضاك عن الخدمة وثقتك فينا وتحديد النقاط التي يجب تحسينها.

رأيك مهمنا

نريد أن نعرف رأيك حول الرعاية التي تلقيتها. إذا لاحظت أي قصورٍ، فالرجاء إبلاغ خدمة العناية بالمرضى. ولهذا الغرض نضع تحت تصرفك ورقة شكاوى واقتراحات، كما يمكنك إرسال رسالة على عنوان البريد الإلكتروني التالي: -----

وبالإضافة إلى ذلك، فلدينا نظامٌ يخضع للإشراف وهو خاص باستبانات المرضى عن الخدمة، ومن الممكن أن نتصل بك. إذا كنت لا تريد المشاركة فأخبر خدمة العناية بالمرضى.

معلومات إضافية

☞ المعلومات الطبية: سيتم تسهيل المعلومات الطبية التي تحتاجها من خلال الطبيب المسؤول عنك. لضمان حقك في السرية، سيقوم الطبيب فقط بإبلاغ الأشخاص الذين تحددهم أنت.

☞ الأدوية والحساسية: قم بتقديم قائمةٍ بالأدوية التي تتناولها، وإذا كنت تعاني من حساسيةٍ تجاه أي دواءٍ أو منتجٍ، يُرجى إبلاغ فريق التمريض التابع للوحدة التي أدخلت إليها.

☞ إذا كنت ستخضع لتدخلٍ جراحيٍّ: لا يجب ألا تدخل إلى غرفة العمليات بأطقم الأسنان أو الدعامات البصرية أو النظارات أو الجواهر، إلخ. قم بتسليم متعلقاتك الشخصية إلى أسرتك أو إلى المرافقين لك، كما لا يجب وضع المكياج أو طلاء الأظافر.

﴿ قِيم ومعتقدات: إذا كنت تريد علاجًا على نحوٍ خاصٍ، فلا تتردد في إبلاغ مسؤول الوحدة بذلك.

2. الغُرف

غرف المستشفى ذات استخدامٍ فرديٍّ وتحتوي على سريرٍ إضافيٍّ للمُرافق، فضلًا عن حمامٍ به دش للاستحمام. إذا كنت ترغب في استخدام هذا السرير، فاطلبه من ممرضة الطابق.

الغرف مزودة بـ:

تكييف بارد وساخن هاتف وتلفاز

نظام اتصال/وطلب التمريض واي فاي/وايرليس

سرير مزود بنظام كهربائيٍّ لمراقبة الحركة

الإدخال إلى المستشفى

1. الوصول إلى المستشفى

عند وصولك إلى المستشفى، سيقوم موظف الاستقبال بإنجاز إجراءات دخولك إلى المستشفى وسيضمن لك الخصوصية والسرية طوال العملية.

أي الوثائق التي عليك إحضارها؟

﴿ وثيقة هوية المريض (بطاقة الهوية أو الإقامة أو جواز السفر...).

﴿ الحصول على الترخيص في حال كنت تنتمي إلى شركة تأمين.

﴿ في حال الدخول إلى المستشفى لإجراء جراحةٍ مبرمجةٍ: يجب تقديم وثائق ما قبل الجراحة ونسخة مُوقعة من الموافقة المسبقة على العملية الجراحية التي سوف يجرونها لك، بالإضافة إلى الموافقة على التخدير إذا لزم الأمر.

إن مشفانا

مشفى ----- الدولي تضم التخصصات الطبية اللازمة لتقديم الرعاية الشاملة للمريض. ولهذا الغرض، لدينا فريقٌ محترفٌ جدًّا والتكنولوجيا الأكثر تقدمًا، ونشاطٌ بحثيٌّ وتعليميٌّ مهم. كل هذا إضافة إلى نموذجٍ إداريٍّ يقوم على الالتزام القوي بالتميز في مجال رعاية وسلامة المريض، مما يجعل المستشفى مستعدًا تمامًا لمساعدتك في تحسين حالتك الصحية.

يمكنك الاطلاع على كافة الخدمات التي نقدمها من خلال موظف المعلومات أو موظفي رعاية المرضى، ومن خلال صفحة الويب التالية:-----

الخدمات

الاستقبال ونقاط المعلومات

موظفو الاستقبال في مختلف أبواب الدخول سيزودونك بالمعلومات التي تحتاج إليها عن المستشفى.

☒ هاتف:-----

رعاية المرضى

تتكون خدمة رعاية المرضى من فريق من المحترفين مهمتهم استقبال وتوجيه المرضى وأسراهم الذين يحضرون إلى مستشفىنا

المكان: الطابق ب.

مواعيد العمل: من الاثنين إلى الخميس من 09:00 إلى 18:00 . الجمعة من 09:00 إلى 15:00.

الهاتف:----- البريد الإلكتروني:-----

مقهى ومطعم

لخدمة المرضى والأسر والزوار.

المكان: الطابق (1-).

مواعيد العمل: من 08:30 إلى 21:30.

المرافقة والزيارات

لأن جزءًا كبيرًا من الأنشطة الطبية والتمريضية يتم في الصباح، نوصي بأن تكون الزيارات في المساء.

لا تنسى أن أفضل الزيارات هي القصيرة والهادئة.

نصائح:

قللوا من عدد المرافقين.

تجنبوا التحدث بصوت مرتفع أو البقاء في الممرات أو الأمرين معًا.

إن وحدتي العناية والعناية المركزة هما منطقتان حساستان ولهما مواعيد زيارتٍ محددة.

3.5. الخروج من المستشفى

ستقوم المستشفى بإنجاز الإجراءات الإدارية الخاصة بالمغادرة وستحيطك علمًا بذلك في جميع الأوقات. ويهدف تسريع الإجراءات اللازمة سيقوم طبيبك بمنحك تقرير المغادرة به إرشادات العناية والأدوية التي يجب أن تتناولها. سوف تُخطَر بموعد الخروج من المستشفى مسبقًا لكي تتمكن من عمل الترتيبات اللازمة.

الإقامة لاي ةووزة ةة

أثناء إقامتك سوف يقوم على خدمتك فريقٌ محترفٌ هدفه تحسين حالتك الصحية. سيقوم موظفو التمريض بالاعتناء بك. يمكنك التوجه إلى مشرفة التمريض في الطابق عند رغبتك في الاستفسار عن أي شيء.

3.1. تحديد الهوية

أ. موظف المستشفى المشارك في تقديم الرعاية لك سوف يعرفك باسمه ويلقبه العائلي الكامل وبوظيفته وسوف يحمل بطاقة تعريف.

ب. المريض: سوف يوضع في معصمه سوارٌ يحمل بياناته المهمة للتعرف عليه بشكلٍ صحيحٍ: الاسم واللقب وتاريخ الميلاد ورقم السجل الطبي.

سيضمن التعرف عليه تقديم الرعاية المناسبة دائمًا.

3.2. وجبات الطعام

فريق من الأخصائيين في الحميات الغذائية والتغذية، يضمن لك نظامًا غذائيًا متوازنًا وخاصًا، نرجو ألا تتناول أطعمةً أو أشربةً من الخارج.


إذا كانت لديك مشكلة مع الأغذية التي نقدمها لك فأخبر مختص التمريض في وحدتك وسنحاول حل ذلك.

الإفطار من 08:45 إلى 09:15. الغداء من 13:00 إلى 14:15.

وجبة خفيفة من 17.15 إلى 17.30. العشاء من 20:00 إلى 21:00. العشاء الثاني من 23:00 إلى 00:00.

3.3. معلومات عن المستوصف

سوف يخبركم الطبيب المعالج عن الاختبارات التي ستقومون بها وعن تطور حالتكم. نريد أن تكونوا على اطلاعٍ بكافة المعلومات التي تحتاجون إليها لفهم مشكلتكم الصحية، وهذا يمكنكم المشاركة في عملية الرعاية الصحية الخاصة بكم. إذا كنتم تعاونون من آلام، فيُرجى إعلامنا بذلك. يقتضي التعامل الجيد مع الألم تعاونًا وثيقًا بينكم وبين مقدمي الرعاية.

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p> <p>Informe de Trasl·lat UCI Document Provisional</p>	Cognoms i nom:		NHC: 1777189	
	Ass: BARCELONA 7-G		Cl·r:	
	Data de naixement:		Sexe: Home	Edat:
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmi		Procedència: URGÈNCIES	
	Admissió: 12 09 2018 - 23 48		Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
	Ingrés UCI: 13 09 2018 - 13 59		Codi Postal: 08041	
Adreça: SANT QUINTI 87		Població: BARCELONA		

SAPS II: 000

APACHE II: 000

SAPS II 43 (30.6%); APACHE II 12 (14.6%); SAPS III 30 (35.6%).

MOTIVO DE INGRESO

Crisis tónico-clónica y disminución del nivel de consciencia con necesidad de Intubación oro-traqueal (IOT).

ANTECEDENTES

Antecedentes patológicos

- No AMC
- Fumador ocasional
- Sin antecedentes patológicos conocidos

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de paciente masculino de 28 años natural de Arabai Saudi, traído a Urgencias por sus compañeros de piso, quienes refieren encontrarlo "raro", diferente a su compartamiento habitual. Ha estado en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por faringoamigdalitis los días previos pautado por prescripción médica el sábado 8 tras consultar a clínica privada CIMA.


A su llegada a urgencias febricular (37.1°C), hemodinámicamente estable, con tendencia a la somnolencia, Glasgow: 10 (sin poder valorar respuesta verbal por importante barrera idiomática). Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de torax (portatil) ICT<0.5 con senos constofrenicos libres sin consolidaciones. Analíticamente destac leve hiponatremia (134 mmol/L). Gasometria venosa sin alteraciones del equilibrio ácido/base, perfil hepatico con discreto aumento de transaminasas a expensas de AST, función renal conservada, aumento de reactantes de fase aguda (porcalcitonina de 0.14) sin leucocitosis. Sedimento de orina negativo. Estudio de tóxicos en orina negativo para etanol, opiáceos, barbitúricos, cocaína, cannabis y anfetaminas. TAC cerebral sin evidencia de lesiones intracraneales agudas, con signos de sinusopatía etmoidal inespecifica. Pendiente de RM cerebral.

Bajo la sospecha de posible meningoencefalitis se decide realizar puncion lumbar en la que se obtiene LCR con 9 celulas, glucosa 3.9, Proteinas 0.28 y estudio microbiologico con VHS 1-2 y enterovirus negativos, sin observar germen en la tincion de gram. Iniciando tratamiento empirico con ceftriaxona+aciclovir+ampicilina. Pendientes las determinaciones serológicas para VIH 1 y 2, EBV, CMV y virus hepatotrofos.

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
Equip médic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13.27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21.09.2018

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p> <p>Informe de Traslats UCI Document Provisional</p>	Cognoms i nom		NHC 1777189	
	ABS: BARCELONA 7-G	CIP:	DNI:	
	Data de naixement:	Sexe: Home	Estat:	Teleton:
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmit		Procedència: URGÈNCIES	
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48		Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
	Ingrés UCI: 13.09.2018 - 13.59			
Adreça: SANT QUINTÍ 87		Població: BARCELONA	Codi Postal: 08041	

Durante su estancia en el servicio de urgencias es evidenciado por el equipo medico, convulsión tónico-clónica generalizada de duración <1min sin relajación de esfínteres administrando rivotril y posteriormente keppra ev, que se inicia en bolus cada 12 horas. Decidiendo su traslado a la unidad de Semicríticos para diagnóstico, tratamiento y control evolutivo. Permaneciendo somnoliento, pero reactivo a estímulos y pudiendo establecer mínima comunicación en inglés. En la mañana de hoy (13/09) se realiza EEG en la que se aprecia actividad comicial (parcial, generalizada?) por lo que se pauta bolus de levetiracetam y se añade lacosamida como segundo anticomicial, presentadno posteriormente nueva crisis tónico-clónica con postcrítico prolongado y disminución de nivel de consciencia persistente por lo que se decide Intubación orotraqueal (IOT) y conexión a ventilación mecánica (VMI). Se comenta el caso con el equipo de Medicina Intensiva y se decide traslado.

EXPLORACIÓN FÍSICA a su llegada a UCI.

Bajo sedación con midazolam (10 mg/hora) pupilas isocóricas, mióticas pero reactivas a la luz, moviliza cuatro extremidades espontáneamente, no obedece órdenes, no apertura ocular ni al estímulo doloroso. Normofrecuente 83, en ritmo sinusal, PA 95/54 mmHg sin soporte. Ventilado enA/C por volumen 400 de vt y PEEP de 5, FIO2 de 0,30, FR de 18 TET del número 7,5 a 22 cm en comisura labial, AR sin ruidos, AC sin soplos. No edemas. No sondado, diuresis previas correctas. Afebril.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS PREVIAS


- **Gasometria Venosa (13.09.18):** pH:7.38 pCO2:46 HCO3:25.6 Hb:16.7 K:4.1 Na:135 ca:1.13 Cl:97 Glu:5.8 Lac:1
- **Análítica sanguínea (12.09.18):** Sodi 134 mmol/L (136 - 145) Potassi 3,92 mmol/L (3,50 - 5,10) Clorur 98 mmol/L (98 - 107) Glucosa 5,7 mmol/L (3,0 - 6,0) 101,70 mg/100mL Urea 7,1 mmol/L (2,1 - 7,1) 42 mg/100mL Creatinina 87 µmol/L (64 - 110) 0,99 mg/100mL Bilirubina total 14 µmol/L (< 17) 0,84 mg/100mL AST (GOT) 106 U/L (0 - 37) ALT (GPT) 46 U/L (0 - 41) Fosfatasa alcalina 39 U/L (40 - 130) GGT 18 U/L (0 - 54) Procalcitonina 0,14 ng/mL (0,00 - 0,05) Proteina total 77,5 g/L (64,0 - 83,0) Proteina C reactiva 3,4 mg/L (0,0 - 5,0) Tiotropina 0,55 mU/L (0,30 - 5,00) TOXICOLOGIA Etanol <2,2 mmol/L Positiu a partir de 2,5 mmol/L Barbiturat orina Falla Orina Positiu a partir de 200 ug/L SEROLOGIA ALTRES Hemocultiu En Proceso Hemograma Hemoglobina 165 g/L (130 - 170) Hematòcrit 0,46 L/L (0,40 - 0,50) Hematies 5,83 x10E12/L (4,50 - 5,70) VCM 79,1 fL (80,0 - 98,0) CCMH 358 g/L (320 - 360) HCM 28,3 pg (27,0 - 32,0) RDW 12,4 % (12,0 - 15,0) Plaquetes 134 x10E9/L (140 - 350) VPM 6,9 fL (7,0 - 10,5) Plaquetòcrit 0,10 % Leucòcits 6,17 x10E9/L (3,80 - 11,00) Fórmula leucocitària Neutròfils 57,6 % Neutròfils absoluts 3,55 x10E9/L (1,80 - 7,00) Eosinòfils 0,2 % Eosinòfils absoluts 0,01 x10E9/L (0,05 - 0,50) Basòfils 0,6 % Basòfils absoluts 0,04 x10E9/L (0,00 - 0,10) Monòcits 11,5 % Monòcits absoluts 0,71 x10E9/L (0,30 - 1,00) Limfòcits 30,1 % Limfòcits absoluts 1,86 x10E9/L (1,00 - 4,00) HEMOSTASIA Temps de tromboplastina 0,94 RATIO (0,75 - 1,30) Temps de protrombina 1,01 INR (0,75 - 1,20) Temps de trombina 24,20 s (17,00 - 24,00) Plaquetes 134 x10E9/L (140 - 350).
- **Hemocultivos brazo izquierdo (12/09/18):** coco gram positivo tipo estaphylococo hominis, posible contaminación accidental

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
Equip mèdic: Dr. SANCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13:27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21.09.2018

Pàg 2 de 8

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p> <p>Informe de Trasllat UCI Document Provisional</p>	Cognoms i nom:			NHC: 1777189
	ABS: BARCELONA 7-G	CIP:	DNI:	
	Data de naixement:	Sexe: Home	Estat:	Telèfon:
	Finançame... INTERNACIONAL pendent de tràmi			Procedència: URGÈNCIES
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48			
	Ingrès UCI: 13.09.2018 - 13.59		Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
Adreça: SANT QUINTI 87		Població: BARCELONA		Codi Postal: 08041

- Hemocultivos brazo derecho (12/09/18): negativos
- Sedimento de orina (12.09.18): Cèl·lules de descamació epitelial: No s'observen. Leucòcits: Escassos (0-4 x camp). Hematies: Escassos (0-4 x camp). Tinció de Gram. No s'observen germens.
- Toxicos en orina (12.09.18): Barbiturat orina <25,00; Benzodiazepines orina <18,60
- Opiacis orina <10,30; Cannabinoids orina <10,00; Cocaïna orina <40,00; amfetamines orina <100,00; Etanol orina <2,2
- Rx de torax - portatil (12.09.18): ICT<0.5 senos costofrenicos llibres sin evidencia de consolidaciones.
- TAC cerebral (12.09.18): Sin evidencia de patologia intracraneal aguda. Pòlipo/ quiste de retenció el seno maxilar derecho. Sinusopatia etmoidal inespecifica.
- LCR de punció lumbar(12.09.18) : 9 cel glu:3,9 Prot: 0,28. VHS 1-2 negatiu, enterovirus negatiu, tinció de gram: no gèrmenes.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS A SU INGRESO EN UCI


- **Analítica sanguínea (13/09/18):** *Bioquímica: Sodi 136 mmol/L (136 - 145) Potassi 3,81 mmol/L (3,50 - 5,10) Clorurs 103 mmol/L (98 - 107) Calci 2,09 mmol/L (2,15 - 2,55) 8,36 mg/100mL Magnesi 0,96 mmol/L (0,65 - 1,05) Fosfat 0,43 mmol/L (0,87 - 1,45) 1,33 mg/100mL Glucosa 7,1 mmol/L (3,0 - 6,0) 127,80 mg/100mL Urea 5,5 mmol/L (2,1 - 7,1) 33 mg/100mL Creatinina 68 µmol/L (64 - 110) 0,76 mg/100mL Bilirubina total 10 µmol/L (< 17) 0,57 mg/100mL AST (GOT) 159 U/L (0 - 37) ALT (GPT) 60 U/L (0 - 41) Fosfatasa alcalina 32 U/L (40 - 130) LDH Prova no realitzada per hemòlisi de la mostra. (125 - 243) CK 7941 U/L (0 - 174) NT-proBNP 96 ng/L < 300 ng/L ICC molt improbable 300-1800 ng/L segons edat > 1800 ng/L ICC descompensada molt probable Proteïna C reactiva 31,1 mg/L (0,0 - 5,0) *Immunologia: Immunoglobulina A 331,00 mg/100ml (69,00 - 382,00) HEMATOLOGIA-HEMATIMETRIA Hemograma Hemoglobina 145 g/L (130 - 170) Hematòcrit 0,41 L/L (0,40 - 0,50) Hematies 5,10 x10E12/L (4,50 - 5,70) VCM 80,0 fL (80,0 - 98,0) CCMH 355 g/L (320 - 360) HCM 28,4 pg (27,0 - 32,0) RDW 12,3 % (12,0 - 15,0) Plaquetes 133 x10E9/L (140 - 350) VPM 7,2 fL (7,0 - 10,5) Plaquetòcrit 0,10 % *Fórmula leucocitària: Leucòcits 6,31 x10E9/L (3,80 - 11,00) Neutròfils 72,5 % Neutròfils absoluts 4,58 x10E9/L (1,80 - 7,00) Eosinòfils 0,0 % Eosinòfils absoluts 0,00 x10E9/L (0,05 - 0,50) Basòfils 0,5 % Basòfils absoluts 0,03 x10E9/L (0,00 - 0,10) Monòcits 11,6 % Monòcits absoluts 0,73 x10E9/L (0,30 - 1,00) Limfòcits 15,4 % Limfòcits absoluts 0,97 x10E9/L (1,00 - 4,00) Codi de validació LCM *Hemostasia: Temps de tromboplastina 0,81 RATIO (0,75 - 1,30) Temps de protrombina 1,07 INR (0,75 - 1,20) Temps de trombina 22,80 s (17,00 - 24,00)
- **Radiografia de control postIOT (13/09/18):** no derrame pleural, no pneumotòrax, senos costofrénicos llibres, no imàgenes de condensació parenquimatosas, tubo endotraqueal normosituat per encima de carina traqueal.
- **EEG (13/09/18) en uci:** sin evidencia de actividad epileptiforme focal o generalizada
- **GSA (13/09/18):**
- **Hemocultivo (13/09/18):** negatiu
- **Frotis faringeu (14/09/18):** muestra no válida para estudio de enterovirus
- **Frotis rectal (14/09/18):** muestra no válida para estudio de enterovirus
- **RM cerebral (14/09/18):** No se observan alteraciones de la señal temporales mediales, ni corticales,

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
Equip mèdic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13.27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21.09.2018

Pàg. 3 de 8

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p> <p>Informe de Traslíat UCI Document Provisional</p>	Cognome i nom:		NHC: 1777189	
	Ass. BARCELONA 7-G		CIP:	
	Data de naixement:		Sexe: Home	
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmi		Edat:	
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48		Teléfon:	
	Ingrés UCI: 13.09.2018 - 13.59		Procedència: URGÈNCIES	
Adreça: SANT QUINTÍ 87		Població: BARCELONA		Codi Postal: 08041

temporales o extratemporales, que pudiesen tener relacion con la situacion actual del paciente. Discreta hipersenal en T2 en ambos putamenes y caudados, lo que puede reflejar un componente de anoxia cerebral en relacion con el status actual del paciente. Se observa tambien una tenue línea de hipersenal en T2 en ambas capsulas externas. No hay otras alteraciones relevantes intracraneales. No hay efectos de masa, desviacion de la linea media, ni dilatacion ventricular. Discreta captacion de contraste paquimeningea, algo mas notoria de lo esperable, que pudiese ser debida a la PL reciente. Conclusiones: No se observan lesiones temporales ni corticales. Tenue hipersenal en las capsulas externas/claustrs, que aunque inespecifica, puede asociarse a encefalitis limbica autoinmune, o bien a causas metabólicas, lo cual ha de ser valorado únicamente en el contexto clinico y de los AP.


- **Inmunologia en sangre (14/09/18):** Quantificació IgG: 977,00 mg/100mL (723,00 - 1.685,00), Quantificació IgA: 303,00 mg/100mL (69,00 - 382,00), Quantificació IgM 145,00 mg/100mL (40,00 - 230,00), Ac. antinuclears i citoplasmàtics: Negatiu, Ac. antitiroglobulina: Negatiu < 138 UI/mL, Ac. antiperoxidasa Tiroidal/TPO: Negatiu <100 UI/mL, Ac. anticitoplasma de neutròfil (ANCA): Negatiu
- **Marcadores paraneoplàstics en sangre (14/09/18):** Quantificació IgG 977,00 mg/100ml (723,00 - 1.685,00) Quantificació IgA 303,00 mg/100ml (69,00 - 382,00) Quantificació IgM 145,00 mg/100ml (40,00 - 230,00) AUTOIMMUNITAT Ac. antinuclears i citoplasmàtics Negatiu Ac. antiDNAN Donat el valor d'ANAs, s'anul·la la prova. Ac. antitiroglobulina Negatiu Ac. antiperoxidasa Tiroidal/TPO Negatiu Ac. anticitoplasma de neutròfil (ANCA) Negatiu Ac. antineuronals paraneoplàstics Ac. anti-Yo Negatiu Ac. anti-Hu Negatiu Ac. anti-Ri Negatiu Ac. anti-Tr Negatiu Ac. anti-Ta(Ma2) Negatiu Ac. anti-amifisina (AMP) Negatiu Ac. anti-Cv2 Negatiu Ac. anti-recoverin Negatiu Ac. anti-Sox1 Negatiu Ac. anti-Titin Negatiu Ac. anti-Zic4 Negatiu Ac. anti-GAD65 paraneoplàstic Negatiu Immunofluorescència neuronals Negatiu
- **Inmunologia en LCR (14/09/18):** Quantificació IgG 966,00 mg/100ml (723,00 - 1.685,00) Quantificació IgG, LCR En Proceso Quantificació IgM, LCR En Proceso Caracterizació Bandes Oligoclonals IgG, LCR En Proceso Caracterizació Bandes Oligoclonals IgM, LCR En Proceso AUTOIMMUNITAT Ac. antineuronals paraneoplàstics en LCR Ac. anti-Yo, LCR Negatiu Ac. anti-Hu, LCR Negatiu Ac. anti-Ri, LCR Negatiu Ac. anti-Tr, LCR Negatiu Ac. anti-Ta(Ma2), LCR Negatiu Ac. anti-amifisina (AMP), LCR Negatiu Ac. anti-Cv2, LCR Negatiu Ac. anti-recoverin, LCR Negatiu Ac. anti-Sox1, LCR Negatiu Ac. anti-Titin, LCR Negatiu Ac. anti-Zic4, LCR Negatiu Ac. anti-GAD65 paraneoplàstic, LCR Negatiu Immunofluorescència neuronals
- **Sedimento de orina (17/09/18):** Sin hematies, sin leucocitos, Gram negativo, cultivo negativo.
- **Hemocultivos (17/09/18):** Pendientes
- **Bioquímica en orina (17/09/18):** Sodi 194 mmol/L (25 - 150) Potassi 21 mmol/L (17 - 83) Osmolalitat 468 mOsm/Kg >600 Urea 37 mmol/L (286 - 470) Creatinina 3,4 mmol/L (3,3 - 12,0)
- **Àcids orgànics en orina (17/09/18):** negativo
- **Serologia de Mycoplasma (17/09/18):** (Aglutinació indirecta) Primera mostra 1/80.
- **Amonio (19/09/18):** 58umol/L < 72umol/L
- **Antígens cerebrals de superfície en LCR (20/09/18):** Pendiente
- **RM cerebral (25/09/18):** Pendiente realizar

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
Equip mèdic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13:27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
--	--	--

Barcelona, 21.09.2018

Pàg. 4 de 8

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</p> <p>Informe de Trasl·lat UCI Document Provisional</p>	Cognome i nom:			NHC: 1777189	
	ABS: BARCELONA 7-G	CIP:	NNI:		
	Data de naivament:	Sexe: Home	Estat:	Tel·efon:	
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmit			Procedència: URGÈNCIES	
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48				
	Ingrès UCI: 13.09.2018 - 13.59		Servel UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP		
Adreça: SANT QUINTÍ 87		Població: BARCELONA		Codi Postal: 08041	

EVOLUCIÓ

Paciente que es traído a UCI en situación de estabilidad clínica, bajo sedación residual con midazolam a 10 ml/hora, pupilas mióticas y reactivas a la luz, movilizándolo espontáneamente 4 extremidades pero sin obedecer órdenes. Estable hemodinámicamente sin soporte con drogas vasoactivas, normofrecuente. Ventilado en modalidad asistida controlada por volumen, acoplado, saturación correcta. Radiografía torácica de control muestra tubo orotraqueal normoposicionado, sin otras alteraciones. Se sustituye midazolam por propofol a dosis bajas y se realiza EEG que no muestra actividad comicial. Se realiza interconsulta a Neurología de cara a valoración. A la espera de contactar con la familia, los acompañantes refieren que el paciente había presentado episodios de debilidad generalizada y poca comunicación en situaciones de fiebre. Serologías de VIH y virus hepatotrofos negativas. Se realiza hemocultivo, que finalmente resulta ser negativo.

Se mantiene doble tratamiento antimicrobial (levetiracetam, lacosamida), al que se añade ácido valproico por episodios de mioclonias repetidos y vitaminas B1 y B6. Sedoanalgesiado con propofol y morfina, Glasgow 3T, pupilas mióticas isocóricas reactivas a la luz, reflejo corneal presente, no moviliza extremidades ante estímulo doloroso, en ocasiones localiza dolor con la mano derecha. Persisten episodios de mioclonias que se tratan con bolus de midazolam. Hemodinámicamente estable sin soporte, en ritmo sinusal normofrecuente. Parámetros ventilatorios sin cambios, Vt 400 FR 18 PEEP 5, se mantienen saturaciones correctas con FiO2 0.21. En dieta absoluta, con soporte de sueroterapia. Función renal conservada, se corrigen alteraciones electrolíticas, diuresis correctas. Afebril, bajo tratamiento antimicrobiano con Ceftriaxona, Ampicilina y Aciclovir con una PCR de 45 en ascenso, sin leucocitosis. Serologías VIH y virus hepatotrofos negativas. Se obtiene frotis faringeo y rectal para Enterovirus. El 14.09 se realiza punción lumbar para estudio bioquímico e inmunológico, sin incidencias, resultados pendientes. El mismo día se realiza RM cerebral que muestra una hiperseñal en ambos núcleos estriados a nivel bilateral. Es valorado por Neurología, quienes sospechan 3 posibles causas de la lesión estriatal: Acidúria Glutárica tipo I (para la cual se solicita una determinación de Ácidos orgánicos en orina), necrosis estriatal por Mycoplasma (para la cual se solicita una determinación de serología de Mycoplasma en sangre), encefalopatía autoinmune (para la cual se solicitan determinaciones de anticuerpos en sangre y en LCR). Como primera opción diagnóstica se mantiene la acidúria glutárica tipo I, por lo que se decide retirar el ácido valproico como tratamiento antimicrobial, iniciar aporte enteral con dieta hipoprotéica e iniciar tratamiento con L-carnitina y Riboflavina. Se solicitan niveles de amonio en sangre que son normales.


Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)

Equip mèdic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servel que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13:27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21.09.2018

Pàg. 5 de 8

 HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU <small>UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</small> Informe de Trasl·lat UCI Document Provisional	Cognoms i nom:			NHC: 1777189
	ABS: BARCELONA 7-G	CIP:	NNI:	
	Data de naixement:	Sexe: Home	Estat:	Tel·l·fon:
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmi			Procedència: URGÈNCIES
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48		Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
	Ingr·s UCI: 13.09.2018 - 13:59			
Adreça: SANT QUINTI 87	Població: BARCELONA	Codi Postal: 08041		


Tras 48h sin presentar crisis comiciales ni episodios de rigidez, se decide retirar sedación y progresar weaning neurológico. El paciente despierta sin incidencias y se mantiene en Glasgow 11T con tendencia a la somnolencia, sin crisis, por lo que se progresa a nivel respiratorio hasta extubación orotraqueal el 16.09, sin incidencias. Posteriormente se evidencia 1 crisis tónico-clónica generalizada que se controla con 3 rivotril + bolus de keppra + un bolus de 10mg de MDZ, permaneciendo después el paciente en GCS 13, movilizando las 4 extremidades, con desorientación y tendencia a la somnolencia, obedeciendo órdenes, sin rasgos afásicos, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados, todo ello en contexto de período postcrítico y bajo efecto de la medicación antiepiléptica. Tras este episodio se añade fenitoina a dosis plenas. Posteriormente es valorado nuevamente por Neurología, quienes objetivan signos y síntomas de parkinsonismo (voz débil, bradipsíquica, bradilalia, lentitud a la respuesta de las órdenes motoras, mioclonías, fasciculaciones, movimientos distónicos, movimiento en rueda dentada sobretodo en las extremidades inferiores). Se objetiva Babinsky bilateral e hiperreflexia generalizada. A nivel respiratorio se mantiene con gafas nasales a 2 litros por minuto, con buena saturación y bien tolerada. Se coloca de nuevo sonda nasogástrica tras autorretirada previa a la extubación, sin incidencias. El 18.09 Posteriormente a la colocación de la sonda nasogástrica se objetiva desaturación que precisa inicialmente colocación de VMK. Más tarde realiza una nueva crisis generalizada atónica con desviación cefálica a la izquierda, con inestabilidad hemodinámica y desaturación que precisa reintubación urgente el día 17.09, manteniendo posteriormente sedación leve con morfina y propofol. Ese mismo día se objetiva poliuria ya presente la noche anterior, sin elevación excesiva del sodio, que se autolimita en cuestión de horas, manteniendo el paciente unas diuresis correctas en todo momento. También se objetiva un pico febril de 37.8°C por lo que se realizan 2 hemocultivos (aún pendientes) y un sedimento de orina que es negativo. Sin leucocitosis con una PCR ya estable entorno a 50, se cambia el tratamiento antibiótico previo a Tazocel por el riesgo de broncoaspiración tras intubación urgente.

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
Equip mèdic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21.09.2018 - 13:27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
--	--	--

Barcelona, 21.09.2018

Pàg. 6 de 8

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU <small>UNIVERSITAT DE BARCELONA - IRI</small></p> <p>Informe de Traslát UCI Document Provisional</p>	Cognoms i nom:			NHC: 1777189
	Adm: BARCELONA 7-G	CIP:	DNI:	
	Data de naixement:	Sexe: Home	Edat:	relaton:
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de trámi			Procedència: URGÈNCIES
	Admissió: 12.09.2018 - 23.48			
	Ingrés UCI: 13.09.2018 - 13.59		Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
Adreça: SANT QUINTI 87		Població: BARCELONA	Codi Postal: 08041	

A nivel neurológico, el paciente se mantiene con sedación con propofol y morfina, sin evidencia de actividad epileptiforme en los electroencefalogramas de los periodos intercríticos. Se decide disminuir de forma progresiva el propofol e introducir dexmedetomidina para hacer weaning neurológico y controlar los episodios de agitación intensa que se observan a la manipulación del paciente. Se mantiene en un Glasgow 8T, sin obedecer órdenes de forma clara, con apertura ocular al dolor, movilizándolo las 4 extremidades de forma espontánea, con reflejos de tronco espontáneos y pupilas correctas. El 18.09 presenta un nuevo episodio de crisis con desonexión del medio y giro cefálico a la izquierda que se limita con un rivotril, sin evidencia de actividad epileptiforme posterior por electroencefalograma (EEG). Se añade rivotril en pauta fija como 4to fármaco antiepileptico. Durante esa noche presenta otro episodio de crisis que precisa otro rivotril + bolus de propofol, añadiéndose perfusión de midazolam para aumentar la sedación. Aun así se objetiva nuevo episodio de crisis el 19.09 por la mañana que cede con un rivotril y bolus de propofol. Se coloca el EEG durante 3h, con leves señales puntiformes en área frontal derecha, sin clara actividad epileptiforme generalizada. Al mediodía realiza 4 episodios más de crisis con predominio en hemisferio izquierdo, que precisan rivotril + bolus de propofol y midazolam como rescate. Comentando con Neurología se decide aumentar sedación para RASS de -4 con midazolam + propofol + morfina. Se objetiva durante la noche un nuevo episodio de crisis que precisa de rivotril y bolus de fenitoina. Tras objetivar niveles infraterapéuticos de fenitoina en sangre se aumentan las dosis. El día 20.09 se obtiene un resultado negativo para *Mycoplasma* en sangre y ácidos orgánicos en orina, por lo que se descartan estas dos hipótesis diagnósticas como causas del cuadro actual por parte de Neurología. Se acuerda entonces iniciar tratamiento con bolus a altas dosis de metilprednisolona (1gr/día) durante 5 días, así como mantener el tratamiento con L-carnitina y Riboflavina, ya que las principales sospechas diagnósticas se basan en una encefalitis autoinmune o una metabolopatía por afectación de la cadena respiratoria mitocondrial (puede ser afectación mitocondrial por alteración genética o bien por intoxicación previa por sustancias como CO, manganeso, metanol#). Se solicitan antígenos neuronales de superficie en LCR y una nueva RM cerebral para ver evolución imagenológica, aún pendientes.

A nivel respiratorio se mantiene en modalidad invasiva asistida controlada por volumen con una FiO2 0.21 PEEP 5 Vt 400 FR 16, bien acoplado, saturando correctamente, con las gasometrías arteriales de control correctas. La auscultación respiratoria es correcta en todo momento así como las radiografías torácicas de control no muestran signos de sobreinfección pulmonar o acumulo de líquido, observando un correcto posicionamiento del catéter venoso central y el tubo endotraqueal.

A nivel hemodinámico se mantiene estable sin drogas vasoactivas, con Hb entre 100-120 estables y plaquetas conservadas. Coagulación normal en todo momento. Lactato a niveles normales. Tras aumento de la sedación el 19.09 se objetiva tendencia a la hipotensión de forma fluctuante que precisa de la administración puntual de perfusión de noradrenalina para control tensional.

A nivel nefrológico, se mantienen las diuresis conservadas, con un balance neutro con tendencia a ser positivo en los últimos días y aumento de peso tras un descenso inicial. Función renal conservada en todo momento e ionograma con leves alteraciones hidroelectrolíticas corregidas de forma correcta con aportes endovenosos.


Responsable clínico: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)

Equip mèdic: Dr. SANCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

Servei que informa del traslat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de traslat: 21.09.2018 - 13.27	Nom del metge que informa del traslat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21.09.2018

Pàg. 7 de 8

 <p>HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU <small>UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA</small></p> <p>Informe de Trasllat UCI Document Provisional</p>	Cognoms i nom: A		NHC: 1777189
	ABS: BARCELONA 7-G	CIP:	CAI:
	Data de naixement:	Sexe: Home	Telèfon:
	Finançament: INTERNACIONAL pendent de tràmi		Procedència: URGÈNCIES
	Admissió: 12 09 2018 - 23 48	Servei UCI: MEDICINA INTENSIVA HOSP	
	Ingrès UCI: 13 09 2018 - 13:59	Codi Postal: 08041	
Adreça: SANT QUINTI 87		Població: BARCELONA	

A nivel abdominal, la exploración es normal durante el ingreso. Se comprueba la correcta colocación de la nueva sonda nasogástrica, se administra dieta enteral hipoproteica que inicialmente se observa una leve retención que obliga a iniciar tratamiento con procinéticos, pudiendo abandonarlos tras dos días de tratamiento por mejor tolerancia de la dieta enteral. Tras descartar el diagnóstico de aciduria glutárica se inicia dieta enteral normoproteica, bien tolerada.

A nivel infeccioso, se objetiva un episodio puntual de febrícula a 37°C, por lo que se inician antitérmicos endovenosos, tras los cuales se mantiene afebril. PCR en descenso progresivo, sin objetivar leucocitosis durante todo el ingreso. Cumple 4 días de tratamiento con Tazocel sin incidencias.

PROCEDIMIENTOS

- Monitorización hemodinámica y respiratoria.
- Intubación orotraqueal (IOT) intra-UCI y conexión a VMI.
- Colocación de cánula arterial radial izquierda.
- Colocación de cateter venoso central.
- Analíticas sanguíneas.
- Sondaje vesical.
- EEG.
- RM cerebral.
- Punción lumbar.
- Extubación orotraqueal intra-UCI.
- Reinserción de sonda nasogástrica.
- Reintubación orotraqueal intra-UCI.

DIAGNÓSTICOS

- Crisis tónico-clónicas de difícil control y status epiléptico.
- Disminución del nivel de consciencia con necesidad de IOT.
- Posible meningo-encefalitis de etiología no filiada, sospecha diagnóstica de encefalitis autoinmune vs metabopatía mitocondrial vs intoxicación.

Responsable clínic: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)

Equip mèdic: Dr. SÁNCHEZ CASAS (NºCol. 108535486)

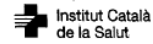
Servei que informa del trasllat: MEDICINA INTENSIVA HOSP	Data de trasllat: 21 09 2018 - 13:27	Nom del metge que informa del trasllat: Dr. BALDIRA MARTINEZ DE IRUJO (NºCol. 108410601)
---	---	---

Barcelona, 21 09 2018

Pág. 8 de 8



Vall d'Hebron
Hospital
Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
email: ccse@vhebron.net
Telèfon 902119049



Nº Història Clínica:	Nº Episodi	CIP:
Cognoms, Nom:		
Sexe: Home	Data de Naixement:	Edat:
Adreça	CP	
Telèfon 667664444(AMIGO)	ABS	
Procedència AGUTS	Servei NEUROCIURGIA	
Data d'ingrés 13.04.2018	Data d'alta 14.06.2018 09:31:42	
Atès per LLUMIGUANO ZARUMA, SEGUNDO CARLOS		

Informe d'alta d'hospitalització

MOTIU D'INGRÉS

Varón de años que ingresa en el día 13/04 a través del Servicio de Urgencias del Hospital por infarto de cerebral media derecha maligna.

ANTECEDENTS

- Barrera idiomática: Habla árabe y muy poco inglés.
- Niega alergias.
- Hábitos tóxicos: Fumador de 1 paquete / día.
- Refiere cifras de hipertensión arterial, pero sin tratamiento médico.
- Niega hospitalizaciones previas.
- Niega cirugías.

Situación sociofuncional: Natural de Arabia Saudí. En Barcelona por asuntos de Salud - tratamiento quirúrgico de su hija. Barrera idiomática importante. Amigo habla castellano.

PROCÉS ACTUAL

Ingresa en la madrugada de hoy (13/04) a Hospital Quirón por caída en hotel con pérdida de consciencia (según testigos), que ha recuperado, posteriormente presentando una nueva caída. A su llegada a dicho centro se describe a la exploración paciente somnoliento y sin claro déficit motor. Al revalorar al paciente se evidencia hemiparesia izquierda, por lo que se realiza TC craneal simple que muestra infarto agudo en territorio de ACM derecha, así como hiperdensidad a nivel parietal descrita como posible HSA. Se deriva a HUVH para valoración.

Ingresa en urgencias a las 03:54:25 del 13/04/2018 hipertenso y tendencia a la bradicardia (TA: 185 / 82 mmHg y FC: 55 lpm). Clínica compatible con TACI, se realiza nuevo TAC craneal que evidencia : extenso infarto agudo en el territorio de la ACM derecha con hiperdensidad a nivel de ACM derecha. Se confirma sospecha con RMN.

Valorado por neurocirugía, dante el cual se decide realizar Craniectomia Descompreiva e ingreso en UCI..

EXPLORACIÓ FÍSICA

P: 175 /75 mmHg FC: FR: Peso: Talla: Sat: 100%
Apertura ocular al llamado. Responde a interrogatorio (inglés / árabe con traductor), Obedece órdenes. Tendencia a la somnolencia. Hemiplegia izquierda. ROT rotuliano y bicipital exaltado. Babinsky izquierdo positivo. Pupilas medias, fotoreactivas. Movilización ocular conservada. No nistagmus.
RCR no soplos. Bien perfundido. Pulsos conservados. No edemas en miembros inferiores. IY (-).
MV audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
Abdomen con RHA presentes, no signos peritoneales.

Nº Història Clínica	Nº Episodi:	CIP:
Cognoms, Nom:		
Sexe: Home	Data de Naixement:	Edat:

Informe d'alta d'hospitalització

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA

Anàlisi en urgències: Hb 15.3; HtCO 45; Leucos 9330; Neutros 65%; Linfos 24%; Plaquetes 423000; Quick 87%; Fibrinogeno 2.9; INR 87; Glucosa 106; Urea 23; Cr 1; TFG 88 ml/min; Na 138; K 3.5; Ca 9.5; AST 24, ALT 18; Proteïna 8.2

Gasometria al ingreso en UCI: pH 7.4; pCO₂ 36; pO₂ 44; Na 139; K 4.7, Ca 4.78; Lactato 2: Hb 14.8; HCO₃ 22.3

TC craneo 13.04: No se observan signos de sangrado intra ni extraaxial. Hipodensidad frontoparietotemporal derecha acompañada del borramiento de los surcos aracnoideos de la convexidad hemisférica y asociada a la hiperdensidad del trayecto de arteria cerebral media derecha, en relación a infarto agudo en el territorio de ACMderecha. Estructuras de línea media centradas. Sistema ventricular levemente asimétrico en relación a edema citotóxico en el hemisferio derecho, de tamaño normal. Estructuras de fosa posterior sin alteraciones valorables por TC. Marco óseo sin hallazgos destacables. Conclusión: Estudio urgente de cráneo que muestra un extenso infarto agudo en el territorio de la ACM derecha.

RM cerebral sin contraste: Extenso infarto agudo del territorio superficial y profundo de la arteria cerebral media derecha (Aspectos 0-1), con un volumen aproximado de 150cc en difusión. No hay signos de transformación hemorrágica. Oclusión de M1 proximal.

TC craneo 15.04 postoperatorio: Infarto establecido de la ACM derecha con discreta mejoría del efecto de masa ejercido por el edema vasogénico, observándose resolución de la desviación de la línea media y mínima mejoría de la obliteración parcial del ventrículo lateral derecho. Aumento del componente hemático subdural en fosa craneal media.

TC craneo 19.04: Extensa craniectomía fronto-parieto-temporal dreta. Retirada del drenatge quirúrgic. Hipodensitat corticosubcortical fronto-parieto-temporal i gannglibasal dreta, en relació a una infart subagut tardà que afecta bona part del territori de l'ACM dreta. Discret augment de l'efecte de massa, amb major grau d'herniació del parènquima infartat a través del defecte quirúrgic. Persisteix el colapse ventricular dret i la mínima desviació de la línia mitjana en sentit contralateral. No hi ha a`rres de transformació hemorràgica. No hi ha noves complicacions.

TC craneal 26.04.2018. - TAC craneal control donde se observa resolución parcial del edema vasogénico, con recuperación parcial de los surcos corticales, así como de la posición de línea media. Pequeño foco de transformación hemorrágica del infarto ubicado en el margen posterior del núcleo lenticular derecho. Recuperación del tamaño ventricular.

TC craneal 04.05.2018. - cambios postquirúrgicos.

Nº Història Clínica:	Nº Episodi:	CIP:
Cognoms, Nom:		
Sexe: Home	Data de naixement:	Edat:

Informe d'alta d'hospitalització

EVOLUCIÓ CLÍNICA

Ingresa hemodinàmicament estable, con Gcs: 13. Con signos de hipertensió endocraneana. A las 16h se realiza craniectomía desdescompresiva frontotemporal derecha que transcurre sin incidencias salvo episodio de broncoespasmo a la intubación que cede con salbutamol y corticoterapia y necesidad de NA a dosis bajas por la sedación. Tras la intervención, se realiza TC de control que muestra estabilidad de la lesión sin transformación hemorrágica. por lo que se procede a extubar al paciente el día 14.04 sin incidencias. Previamente se realiza cultivo de secreciones de aspirado traqueal y se inicia tratamiento con amoxicilina-ac.clavulánico el día 14.04 por presencia de coco gram positivo que se pasa a cloxacilina el día 18.04 por aislamiento de un .aureus cloxacilina sensible.

Tras la retirada de la sedación, el paciente a su exploración presenta pupilas isocóricas y normoreactivas, con desviación de la mirada a la derecha y con movilización de toda la cara para focalizar la vista al lado izquierdo. Presenta hemiplegia izquierda. El día 17.04 se puede retirar el drenaje sin incidencias. Se ha iniciado rehabilitación.

Durante su estancia en UCI el paciente se ha mantenido hemodinàmicament estable, con tendencia a la hipertensió por lo que se ha instaurado tratamiento anhipertensivo con Enalpril y Amlodipino. Respiratoriament ha permanecido eupneico a aire ambiente y se ha iniciado tratamiento broncodilatador por presencia de roncus bilaterales. Se inició dieta oral con buena tolerancia y ha mantenido diuresis correcta. Se ha mantenido afebril durante todo el ingreso con tratamiento antibiótico.

Durante su estadía en planta de neurocirugía, paciente se mantiene estable, no presenta fiebre. Herida quirúrgica en buen estado, no signos de reacción inflamatorio.

El 03.05.2018. previo valoración de la evolución clínica y radiológica, así como valoración por parte de Anestesiología, y información detallada a familiares se realiza la reposición del flapp de hueso, que se retiro durante la craniectomía descompresiva (craneoplastia).

Paciente permanece en UCI durante 2 días postcirugía, mantiene estabilidad hemodinámica y neurológica, razón por la cual es trasladado al Servicio de Neurocirugía.

Paciente en el momento actual se encuentra estable, afebril. Despierto, orientado en tiempo y espacio, hemiplegia izqda. Herida quirúrgica bien, no signos de reacción inflamatoria. Continua el proceso de rehabilitación neurológica - motora a cargo del Servicio de Rehabilitación, el mismo que deberá continuar en su en su centro sanitario de referencia.

Paciente esta apto para traslado a su lugar de Residencia en TRANSPORTE AEREO con las indicaciones detalladas al personal del Consulado de Arabia Saudi (condiciones comodidad, seguridad de transporte).

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

I63.9 Infart cerebral no especificat - Infarto extenso de ACM derecha en M1 proximal.

I10 Hipertensió (primària) essencial

G40.401 AT d'epil. i síndr. epilèpt. generalitzades, no resist. al tractament, amb estat epilèpt.

Nº Història Clínica:	NºEpisodi:	CIP:
Cognoms, Nom:		
Sexe: Home	Data de Naixement:	Edat:

Informe d'alta d'hospitalització

PROCEDIMENTS

01.21 Incisió i drenatge de si cranial
89.08 Altra consulta (3)
87.03 Tomografia axial computada de cap. TAC de cap (2)
02.06 Altres osteoplàsties cranials. Reparació de crani NOS, revisió de penjall ossi cranial

TRACTAMENT I RECOMANACIONS A L'ALTA

- 1.- Enoxaparina 40 mg Sc/ 24 hrs
- 2.- Amlodipina 10 mg VO/24 hrs
- 3.- Enalapril 5 mg VO/12 hrs
- 4.- Baclofen 10 mg / 8 hrs
- 5.- Metamizol comp VO/ 8hrs
- 6.- Paracetamol 1 gr VO/8 hrs
- 7.- Levetiracetam 1500 mg VO/12 hrs
- 8.- Quetiapina 25 mg VO/PRN
- 9.- Nicotina 14 mg/24 hrs "TTS 20" - pegatina /24 hrs
- 10.- Pregabalina 25 mg VO en la noche
- 11.- Rehabilitación motora funcional

DESTINACIÓ A L'ALTA: A DOMICILI

Nombre:		NIP:	
Sexo: M	Fecha Nacimiento:	Edad:	DNI:
Domicilio:		Nº 9	Teléfono:
Población: MADRID-HORTALEZA		Provincia: MADRID	
Sociedad:		C.P.:	
Num Póliza:		Episodio:	
Fecha Informe:			

INFORME CLÍNICO

Paciente con dolor cervical de 3 meses de evolución que no mejora con tratamiento conservador. En RM presenta Hernia Discal C5-C6 posteromedial derecha.
Refiere empeoramiento con trabajo de ordenador
Se remite a especialista de columna para valoración quirúrgica. Sería conveniente evitar estar mucho tiempo delante del ordenador

Fdo.:

Nº Colegiado:

Especialidad:Traumatología

Madrid, 14 de Agosto, 2018

El Hospital HM Sanchinarro junto con el Departamento HM International Patient, certifican que el paciente _____ con Número de Pasaporte _____ debe permanecer en reposo domiciliario desde hoy 14 de Agosto de 2018 hasta el día 20 de Agosto del 2018.

Y para que así conste y surta efecto se expide este documento a petición del paciente.

Atentamente,


HM
International Patient
HOSPITALES
INTERNATIONAL PATIENTS S.L.
N.I.F.: B-66783425

HM HOSPITAL UNIVERSITARIO
HOSPITALES hm sanchinarro
C/. Oña, 10 - (Sanchinarro)
Tlf.: 91 756 78 00 - 28050 Madrid

Nombre: _____ **Ingreso:** 845396 **Cama:** 105

OPIEN FLASH 15 MG CADA 24 HORAS ORAL
revisión el lunes/ martes en consulta para EGD
PARACETAMOL SOBRES 1GR CADA 8 H SI DOLOR

Firma:

Dr/a: Pérez Seoane Zunzunegui
Nº Colegiado: 282861321
Especialidad: Cirugía General

Alta: Domicilio

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos aquí suministrados van a ser incorporados en un conjunto de ficheros debidamente inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos por HM Hospitales, que comprende las siguientes entidades: HM Hospitales 1989, S.A., Sanatorio Quirúrgico Modelo S.L., Universal Médico Quirúrgica, Unimequi, S.A., Gabinete Médico Velázquez S.L., Centro Médico La Moraleja, S.L.
Cada una de estas entidades cuenta con ficheros cuya finalidad es la asistencia y gestión sanitaria así como la gestión administrativa de los servicios.
Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.
Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través del Servicio de Atención al Paciente de cualquiera de los Hospitales de la Societades o remitiendo escrito a HM HOSPITALES Plaza Conde Valle de Suchil nº 2, 28015 Madrid.

INFORME MÉDICO DE ALTA

Nombre:	Ingreso: 845396	Cama: 105
Edad:	Sexo: hombre	
Médico:		
Sociedad: INTERNACIONAL HEALTH COLECTIVOS N° Póliza:		
Fecha Ingreso: 14/09/2018	Fecha Alta: 16/09/2018	NIP:

MOTIVO INGRESO

PROGRAMADO

ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA EN TRATAMIENTO
- Gastritis y REG
- Ahora pendiente de By pass gástrico
Tratamiento Habitual: EMCONCOR 5 MG -0-0
IBP
Alergias: NO CONOCIDAS

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR OBESIDAD SEVERA

EXPLORACIÓN FÍSICA

OBESIDAD SEVERA

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

ESTUDIO DIGESTIVO Y PREOPERATORIO SIN CONTRAINDICACIÓN QUIRÚRGICA

PROTOCOLO INTERVENCIÓN

Fecha: 14/09/2018

Intervención: by pass gástrico laparoscópico

Técnica: 5 vainas habituales. Disección del ángulo de His. Confección del reservorio sobre 2º vaso coronario, con Echelon 60 azul. 1 carga horizontal y 4 verticales. Descubrimiento del 1er asa de yeyuno. Sección a 50 cm con Echelon blanca. Ascenso antecólico. Anastomosis Gastro-Yeyunal con Echelon azul, (introducida hasta 3 cm). Cierre orificios con doble continua con Vycril y v-lock. Doble test con azul de metileno sin fugas. Punto de realineamiento con Ethibond. Asa alimentaria de 150 cm. Anastomosis Yeyuno- Yeyunal (pie de asa) con Echelon blanca. Cierre orificios con v-lock. Cierre de mesos y petersen con v-lock. Revisión de hemostasia y lavado. Extracción de la gasa y recuento exacto.

JUICIO DIAGNÓSTICO

OBESIDAD SEVERA

TRATAMIENTO

REPOSO RELATIVO, CAMINAR
CURAS CON BETADINE
DIETA SEGUN INSTRUCCIONES DE ENDOCRINOLOGIA
CLEXANE 40 MG SC CADA 24 HORAS

INFORME MÉDICO DE ALTA

Nombre:	Ingreso: 845396 Cama: 105
Edad: Sexo: Hombre	
Médico:	
Sociedad: INTERNA HUNAL HEALTH COLECTIVOS Nº Póliza: .	
Fecha Ingreso: 14/09/2018	Fecha Alta: 16/09/2018
	NIP:

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

REPOSO RELATIVO, CAMINAR
CURAS CON BETADINE
DIETA SEGUN INSTRUCCIONES DE ENDOCRINOLOGIA
CLEXANE 40 MG SC CADA 24 HORAS
OPIEN FLASH 15 MG CADA 24 HORAS ORAL
revisión el lunes/ martes en consulta para EGD
PARACETAMOL SOBRES 1GR CADA 8 H SI DOLOR *PAW*

Firma:

Dr/a: Pérez Seoane Zunzunegui
Nº Colegiado: 282861321
Especialidad: Cirugía General

Alta: Domicilio

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos aquí suministrados van a ser incorporados en un conjunto de ficheros debidamente inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos por HM Hospitales, que comprende las siguientes entidades: HM Hospitales 1989, S.A., Sanatorio Quirúrgico Modelo S.L., Universal Médico Quirúrgica, Unimequi, S.A., Gabinete Médico Velázquez S.L., Centro Médico La Moraleja, S.L.
Cada una de estas entidades cuenta con ficheros cuyo finalidad es la asistencia y gestión sanitaria así como la gestión administrativa de los servicios.
Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.
Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través del Servicio de Atención al Paciente de cualquiera de los Hospitales de la Societades o remitiendo escrito a HM HOSPITALES Plaza Conde Valle de Suchi nº 2, 28015 Madrid.

URGENCIAS		
N.Asis.	23723760	Cama - N.His 873415
Edad	Nombre	
F.Nac.	Tlfno 722586758	F. Adm 25/07/2018 20:03
Poliza	T.S. 010292526998	
Entidad	MAPFRE FAMILIAR, S.A	
Doctor		
Dom.		
Prov.	MADRID	NIF

Procedencia	INICIATIVA PROPIA
Causa de la Urgencia	ENFERMEDAD
Constantes	TAS/TAD 0 / 0 Glucemia FC 0 FR Sat O2 Temperatura
Ubicación	SALA DE ESPERA Hora 20:34
Motivo de la Urgencia	oft

Antecedentes Personales [Inclúyase Medicación Habitual]

SIN INTERES

Alergias

No refiere

Enfermedad Actual

Conjuntivitis recurrente, sequedad ocular, en tto con LA. Ojos habitualmente rojos.

Exploración Física

BMC ao: edema palpebral turgente, mayor en el OD, con numerosas papilas tarsales de mediano y gran tamaño, no petequias, no membranas. pingueculas, cornea clara, F (-). BCA, no tyndall.

Pruebas Complementarias

Analítica Radiología Ecografía TC
 ECG RM Ecocardiograma Otras pruebas

Juicio Clínico / Diagnostico

Conjuntivitis aguda de probable etiología alergica

Tratamiento en urgencias

Evolución en Box de observación del Servicio de Urgencias

Tratamiento al Alta

Irrigación frecuente de la superficie ocular con solución salina estéril, seguida de Lágrimas artificiales frecuentemente (4-8 v/día): sin preservantes, en monodosis por 1-3 semanas, como por ejemplo, monofresh, systane ultra, aquoral, optava.

Aplicación de compresas frías varias veces al día

Maxidex 1 gota 4v/día por 5 días, continuar 3v/día por 5 días

Azydop 1gota cada 12 horas por 3 días, repetir semanalmente en 3 ocasiones

Con el fin de que el usuario reciba una correcta atención médica, se informa que los diagnósticos emitidos en este servicio se basan en un estudio de urgencia, por lo que no presuponen un diagnóstico definitivo. Este deberá establecerlo su médico de cabecera junto con su(s) especialista(s), a quien/es deberá acudir el paciente lo antes posible con este informe. El conjunto de la historia clínica, exploraciones complementarias y evolución posterior conformará el diagnóstico final.

Respuesta Laboratorio

C.S. MONOVAR
CALLE DE MONOVAR, 11 MADRID 28033

Nºextracción 70434881

Página: 1 / 1
F. Impresión: 02/04/2018 20:58

Laboratorio		Datos paciente	
H. U. RAMÓN Y CAJAL		CALLE	
Fecha		28033 MADRID	
Nº Analítica: 43285509		Tel. Edad	
Prioridad Normal		CIP: SLXX840518818014 NASS 281429558142 C.A.J. 1927356854	

Capítulo / Determinaciones	Resultado	Situación	Rangos de Normalidad	Unidades	Comentario
MICROBIOLOGÍA / SEROLOGÍA					
Serología VIH					
Ac. Anti VIH	0,25				
	(NEGATIVO)				
SUEROPLASMA, HORMONAS					
Estado Tiroideo					
T.S.H.	0,88		0,35 4,95	uU/ml	
HEMATOLOGÍA					
Hemograma					
Hemates	6,6	>	4,6 5,7	10 ⁶ /µl	
Hemoglobina	16,2		13 17,5	g/dl	
Hematocrito	49,8		40 50	%	
V.C.M.	75,5	>	82 98	f	
H.C.M.	24,5	<	27 31	pg	
C.H.C.M.	32,5		31 38	g/dl	
RDW	13,2		11 15	%	
Leucocitos	6,35		4 11	10 ³ /µl	
Neutrófilos	3,05		1,5 7,7	10 ³ /µl	
Linfocitos	2,5		1 4,5	10 ³ /µl	
Monocitos	0,54		0,2 1	10 ³ /µl	
Eosinófilos	0,2		0,1 0,6	10 ³ /µl	
Basófilos	0,06		0 0,2	10 ³ /µl	
Neutrófilos %	48,1		42 74	%	
Linfocitos %	39,4		16 45	%	
Monocitos %	8,45		4 12	%	
Eosinófilos %	3,2		1 4	%	
Basófilos %	0,91		0 2	%	
Plaquetas	229,0		140 400	10 ³ /µl	
Volumen plaquetario medio	9,98		7,5 11	f	
SUEROPLASMA, BIOQUÍMICA					
Glucosa	84,0		70 110	mg/dl	
Creatinina	1,04		0,6 1,3	mg/dl	
Filtrado Glomerular estimado (MDRD-4)	81,75		65 170	ml/min	
Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI)	93,24			ml/min	
Colesterol Total	180,0			mg/dl	Intervalo de Referencia: Recomendable menor a 200
Triglicéridos	140,0		25 200	mg/dl	
Colesterol HDL	40,0			mg/dl	Intervalo de Referencia: mayor a 35
Colesterol LDL (Calculado)	112,0			mg/dl	Intervalo de Referencia: menor a 130
GPT (ALT)	18,0		5 40	U/L	
PRUEBAS ESPECIALES					
25-OH-Vitamina D	28,0		20 80	ng/ml	
PERFILES					
Perfi Bioq. Básica					
Perfi Lipídico					

Remite: Especialidad MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.A.S. 1604200110C Nº Colegiado: 2847432-2

Dr. M.
Ex Jefe de Departamento de
Cirugía H.G.U. Gregorio Marañón
Profesor Asociado de Cirugía
Madrid

Consulta:
Sanatorio Dr. León
Plaza Mariano de Cavia 3
Tfnos: 91 433 54 52
91 433 29 48
Privado: 91 856 71 89

INFORME MÉDICO DE ...

Paciente de 45 años con Síndrome de Down profundo ingresado en el Sanatorio Dr. León de Madrid que presenta una hernia inguinal derecha reductible de años de evolución que ha aumentado progresivamente de tamaño y que produce molestias en la zona referida.

Se propone tratamiento quirúrgico realizando estudio preoperatorio con analítica, Rx. de tórax y ECG normales,

Diagnóstico: Hernia inguinal derecha reductible.

Tratamiento: Quirúrgico (3-02-2015) Dr. Trinchet. Clínica Rúber de Madrid.

Hernioplastia sin tensión con "plug" y malla de Marlex (polipropileno) fijada con Prolene (0). Intensa fibrosis del ligamento inguinal (cordón espermático, arteria y vena espermáticas).

Postoperatorio con hematoma en bolsa escrotal sin complicaciones reseñables.

Seguirá controles según indicación y administración de analgésicos a demanda.

Madrid, 3 de Marzo de 2015.



Fdo. Dr.

Informe de la anestesia realizada a Don
Decather el día 03/02/2015

Después de la visita preoperatoria al paciente, del día 03/09/2014 se decide realizar una anestesia general, dada la previsible falta de colaboración de éste, sin la que no es posible realizar una anestesia regional .

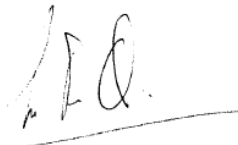
Se procura mantener el entorno lo más "familiar" posible hasta el momento de la inducción: cuidadora conocida por el paciente, que le acompaña en el cambio de hospital y en el quirófano, su tratamiento médico habitual , etcétera; entorno que se recuperó en la educación de la anestesia y el post operatorio inmediato (Unidad de recuperación post-anestésica U.R.P.A)

Por otra parte, ya que en el preoperatorio no fue posible una exploración exhaustiva, se preparó con antelación todo el material necesario para cubrir cualquier eventualidad (fibrobroncoscopio , mascarillas laríngeas y tubos endotraqueales de diferentes calibres, fiadores estándar y fiador Frova).

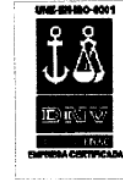
La anestesia se indujo por vía endovenosa, sin incidentes respirables y transcurrió con normalidad. (Los datos figuran en la Hª clínica)

Una vez finalizada la anestesia, el paciente es trasladado despierto y con tratamiento post operatorio a la U.R.P.A. donde queda acompañado por su cuidadora habitual.

Emitido en Madrid a 3 de marzo de 2015, para adjuntar al resto del historial del paciente.



Fdo.: D.



Informe nº **B15-00346**

INFORME ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nº Episodio: 1500469-h302-edad 45 Apellidos y nombre: .
Médico remitente: TRINCHET
Clave / Sociedad: PRIVADO
Regimen: INGRESADO
Datos clínicos: **Saco herniario.**

MUESTRA REMITIDA: PERITONEO (NEOM)

Procedimiento AP: 05-0505 (Código OMC)

EXAMEN MACROSCÓPICO:(Dr/Dra.: ANA BELEN ENGUITA) "Saco herniario": se reciben en formol tres fragmentos de tejido, rosados y elásticos, uno de ellos recubierto por un aspecto serosa. Se toman cortes representativos para estudio histopatológico en un bloque.

EXAMEN MICROSCÓPICO: Los cortes muestran una formación sacular que tiene un revestimiento de tipo seroso con celularidad regular. En la porción de tejido adiposo se aprecia una moderada congestión vascular capilar con fibrosis e inflamación crónica inespecífica.

CÓDIGOS SNOMED DE LA MUESTRA: TY4400, M31680, TY4400

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Saco herniario. Tejido adiposo compatible con lipoma preherniario.

FIRMADO:

Patólogos: Dr/Dra.: **SERRANO - ROSARIO** Dr/Dra.:
Fecha de petición: 03/02/2015 Fecha de informe: 05/02/2015
Fecha de recepción: 03/02/2015 Fecha de salida: 05/02/2015

Nº Història Clínica:		NºEpisodi: 18708263	CIP:
Cognoms, Nom		Edat:	NIF/DNI:
Sexe: Home	Data de Naixement:		
Adreça		CP	
Telèfon		ABS	
Procedència AGUTS		Servei NEUROCIRURGIA	
Data d'ingrés 13.04.2018		Data d'alta	
Atès per			

Informe d'alta d'hospitalització

MOTIU D'INGRÉS

Varón de 47 años que ingresa en el día 13/04 a través del Servicio de Urgencias del Hospital por Infarto de cerebral media derecha maligna.

ANTECEDENTS

- Barrera idiomática: Habla árabe y muy poco inglés.
- Niega alergias.
- Hábitos tóxicos: Fumador de 1 paquete / día.
- Refiere cifras de hipertensión arterial, pero sin tratamiento médico.
- Niega hospitalizaciones previas.
- Niega cirugías.

Situación sociofuncional: Natural de Arabia Saudí. En Barcelona por asuntos de Salud - tratamiento quirúrgico de su hija. Barrera idiomática importante. Amigo habla castellano.

PROCÉS ACTUAL

Ingressa en la madrugada de hoy (13/04) a Hospital Quirón por caïda en hotel con pèrdua de consciència (según testigos), que ha recuperado, posteriormente presentando una nueva caïda. A su llegada a dicho centro se describe a la exploración paciente somnoliento y sin claro déficit motor. Al revalorar al paciente se evidencia hemiparesia izquierda, por lo que se realiza TC craneal simple que muestra infarto agudo en territorio de ACM derecha, así como hiperdensidad a nivel parietal descrita como posible HSA. Se deriva a HUVH para valoración. Ingressa en urgencias a las 03:54:25 del 13/04/2018 hipertenso y tendencia a la bradicardia (TA: 185 / 82 mmHg y FC: 55 lpm). Clínica compatible con TACI, se realiza nuevo TAC craneal que evidencia : extenso infarto agudo en el territorio de la ACM derecha con hiperdensidad a nivel de ACM derecha. Se confirma sospecha con RMN.

Valorado por neurocirugía, dante el cual se decide realizar Craniectomia Descompreiva e ingreso en UCI..

EXPLORACIÓ FÍSICA

P: 175 /75 mmHg FC: FR: Peso: Talla: Sat: 100%
Apertura ocular al llamado. Responde a interrogatorio (inglés / árabe con traductor), Obedece órdenes. Tendencia a la somnolencia. Hemiplejia izquierda. ROT rotuliano y bicipital exaltado. Babinsky izquierdo positivo. Pupilas medias, fotoreactivas. Movilización ocular conservada. No nistagmus.
RCR no soplos. Bien perfundido. Pulsos conservados. No edemas en miembros inferiores. IY (-).
MV audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
Abdomen con RHA presentes, no signos peritoneales.

Nº Història Clínica:	Nº Episodi: 18708263	CIP:
Cognome Nom:		
Sexe	Data de Naixement:	Edat:
		NIF/DNI:

Informe d'alta d'hospitalització

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA

Anàlítica en urgències: Hb 15.3; HtCO 45; Leucos 9330; Neutros 65%; Linfos 24%; Plaquetes 423000; Quick 87%; Fibrinogeno 2.9; INR 87; Glucosa 106; Urea 23; Cr 1; TFG 88 ml/min; Na 138; K 3.5; Ca 9.5; AST 24, ALT 18; Proteïna 8.2

Gasometria al ingreso en UCI: pH 7.4; pCO2 36; pO2 44; Na 139; K 4.7; Ca 4.78; Lactato 2: Hb 14.8; HCO3 22.3

TC craneo 13.04: No se observan signos de sangrado intra ni extraaxial. Hipodensidad frontoparietotemporal derecha acompañada del borramiento de los surcos aracnoideos de la convexidad hemisférica y asociada a la hiperdensidad del trayecto de arteria cerebral media derecha, en relación a infarto agudo en el territorio de ACMderecha. Estructuras de línea media centradas. Sistema ventricular levemente asimétrico en relación a edema citotóxico en el hemisferio derecho, de tamaño normal. Estructuras de fosa posterior sin alteraciones valorables por TC. Marco óseo sin hallazgos destacables. Conclusión: Estudio urgente de cráneo que muestra un extenso infarto agudo en el territorio de la ACM derecha.

RM cerebral sin contraste: Extenso infarto agudo del territorio superficial y profundo de la arteria cerebral media derecha (Aspectos 0-1), con un volumen aproximado de 150cc en difusión. No hay signos de transformación hemorrágica. Oclusión de M1 proximal.

TC craneo 15.04 postoperatorio: Infarto establecido de la ACM derecha con discreta mejoría del efecto de masa ejercido por el edema vasogénico, observándose resolución de la desviación de la línea media y mínima mejoría de la obliteración parcial del ventrículo lateral derecho. Aumento del componente hemático subdural en fosa craneal media.

TC craneo 19.04: Extensa craniectomía fronto-parieto-temporal dreta. Retirada del drenatge quirúrgic. Hipodensitat corticosubcortical fronto-parieto-temporal i ganglibasal dreta, en relació a una infart subagut tardà que afecta bona part del territori de l'ACM dreta. Discret augment de l'efecte de massa, amb major grau d'herniació del parènquima infartat a través del defecte quirúrgic. Persisteix el colapse ventricular dret i la mínima desviació de la línia mitjana en sentit contralateral. No hi ha a'rreres de transformació hemorràgica. No hi ha noves complicacions.

TC craneal 26.04.2018. - TAC craneal control donde se observa resolución parcial del edema vasogénico, con recuperación parcial de los surcos corticales, así como de la posición de línea media. Pequeño foco de transformación hemorrágica del infarto ubicado en el margen posterior del núcleo lenticular derecho. Recuperación del tamaño ventricular.

TC craneal 04.05.2018. - cambios postquirúrgicos.

Nº Història Clínica:	Nº Episc:	CIP:
Cognoms, Nom:	Data de Naixement:	Edat:
Sexe:		NIF/DNI:

Informe d'alta d'hospitalització

EVOLUCIÓ CLÍNICA

Ingressa hemodinàmicament estable, con Gcs: 13. Con signes de hipertensió endocraneana. A las 16h se realiza craniectomia desdescompresiva frontotemporal derecha que transcurre sin incidencias salvo episodio de broncoespasmo a la intubación que cede con salbutamol y corticoterapia y necesidad de NA a dosis bajas por la sedación. Tras la intervención, se realiza TC de control que muestra estabilidad de la lesión sin transformación hemorrágica. por lo que se procede a extubar al paciente el día 14.04 sin incidencias. Previamente se realiza cultivo de secreciones de aspirado traqueal y se inicia tratamiento con amoxicilina-ac.clavulánico el día 14.04 por presencia de coco gram positivo que se pasa a cloxacilina el día 18.04 por aislamiento de un .aureus cloxacilina sensible.

Tras la retirada de la sedación, el paciente a su exploración presenta pupilas isocóricas y normoreactivas, con desviación de la mirada a la derecha y con movilización de toda la cara para focalizar la vista al lado izquierdo. Presenta hemiplegía izquierda. El día 17.04 se puede retirar el drenaje sin incidencias. Se ha iniciado rehabilitación.

Durante su estancia en UCI el paciente se ha mantenido hemodinàmicament estable, con tendencia a la hipertensió por lo que se ha instaurado tratamiento anhipertensivo con Enalapril y Amlodipino. Respiratoriament ha permanecido eupneico a aire ambiente y se ha iniciado tratamiento broncodilatador por presencia de roncus bilaterales. Se inició dieta oral con buena tolerancia y ha mantenido diuresis correcta. Se ha mantenido afebril durante todo el ingreso con tratamiento antibiótico.

Durante su estadía en planta de neurocirugía, paciente se mantiene estable, no presenta fiebre. Herida quirúrgica en buen estado, no signos de reacción inflamatorio.

El 03.05.2018. previo valoración de la evolución clínica y radiológica, así como valoración por parte de Anestesiología, y información detallada a familiares se realiza la reposición del flapp de hueso, que se retiro durante la craniectomia descompresiva (craneoplastia).

Paciente permanece en UCI durante 2 días postcirugía, mantiene estabilidad hemodinámica y neurológica, razón por la cual es trasladado al Servicio de Neurocirugía.

Paciente en el momento actual se encuentra estable, afebril. Despierto, orientado en tiempo y espacio, hemiplegia izqda. Herida quirúrgica bien, no signos de reacción inflamatoria. Continúa el proceso de rehabilitación neurológica - motora a cargo del Servicio de Rehabilitación, el mismo que deberá continuar en su en su centro sanitario de referencia.

Paciente esta apto para traslado a su Lugar de Residencia en TRANSPORTE AEREO MEDICALIZADO.

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

I63.9 Infart cerebral no especificat - Infarto extenso de ACM derecha en M1 proximal.
I10 Hipertensió (primària) essencial
G40.401 AT d'epil. i síndr. epilèpt. generalitzades, no resist. al tractament, amb estat epilèpt.

PROCEDIMENTS

01.21 Incisió i drenatge de si cranial

Nº Història Clínica:	Nº Episodi:	CIP:
Cognoms, Nom	Edat:	NIF/DNI:
Sexe: Home	Data de Naixement:	

Informe d'alta d'hospitalització

89.08 Altra consulta (3)
87.03 Tomografia axial computada de cap. TAC de cap (2)
02.06 Altres osteoplàsties cranials. Reparació de crani NOS, revisió de penjall ossi cranial

TRACTAMENT I RECOMANACIONS A L'ALTA

- 1.- Enoxaparina 40 mg Sc/ 24 hrs
- 2.- Amlodipina 10 mg VO/24 hrs
- 3.- Enalapril 5 mg VO/12 hrs
- 4.- Baclofen 10 mg / 8 hrs
- 5.- Metamizol comp VO/ 8hrs
- 6.- Paracetamol 1 gr VO/8 hrs
- 7.- Levetiracetam 1500 mg VO/12 hrs
- 8.- Quetiapina 25 mg VO/PRN
- 9.- Nicotina 14 mg/24 hrs "TTS 20" - pegatina /24 hrs
- 10.- Pregabalina 25 mg VO en la noche
- 11.- Rehabilitació motora funcional

داء السكري من النوع الأول

قدرة البنكرياس على إنتاج الأنسولين تكافئ

يعتبر السكري من النوع الأول مرضاً مزمنياً ناجماً عن عدم إفراز البنكرياس للهرمون الأنسولين، أو إفرازه بتركيز ضئيلة، أو عدم قدرة الجسم على استخدام الأنسولين المنتج.

ويتميز داء السكري أساساً بوجود نسب مرتفعة من السكر في الدم بسبب حدوث تغييرات في عمل الأنسولين أو عدم وجود هذا الهرمون الذي ينتج في البنكرياس، والذي يعزز قدرة الجلوكوز على الدخول للخلايا وإنتاج الطاقة.

وهذا لا يترجم أساساً إلى داء السكري من النوع الأول إلى نوعين أساسيين، وهما داء السكري من النوع الأول الناتج عن الصنعة الذاتية الذي يعد الأكثر شيوعاً لدى العرق القوقازي، وداء السكري من النوع الأول الناتج عن أسباب مجهولة. وتتعرض الخلايا المنتجة للأنسولين (خلايا بيتا في البنكرياس) في حالة داء السكري الناتج عن الصنعة الذاتية للهجوم والتدمير. وعند توقف إنتاج الأنسولين، يحدث خلل في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والدهون والبروتينات. ويعتبر الوهن، وفقدان الوزن، والعطش الحاد وكثرة التبول (حتى بالليل) من أهم أعراض مرض السكري قبل تشخيصه.

التشخيص عن الدم $HbA1c = 6.5\%$

يعتبر التشخيص في هذه الحالات سهلاً بسبب وجود ارتفاع في نسبة تركيز السكر في الدم بشكل واضح عادة ما تفوق نسبته 200 ملغ/دسليمن، ويتعلق هذا التشخيص بالأعراض المذكورة سابقاً. وتعتبر الطرق الجديدة لمراقبة الجلوكوز باستمرار في الفضاء الخلوي تقدماً كبيراً من أجل التعامل مع المرضى. ومن خلال تقنية المناظير، كما هو الحال مع غرس جهاز استشعاري في جدار البطن الأمامي للحصول على مستويات السكر في الدم بشكل مستمر لمدة 72 ساعة. وتتيح لنا هذه التقنية فرصة تقييم مستويات السكر في الدم عند المرضى الذين يعانون من داء السكري من النوع الأول والاقتراب من معرفة حقيقة هذا المرض من أجل تحسين السيطرة على التمثيل الغذائي. ويجري اختبار الجلوكاجون من أجل دراسة وظيفة خلايا البنكرياس عند المرضى الذين يعانون من داء السكري.

تقدم دواءً ضربة مجلد - الرجوع إلى احترام خصائص كبد

تدمر خلايا البنكرياس التي تنتج الأنسولين في حالة داء السكري من النوع الأول مما يجعل من الضروري الحصول على علاج بديل لهذه الهرمونات مدى الحياة. ويجب على مرضى السكري تعلم كيفية ضبط وجبات الطعام والحقن بشكل صحيح من أجل تجنب ارتفاع السكر في الدم وانخفاضه الحاد. ولهذا ينبغي قياس مستوى السكر في الدم عدة مرات في اليوم. ويمكن لمرضى السكري أن يحاكي البنكرياس العادي عن طريق حقن حقن الأنسولين قصير المفعول عند وجبات الطعام وحقن حقن الأنسولين طويل المفعول قبل النوم. ويمكن لبعض مرضى السكري تحقيق نتائج مقبولة وذلك بحقن حقن قليلة من الأنسولين طويل المفعول أو خليط من الأنسولين قصير وطويل المفعول.

ولا يفرز الأنسولين عند الأصدقاء بعد تناول الطعام فقط من أجل تعديل مستويات السكر في الدم. ويوجد إلى جانب إفراز الأنسولين المتعلق بالأكل إفراز الأنسولين القاعدي للحفاظ على مستوى السكر في الدم لمدة 24 ساعة.

ويعتبر الأنسولين القاعدي ضرورياً لأن الكبد يعد الجهاز العصبي بالجلوكوز أثناء فترات الصيام. ويمكن لإفرازات الأنسولين أن تتغير في أوقات مختلفة من اليوم. وعلى سبيل المثال، عند ممارسة التمارين الرياضية أو عن الشعور بالتوتر (الأدرينالين). وعادة ما يستنتج أن متطلبات الأنسولين تكون أقل أثناء الليل وعند الظهر في حالات التوتر.

والشئ الجميل هو أنم لإصلاح إلى الأنسولين عادة ما تكون أقل من خلال وليس أكثر من في مستشفياتنا.

خطأ في العلاج بالسكر مكثف وليس الأنسولين المكثف
 Regimen de tratamiento insulínico de forma intensiva
 وتزيد هذه المتطلبات عند الفجر وبعد الظهر، وبالتالي فإن هذا هو النموذج الذي يراد تقليده بواسطة مختلف حقن الأنسولين.

نظام العلاج بالأنسولين المكثف: يتعمل في تكيف جرعات متعددة من الأنسولين (إما عن طريق الجرعة القاعدية، وإما عن طريق جرعة الأنسولين قبل الوجبات) لمختلف تحديدهات مستويات السكر في الدم التي تجري على مدار اليوم.

خطوات

إرشادات العلاج المكثف:

1. الجرعات المتعددة (نظام البلعة - القاعدي): تؤخذ عدة جرعات عن طريق الحقن المتعددة (3 حقن أو أكثر في اليوم)، إذ يستعمل عادة الأنسولين المتوسط المفعول أو بطيئ المفعول إلى جانب الأنسولين سريع المفعول قبل الوجبات.
2. مضخة الأنسولين أو مضخة التسريب المستمر للأنسولين: تمكن من توفير الأنسولين بطريقة قاعدية مع جرعات البلعات (نظام basal/bolus) قبل الوجبات.

داء السكري من النوع الثاني

داء السكري من النوع الثاني أو داء السكري غير المعتمد على الأنسولين هو اضطراب استقلابي يتميز بارتفاع غير معتدل للسكر في الدم ويؤدي إلى مضاعفات مزمنة بسبب إصابة الأوعية الدموية والأعصاب. يحدث السكري من النوع الثاني بسبب وجود صعوبات في عمل الأنسولين (لا تستجيب خلايا الجسم للأنسولين)، وهو ما يعرف بلمس مقاومة الأنسولين وعدم إفراز البنكرياس لتراكيز كافية من هذا الهرمون، بالإضافة إلى وجود ارتفاع في مستوى السكر في الدم. وغالباً ما يؤدي النقص في عمل الأنسولين إلى ارتفاع مستويات الكوليستيرول أو الدهون الثلاثية. وتحدث معظم حالات مرض السكري من النوع الثاني بسبب المتلازمة الاستقلابية (الأبيض). وتسبب هذه المتلازمة عدة أمراض، وهي داء السكري، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة مستويات الكوليستيرول، والدهون الثلاثية، وحمض اليوريك وزيادة الوزن. وقد ترتبط هذه الأمراض بمقاومة الأنسولين. وتزيد متلازمة الأبيض من خطر الإصابة بأمراض القلب والشرابيين التي تعتبر السبب الأول للوفيات في البلدان المتقدمة.

التشخيص

تعتبر اختبارات تكوين الجسم (جهاز في جار الجلد) BOD-POD وجهاز Viscan من أهم الوسائل للتحكم بداء السكري، لاسيما النوع الثاني، وذلك بغرض معرفة نسبة الدهون الزائدة عند كل مريض. وعلاوة على هذه الاختبارات، يجري اختبار المسعرة غير المباشرة، وذلك عن طريق حساب السرعات الحرارية عند المريض في وضعية الراحة. ويعتبر جهاز BOD-POD واحداً من الأجهزة الأكثر دقة لقياس الدهون في الجسم، وتتمثل في قيمته المضافة في توفير الراحة للمريض أثناء إجراء الاختبار. ويجري تشخيص داء السكري من النوع الثاني، ميدنياً، عن طريق تحديد مستوى السكر في الدم أثناء الصيام. وفي الوقت الحالي، يشير الحصول على نسبة متكررة من السكر في الدم تفوق 126 ملغ/دسل تشخيصاً للمرض.

العلاج

يعتمد علاج داء السكري من النوع الثاني على ثلاث مراحل رئيسية:

1. كمل بين بعض الأجهزة الطبية وبعضها الآخر BOD-POD، ليسرّحار
 1. كمل بين بعض الأجهزة الطبية وبعضها الآخر BOD-POD، ليسرّحار

1. اتباع نظام غذائي متوازن.

2. ممارسة الرياضة بصفة منتظمة.

3. العلاج الدوائي الخاص بكل مريض. الخصائص الجراحية

ونظراً للزيادة المفرطة في الوزن وشدة المضاعفات المرتبطة بها، فإننا نرى ضرورة إجراء عملية جراحية للسمنة، تسمى أيضاً جراحة علاج البدانة. ونستخدم عادة واحدة من التقنيات المعروفة، والفعالة والأمنة، التي تسمى بتغيير جراحة المجازة المعدية بالمنظار) وبفضلها حصلنا على نتائج ممتازة، لاحظها المئات من المرضى الذين أجريت لهم هذه الجراحة طيلة السنوات الأخيرة في مستشفى جامعة نايف.

جراحة المجازة المعدية = كويل مجري المعدة = جراحة ربط المعدة

(الذي صنع أثناء الجرعة الأساسية) مع تركيبة مع نشاط الأنسولين السريع قبل وجبات الطعام.

2 مضخة التسريب المستمر الأنسولين: و التي تسمح بضبط الأنسولين الرئيسي وأقرص دواء الأنسولين قبل وجبات الطعام.

داء السكري من النمط الثاني: في مرض السكر من النوع الثاني أو غير المعتمد على الأنسولين، تحدث في كثير من الأحيان اضطرابات أيضية تتميز بارتفاع كبير في مستوى السكر في الدم الذي يؤدي إلى مضاعفات مزمنة بسبب إصابة الأوعية الدموية الكبيرة والصغيرة والأعصاب. إن هذه الاضطرابات هذا المرض تكمن في صعوبة عمل الأنسولين (كأنخفاض حساسية الأنسجة لهذا الهرمون) و المسمى بمقاومة الأنسولين و تكمن أيضاً في نقص افراز الأنسولين من قبل الخلايا الموجودة في البنكرياس والمسؤولة عن إنتاجه و هذا بالإضافة إلى زيادة تركيز الجلوكوز والعمل اليومي للأنسولين و الذي غالبا ما يؤدي إلى مستويات مرتفعة من الكوليسترول و / أو الدهون الثلاثية. إن معظم حالات مرض السكري من النمط الثاني تحدث في سياق النظام اليومي بمتلازمة الأيض. إن في هذه المتلازمة المرتبطة بمرض السكري وبارتفاع ضغط الدم و بزيادة مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية و / أو حمض اليوريك و بزيادة الوزن وربما أيضا بسبب مقاومة الأنسولين. تزيد هذه المتلازمة و بشكل كبير خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية و تعتبر سبب رئيسي للوفاة في الدول المتقدمة.

ولإفراز الأنسولين من قبل الخلايا البنكرياسية

التحلل
التهطراب الكامن في هذا المرض هو مرض مزمن لا شوي

و قصر عمل الأنسولين
العمل اليومي للأنسولين

التشخيص والتاريخ

إن إجراء دراسة تركيب الجسم (تقنية تخطيط التحجم بازاحة الهواء و المسح الضوئي) تعتبر المفتاح الأساسي لضبط داء السكري من النمط الثاني. و ذلك من أجل معرفة حجم الدهون الزائدة عند كل مريض. نضيف لهذه الدراسة قياسات السرعات الحرارية غير المباشرة التي يتم من خلالها الحصول على استهلاك الطاقة في وقت راحة كل مريض. إن تقنية تخطيط التحجم بازاحة الهواء هي واحد من أكثر الأنظمة دقة لقياس الدهون في الجسم، وهي مهمة لراحة المريض أثناء إجراء تشخيص مرض السكري من النمط الثاني و الذي يتم اجراءه في البداية عن طريق تحديد مستوى السكر أثناء الصيام. و يصنف كنوع من الامراض اذا تكررت النسبة الاعلى الجلوكوز الا و هي 126 مجم / ديسيلتر

العلاج

ويستند علاج مرض السكري من النمط الثاني على ثلاث ركائز :
- خطة موازنة الطاقة الجسدية مع خطة تربية متوازنة .
- ممارسة التمرينات البدنية المنتظمة.
- العلاج الشخصي بالأدوية ، لدواعي لروائي للحصول للمعالج .

يعتبر
ترجمة من قبل

ونظرا زيادة الوزن الملحوظ و شدة المضاعفات المرتبطة ننصح بإجراء عملية جراحية لعلاج البدانة و نوصي باستخدام واحدة من أفضل التقنيات المعروفة والفعالة والأمنة و التي تسمى عملية تحويل مجرى المعدة أو تصغير المعدة و تتم بالتنظير و بفضل هذه التقنية حصلنا على نتائج ممتازة مسجلة لمئات المرضى على مدى السنوات الاخيرة مستشفى جامعة نايفارا.

المصدر : <http://www.clinica-servicios-medicos-particulares-ufn-ufn.es/>
www.clinica-servicios-medicos-particulares-ufn-ufn.es

بعض أدوية السكري : أخطر
منه من الأدوية التي تمثل قضي

omission de
actitudes définitives
& indéfinies
ال
داء سكري من النوع الثاني
no insulino-dependente
غير يعتمد على الأنسولين

تجري اضطرابات أيضية متميزة في زيادة الجلوكوز غير المناسبة في الدم (ارتفاع سكر الدم) التي تؤدي إلى مضاعفات الهزمنة بسبب إصابة بالأوعية الكبيرة و الصغيرة و الأعصاب - في داء سكري من النوع الثاني

إن التغيير الكامنة في هذا المرض هو الصعوبة لنشاط الإنسولين (كما خسارة رقة الشعور للأنسجة لهذا الهرمون) الذي تسميه "مقاومة الإنسولين" و إفراز الإنسولين غير المناسبة من الخلايا المكلفة بإجراء في البنكرياس. تتجزم نشاط الجلوكوز الناقصة شائعاً في زيادة المستويات للكوليسترول و/أو الثلاثي الغليسريد. Se produce frecuentemente en elevación de los niveles de colesterol y triglicéridos. تجري معظم الأحوال للسكري من النوع الثاني في المحيط المسمى "المتلازمة الأيضية". تجمع السكري وارتفاع الضغط الشرياني وارتفاع المستويات للكوليسترول و الثلاثي الغليسريد و/أو حمض البول و/أو السممة ربما الناتجة عن مقاومة الإنسولين. تزيد المتلازمة الأيضية بكتير المخاطر القلبية و العائية و هو سبب الموت الرئيسي في البلدان المتقدمة.

التشخيص.

من أجل تعريف الحجم لقائض (BOD-POD و VisScan) من المهم إجراء الدراسات لتكوين الجسم الدهون في أي مريض لإدارة السكري الصحيحة، النوع الثاني بخصة. لهذه الدراسات نصيف إجراء المسعرية غير المباشرة و - منها - تحصل على نفقة الطاقة خلال الهدوء في أي المريض هو أحد المناهج الأدق لقياس الدهون الجسمي و هناك فيه الراحة كما القيمة المضافة BOD-POD للمريض. تجري تشخيص السكري من النوع الثاني أولاً خلال تقرير الجلوكوز في الدم صائماً. يعتقد مرض قيمة الجلوكوز المتكررة أكبر من 126 ملغم/ديسيلتر حالياً

Google
translator

العلاج

يستند علاج السكري من النوع الثاني على 3 أركان رئيسية:
1. خطة التغذية المتوازنة،
2. ممارسة التمرين الجسمية الاعتيادية،
3. العلاج الدوائي الشخصي.
وفقاً لحجم الفائض للدهون و خطورة المضاعفات المرتبطة، نقدر احتاج لجراحة بسبب السممة المسمية "جراحات السممة". نستعمل عادة إحدى من التقنيات الأعراف و فعال الأكثر و الأمن المسمية "تجاوز المعدة" بطريق تنظير البطن. حصلت - من خلالها - على نتائج ممتازة مجربة من مئات المرضى المشتركين خلال السنوات الأخيرة في العيادة - الجامعة في نابارا

مخطوطات كتابية - إماراتية

٥١

مرض السكري نوع الأول
هذا المرض مزمن تنتج عندما البنكرياس لا يفرز الأنسولين بشكل كافي أو العضو لا يستطيع استخدام الأنسولين. أو ذو فلا يستطيع العضو استخدام الأنسولين.
داء السكري من خواصه الأساسية التركيز العالي للجلوكوز في الدم (*) من خلل في وظيفة الأنسولين أو عدم وجودها. التي تنتج في البنكرياس لاجل مساعدة الأنسجة في امتصاص الجلوكوز، التي تستعمل كما مزود لطاقة.
يمكن ان نميز حالتين من داء السكري من النوع الأول، داء السكري نوع الأول أ من اصل ذاتي المناعة التوقايزيه و، داء السكري نوع الأول ب المجوله.

في داء السكري من اصل ذاتي المناعة، تهاجم الخلية موفرت الأنسولين او تضرر: خلية بيتا.

من عدم وجو الأنسولين لا يمكن ان تستقلب هدرات الكربون، و دهون، و البروتين.

الاعراض الأولية قبل التشخيص هي عائنا التعب، فقدان الوزن، العطش الشديد، التبول، ايضن الحاجة الى دهاب الى الحمام في الليل.

التشخيص.

التشخيص في هذه الحالة يعرف بشكل بسيط عندما يقيم تركيز المرتفع للجلوكوز في الدم (عائدتا فوق 200ملغ دل) مع مراعاة الاعراض السابقة.

للمراقبة

الوسائل الجديدة للمراقبة المستمرة للجلوكوز في النسيج الخلوي بشكل تقدم ملحوظ في تعامل مع المرض.

من خلال كما هو زرع جهاز في الجدار الداخلي للابطن، تستخرج معبيرة الجلوكوز جلال تقريبا 72 ساعه بدون توقف. هذه الطريقة تمنح لنا فرصة لقياس تدفق الجلوكوز في مرضى السكري نوع الاول، تقريبا لحقيقت هذا المرض، لتحسين السيطرة على عملية الايضن.

اختبار الجلوكاغون يستخدم لاجل دراسة وضيقت خلايا البنكرياس المتبقية (احتياط البنكرياس) في مرضى داء السكري.

العلاج

في داء السكري من النوع الاول، الخلايا البنكرياسيه المنتجة لالانسولين تدمرت، و الذي يادي الى الحاجة المستمرة المستمرة لهذا الهرمون.

مرضى السكري يجيب اتباع حمية غذائية و الحقن، لتجنب الحد الاقصى: كثير نسب السكر في الدم و قلته. افضل طريقه هي قياس الحد المتوسط في دم خلال اليوم.

مرضى السكرس يعمل عمل البنكرياس الطبيعي، بحقن الأنسولين مفعولها قصير الامد في وقت الغذاء، و مفعول طويل الامد قبل النوم. بعض المرضى يمكن ان يحصلون على نتائج مقبولة بكمية اقل من الحقن الأنسولين طويلت الامد او خلط النسولين الاطويل و القصير الامد.

إن هذا البرنامج يتيح فرصة تقييم تفاعل نسبة السكر

في الدم بطريقة تسمح لنا بتقييم تقلب نسبة السكر

لا تفرز الأنسولين في الخصى دون السكري فقط بعد تناول الطعام. بل بالإضافة إلى ذلك هناك إفراز الأنسولين القاعدي للحفاظ على مستوى السكر في الدم ضمن الحدود الطبيعية مدة 24 ساعة. وحظم جالده سكره من نوع 2

انه الأنسولين القاعدي ضروري لأن الكبد يوفر الجلوكوز إلى الجهاز العصبي المركزي أثناء فترات الصيام. إفراز الأنسولين هذه قد تتغير في أوقات مختلفة من اليوم، على سبيل المثال في ممارسة التمارين الرياضية أو التوتر (الأدرينالين). النتيجة هي أن عانيت متطلبات الأنسولين أقل أثناء الليل وعند الظهر، و أكبر عند الفجر وبعد الظهر. هذا هو النموذج الذي يحاول تقليده مع حقن الأنسولين المختلفة

المبادئ العلاج المكثف:

اختيار وسيلة منع الحمل بعد اختيار العلاجات المناسبة واستخدامها مع الالتزام بالجرعات

1. متعددة الجرعات (نظم القاعدة-البالعة) عن طريق الحقن متعددة (ثلاثة أو أكثر من الحقن يوميا)، حيث، بشكل عام، تستعمل انسولين متوسط المفعول (تعمل بنفس الوقت كما جرعة قاعية) في تركيبة مع الأنسولين بسرعة المفعول قبل وجبات الطعام.

عالية حالات مرض السكر 2

2. مضخة انسولين: تمكن منح الأنسولين بطريقة قاعية و بلعة قبل وجبات الطعام

السكري من النوع 2

السكري من النوع 2 أو الغير معتمد على الأنسولين، واضطرابات الأيض المتميزة بالارتفاع الغير الملائم لمستوى السكر في الدم (ارتفاع سكر الدم) الذي يؤدي إلى مضاعفات مزمنة بسبب الأوعية والأعصاب كبيرة وصغيرة.

الاضطرابات الأيضية

الفوضى الكاملة في هذا المرض هو صعوبة مفعول الأنسولين (كخسارة من حساسية الأنسجة لهذا الهرمون) الذي نسميه مقاومة الأنسولين، وعدم كفاية إفراز الأنسولين من قبل خلايا المسؤولة عن إنتاج في البنكرياس. بالإضافة إلى زيادة تركيز الجلوكوز، وعمل الفقراء من الأنسولين غالبا ما يؤدي إلى مستويات مرتفعة من الكوليسترول و / أو الدهون الثلاثية.

صطم حالات مرض السكري من نوع 2 تحدث في سياق ما نسميه متلازمة التمثيل الغذائي.

هذا مرض السكري يرتبط لارتفاع ضغط الدم، وزيادة مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية و / أو حمض اليوريك وزيادة الوزن وربما أيضا بسبب مقاومة الأنسولين. متلازمة التمثيل الغذائي يزيد بشكل كبير خطر القلب والأوعية الدموية وهو سبب رئيسي للوفاة في الدول المتقدمة.

التشخيص

لواج

مهم جدا لمعاملات داء السكري، وخاصة النوع 2، دراسات تكوين الجسم (BOD-POD ViScan) من أجل معرفة حجم الدهون الزائدة عند كل واحد من المرضى. في هذه الدراسات أضفنا إعدام الكالوري غير المباشرة التي يتم الحصول استهلاك الطاقة في بقية من كل مريض.

الجزء الثاني من البرنامج

BOD-POD هو واحد من أكثر الأنظمة دقة لقياس الدهون في الجسم، والقيمة المضافة للراحة للمريض أثناء التنفيذ.

ويتم تشخيص مرض السكري من النوع 2 في البداية عن طريق تحديد مستوى السكر في الصيام. الآن أنها تعتبر المرضية المتكررة أعلى نسبة الجلوكوز في 126 ملغ / ديسيلتر.

علاج

ويستند علاج مرض السكري من النوع 2 على ثلاث ركائز:

1. خطة الغذائية المتوازنة

2. ممارسة الرياضة البدنية المنتظمة

3. مخصص الدواءية العلاج الدوائي المناسب للحالة

ونظرا لضخامة زيادة الوزن وشدة المضاعفات المرتبطة تقدر الحاجة لإجراء عملية جراحية للسمنة، وتسمى أيضا جراحات لعلاج البدانة . استخدام بشكل متبع أحد الأساليب الأكثر شعبية وفعالة وأمنة ودعا لتغيير شرايين المعدة بالمنظار، وذلك بفضل التي لديهم النتائج الممتازة التي تم الحصول عليها سجلتها مئات المرضى تعمل على مر السنين في مستشفى جامعة نافارا.

تصغير المعدة
بطانة

مرجع: مستشفى جامعة نافارا، داء السكري نوع 1 و 2

Bc

بفضل تقنية جراحية بسيطة (تقنية المناظير او الجراحة بالمنظار) ، يتم إدراج جهاز استشعار في جدار البطن الأمامي يُمكن من الحصول على قيم الجلوكوز بشكل مستمر لمدة 72 ساعة

هذه الطريقة تسمح لنا بتقييم تقلبات (تذبذبات) نسبة السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من DM نوع 1.

و تقترب بذلك من حقيقة هذا المرض من أجل تحسين السيطرة على التمثيل الغذائي المرضى يُجرى فحص (اختبار) الجلوكاجون من أجل دراسة الوظيفة المتبقية للخلية البنكرياسية (احتياطي البنكرياس) لدى الذين يعانون من داء السكري

Tratamiento

En la diabetes tipo 1, las células pancreáticas que producen insulina han sido destruidas, lo que hace necesario el tratamiento sustitutivo de esta hormona de por vida.

Las personas diabéticas deben aprender a ajustar las comidas e inyecciones adecuadamente, de modo que eviten los extremos: el exceso de azúcar en la sangre (hiperglucemia) y la presencia de muy poco azúcar en la sangre (hipoglucemia). La mejor forma de hacerlo es medir el nivel de azúcar en la sangre, en varias ocasiones del día.

Un diabético puede imitar al pancreas normal, inyectándose insulina de acción corta, a la hora de la comidas y de insulina de acción prolongada, antes de acostarse. Algunas personas diabéticas pueden conseguir resultados aceptables con menos inyecciones de insulina de acción prolongada o con mezclas de insulina de acción corta y prolongada.

→ La insulina en una persona sin diabetes no se segrega únicamente después de comer para normalizar la glucemia. Además de la secreción de insulina dependiente de la ingesta existe una secreción basal de insulina para mantener la glucemia dentro de los límites de la normalidad durante las 24 horas. La insulina basal es necesaria porque el hígado provee de glucosa al sistema nervioso central en los periodos de ayuno. Esta secreción de insulina puede cambiar en los diferentes momentos del día por ejemplo ante la práctica de ejercicio físico o situaciones de estrés (adrenalina). El resultado es que habitualmente los requerimientos de insulina son menores durante la noche y a mediodía, siendo mayores al amanecer y a media tarde. Este es el modelo que se trata de imitar con las diferentes inyecciones de insulina.

المشاكل
قائمة
مستمر

العلاج

في مرض السكري نوع 1، قد يتم تدمير خلايا البنكرياس التي تنتج الانسولين ، مما يجعل من الضروري العلاج بالهرمونات البديلة مدى الحياة

و يجب على مرضى السكر تعلم كيفية تنظيم (موازنة) الحقتن ووجبات الطعام ، وذلك لتجنب التّطرف: نسبة السكر الزائد في الدم (ارتفاع سكر الدم) أو جود نسبة ضئيلة جدا من السكر في الدم (نقص سكر الدم) . وكانت أفضل طريقة هي قياس مستوى السكر في الدم عدة مرات في اليوم

و انه باستطاعة مريض السكري ان يقلد (وظيفة) البنكرياس عن طريق حقن الانسولين قصير المفعول عند وجبات الطعام و الانسولين طويل المفعول عند النوم

يمكن لبعض مرضى السكري التحصل على نتائج مقبولة (مسموح بها ، مرضية) باستعمال كمية أقل من الانسولين طويل المفعول او بالجمع بين حقن الانسولين طويل المفعول و حقن الانسولين قصير المفعول

و انه لا يُفرز الانسولين لدى الاشخاص دون السكري بعد الاكل فقط لتطبيع السكر في الدم. فإلى جانب إفراز الانسولين التابع للأكل هناك إفراز الانسولين القاعدي للحفاظ على مستوى السكر في الدم ضمن الحدود الطبيعية 24 ساعة ان الانسولين القاعدي ضروري لأن الكبد يمد الجهاز العصبي المركزي بالجلوكوز أثناء فترات الصيام . و قد تتغير نسبة الإفرازات الانسولينية خلال اليوم حسب الأوقات المختلفة ،مثل ممارسة التمارين الرياضية أو التوتر (الإرهاق) (الأدرينالين).

الانسولين من قبل شخصي
لدي عائلتي لسكر لا يُفرز
فقط بعد الأكل فقط
السكر

و إن النتيجة عادة تتمثل في ان متطلبات الانسولين تقل أثناء الليل و عند الظهر، و تزيد عند الفجر وفي العشيّة و هذا هو النموذج الذي يُحاول تقليده باستعمال حقن الانسولين المختلفة

Régimen de tratamiento insulínico de forma intensiva, es decir, mediante

adaptaciones de dosis múltiples de insulina (sea la dosis basal, sea la dosis anterior a

las comidas) a las diferentes determinaciones de glucosa en sangre que se realizan a lo largo del día.

Pautas de tratamiento intensivo:

1. **Multidosis (regímenes basal-bolo):** mediante inyecciones múltiples (tres o más inyecciones al día), donde, en general, se utiliza una insulina de acción intermedia o ultralenta (que hace al mismo tiempo de dosis basal) en combinación con insulina de acción rápida antes de las comidas.
2. **Bomba de infusión continua de insulina (BICI):** permite administrar insulina de modo basal y en bolos antes de las comidas.

نظام علاج الأنسولين المكثف، وذلك ، من خلال ملائمة (تكيف) جرعات الأنسولين اليومية المتعددة (إما النسبة القاعدية، و إما الجرعة المتبقية للاكل) لمختلف نسبيات السكر في الدم التي يتم إجراؤها على مدار اليوم

توجيهات للعلاج المكثف

- 1. جرعات متعددة (النظام القاعدي-الاساسي) (نظام البلعة - القاعدي) عن طريق حقن متعددة (ثلاثة حقن أو أكثر يوميا) ، حيث يُستعمل بشكل عام الأنسولين المتوسط أو البطيء المفعول (الذي يمثل الجرعة القاعدية) ويستخدم في تركيبة مع الأنسولين السريع المفعول قبل وجبات الطعام

-2.

مضخة التسريب المستمر للانسولين (BIKE) : تسمح بوضع الأنسولين القاعدي و بلعة قبل الاكل.

Diabetes tipo 2

En la diabetes mellitus tipo 2 o no insulino-dependiente, se producen trastornos metabólicos caracterizados por una elevación inapropiada de la glucosa en sangre (hiperglucemia) que da lugar a complicaciones crónicas por afectación de grandes y pequeños vasos y nervios.

La alteración subyacente en esta enfermedad es la dificultad para la acción de la insulina (como una pérdida de sensibilidad de los tejidos a esta hormona) que denominamos insulinoresistencia y una secreción inadecuada de insulina por las células encargadas de su producción en el páncreas. Además de aumentar la concentración de glucosa, la acción deficiente de la insulina se traduce frecuentemente en elevación de los niveles de colesterol y/o triglicéridos.

La mayor parte de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se producen en el contexto de lo que llamamos Síndrome Metabólico.

En este síndrome se asocian diabetes, hipertensión arterial, aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y/o ácido úrico y sobrepeso probablemente debidos también a la insulinoresistencia. El Síndrome Metabólico eleva notablemente el riesgo cardiovascular y es una causa fundamental de muerte en los países desarrollados.

داء السكري نوع 2

في نوع داء السكري 2 أو غير المعتمد على الأنسولين ، تحدث اضطرابات في التمثيل الغذائي تتميز بارتفاع غير ملائم لمستوى السكر في الدم (ارتفاع سكر الدم) والذي يؤدي إلى مضاعفات مزمنة بسبب إصابة الأوعية الكبرى والصغرى والأعصاب

الفوضى الكامنة في هذا المرض هي صعوبة عمل الأنسولين (مثل النقص في حساسية الأنسجة لهذا الهرمون) المستمطت مقاومة الأنسولين ، وللافرز عدم كافي للانسولين من قبل الخلايا المسؤولة عن إنتاجه في البنكرياس . بالإضافة إلى زيادة تركيز الجلوكوز ، و عمل الأنسولين الضئيل غالبا ما يؤدي إلى مستويات مرتفعة من الكوليسترول و / أو الدهون الثلاثية

ان معظم حالات مرض السكري من نوع 2 تحدث في سياق ما نسميه متلازمة الايض

و تترابط في هذه الملازمة عدة أمراض (علامات مرضية): مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم ، ارتفاع مستويات الكوليسترول والشحوم الثلاثية و / أو حمض اليوريك، زيادة الوزن وكله راجع على الأرجح إلى مقاومة الأنسولين . ملازمة الايض تزيد بشكل خاص خطر النوبات القلبية وتمثل سبب رئيسي للوفاة في الدول المتقدمة

Diagnóstico

Resulta de importancia clave para el correcto manejo de la diabetes mellitus, especialmente la de tipo 2, la realización de estudios de composición corporal (BOD-POD, ViScan), con la finalidad de conocer la magnitud del exceso de grasa en cada paciente. A estos estudios añadimos la realización de una calorimetría indirecta de la cual se obtiene el gasto energético en reposo de cada paciente.

El BOD-POD es uno de los sistemas más precisos de medición de la grasa corporal y tiene como valor añadido la comodidad para el paciente durante su realización

El diagnóstico de la Diabetes tipo 2 se realiza inicialmente mediante la determinación de glucosa en ayunas. Actualmente se considera patológico un valor repetido de glucosa mayor de 126 mg/dl.

التشخيص
انه لمعالجة داء السكري وخاصة النوع 2 فلا بد من تحقيق دراسات تكوين الجسم (BOD-POD-ViScan) ، من أجل معرفة كمية الدهون الزائدة عند كل مريض .
إضافة إلى هذه الدراسات يجب تحقيق "قياس كمية السعرات الحرارية في الجسم" (غير المباشرة) و عبرها يتم الحصول على الاستهلاك الحراري (الطاقة) لكل مريض
وان طريقة BOD-POD هي من أكثر الأنظمة دقة لقياس الدهون في الجسم ، و قيمته المضافة ترجع إلى راحته أو رفاهيته عند التنفيذ ويتم تشخيص مرض السكري من النوع 2 مبدياً عن طريق تحديد مستوى السكر عند الصيام وإذا تجاوزت حالياً قيمة الجلوكوز 126 مجم / ديسيلترو تكررت النتيجة فتعتبر مرضية

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes tipo 2 se basa en tres pilares fundamentales:

1. Plan de alimentación equilibrado
2. Práctica de ejercicio físico regular
3. Tratamiento farmacológico personalizado

A la vista de la magnitud del exceso de peso y de la severidad de las complicaciones asociadas valoramos la necesidad de cirugía de la obesidad, llamada también cirugía bariátrica. Utilizamos de forma habitual una de las técnicas más conocidas, efectivas y seguras denominada bypass gástrico por vía laparoscópica, gracias a la cual se han obtenido unos excelentes resultados constatados por centenares de pacientes intervenidos a lo largo de los últimos años en la Clínica Universidad de Navarra.

Fuente: Clínica Universitaria de Navarra. Diabetes tipo 1 y 2.

العلاج
ويستند علاج مرض السكري من النوع 2 على ثلاثة ركائز
التغذية المتوازنة
ممارسة الرياضة البدنية المنتظمة
علاج دوائي شخصي
و انه حسب أهمية زيادة الوزن و شدة المضاعفات المرتبطة بها يتم تحديد الحاجة لإجراء عملية جراحية للسمنة ، وتسمى أيضا جراحات لعلاج البدانة . و نستعمل عادة تقنية من أفضل التقنيات المعروفة والفعالة و الأمنة وتدعى
BYPASS GÁSTRICO
عن طريق المنظار ، و قد تم الحصول على نتائج ممتازة عند مئات المرضى على مدى سنوات في مستشفى نافار الجامعي

المصدر : مستشفى نافار الجامعي. داء السكري من النوع 1 و 2 .
<http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/endocrinologia-nutricion>

