



Universidad
de Alcalá

Comparación de recursos y folletos disponibles en Australia y España en el ámbito de la salud mental

Comparison of mental health resources and brochures available in Australia and Spain

2019-2020

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

Presentado por:

D^a Estefanía Horcajo Díaz

Dirigido por:

D^a Carmen Pena Díaz

Alcalá de Henares, a 1 de septiembre de 2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. Introducción.....	5
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos.....	6
2. Marco teórico.....	8
2.1. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.....	8
2.1.1. Estado de la cuestión en Australia.....	9
2.1.2. Estado de la cuestión en España.....	11
3. Interpretación en el área de la salud mental.....	12
4. Salud mental e inmigración.....	14
5. Panorama.....	16
5.1. Australia.....	16
5.1.1. Multiculturalidad.....	16
5.1.2. Sistema sanitario y salud mental.....	17
5.2. España.....	18
5.2.1. Multiculturalidad.....	18
5.2.2. Sistema sanitario y salud mental.....	19
6. Comparación de la atención relacionada con la salud mental a población inmigrante	19
6.1. Australia.....	19
6.2. España.....	21
7. Metodología.....	24
8. Análisis.....	26
8.1. DEPRESSION – how medicine can help.....	28
8.2. DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?.....	32
8.3. Adolescencia y alimentación: para adolescentes y Adolescencia y alimentación: para padres y madres.....	37
8.4. Adolescence and feeding: for adolescents y Adolescence and feeding: for parents.....	41
8.5. What is a depressive disorder, What is an anxiety disorder, y Trastorno por estrés postraumático (TEPT).....	44
8.6. Discusión de resultados.....	50
9. Conclusiones.....	53
Bibliografía.....	61
Anexos.....	69
Folletos.....	69
Traducciones.....	103

RESUMEN:

Las personas inmigrantes pueden encontrarse con dificultades relacionadas con el acceso a servicios y con su integración en la sociedad. Los países receptores deberían poner en marcha soluciones para responder a sus necesidades. Entre estas, la atención a la salud mental es fundamental. La labor de los intérpretes y traductores es esencial, sobre todo cuando se presentan barreras lingüísticas y culturales. A pesar de su importancia, la salud mental no parece ser una de las áreas más investigadas en el campo de la traducción y la interpretación.

El objetivo principal de este trabajo es demostrar la importancia de contar con traductores e intérpretes profesionales y cualificados. En concreto, se compara la situación de dos países, Australia y España. Ambos se caracterizan por ser multiculturales. En cuanto al campo de la traducción y la interpretación, se presentan diferencias.

Uno de los objetivos relacionado con la interpretación es presentar varios de los recursos de salud mental que ofrece cada país. Con respecto a la traducción, se analizan varios folletos de salud mental, entre los que se incluyen traducciones de otros textos. Así, se comentan iniciativas que están en marcha y algunas traducciones, que pueden servir como ejemplo.

Se abordan también cuestiones importantes como la prevalencia de problemas de salud mental, aspectos específicos de la interpretación en el ámbito de la salud mental, y algunas características relevantes de Australia y España.

Este trabajo destaca la necesidad de traductores e intérpretes profesionales en este contexto, la concienciación presente en ambos países acerca de la labor de estos profesionales y de las necesidades de los inmigrantes, la importancia de formar a los profesionales involucrados, y aspectos importantes que se deben tener en cuenta al traducir folletos de salud mental.

PALABRAS CLAVE:

Interpretación, traducción, T&I en ámbito sanitario, profesionalización de TISP, análisis materiales traducidos

ABSTRACT:

Immigrants can encounter difficulties related to the access to services and to their integration into society. Host countries should put solutions in place to meet their needs. Among these, mental health care is fundamental. The work of interpreters and translators is essential, especially when there are linguistic and cultural barriers. In spite of its importance, mental health does not seem to be one of the most researched areas in the field of translation and interpreting.

The main objective of this project is to demonstrate the importance of having professional and qualified translators and interpreters. In particular, the situation of two countries, Australia and Spain, is compared. Both are characterised by their multiculturalism. Regarding the field of translation and interpreting, there are differences.

One of the objectives related to interpreting is to present several of the resources that each country offers. In relation to translation, several mental health brochures are analysed, and among them translations of other texts are included. In this way, on-going initiatives and translations, which could serve as examples, are discussed.

Important issues, such as the prevalence of mental health problems, specific aspects of mental health interpreting, and relevant characteristics of Australia and Spain, are also addressed.

This project highlights the need for professional translators and interpreters in this context, the awareness of the work of these professionals and of the needs of immigrants present

in both countries, the importance of training the professionals involved, and important aspects that should be taken into account when translating mental health brochures.

KEYWORDS:

Interpreting, translation, T&I in healthcare settings, PSIT professionalisation, analysis of translated documents

1. Introducción

En la actualidad, se puede observar por todo el mundo una multiculturalidad, característica y presente en una diversidad de países. En parte, la existencia de este concepto surge como consecuencia de movimientos migratorios. Su presencia implica que en un mismo territorio conviven personas con culturas y lenguas diversas. Entre los problemas que se encuentra la población inmigrante que no domina el idioma oficial o el más hablado en los países de llegada, están la dificultad de acceso a servicios y las barreras lingüísticas y culturales.

Es fundamental que los países receptores pongan en marcha iniciativas que garanticen una igualdad en cuanto al acceso a servicios y que se promueva la integración de estas personas. En poblaciones tan multiculturales como las presentes en Australia y España, se pueden y se deben buscar soluciones para cubrir las necesidades de toda la población inmigrante, cuyas características son muy variadas.

Con el fin de acabar con estas barreras lingüísticas y culturales, se deberían proporcionar servicios de traducción e interpretación, y contar con mediadores interculturales, sobre todo cuando la diferencia entre culturas es significativa. La labor de los intérpretes, traductores y mediadores interculturales es esencial en colaboración con los profesionales que trabajan en distintos ámbitos. Estas actividades pueden darse en una variedad de contextos y situaciones, por ejemplo, en el ámbito de los servicios públicos.

La Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) es un campo relativamente reciente, en el que los intérpretes y los traductores intervienen para facilitar la comunicación entre las personas inmigrantes y los profesionales que trabajan en los servicios públicos. Los contextos en los que puede ejercerse esta profesión también son variados. Colegios, comisarías, y hospitales, entre otros, pueden necesitar estos servicios.

No se podría afirmar que el origen y evolución de este campo ha sucedido de la misma manera en cada país, puesto que las características de cada uno de estos con respecto a la inmigración también son diferentes. En consecuencia, existe una variedad en el panorama actual de esta profesión.

Se pueden distinguir varios ámbitos dentro de la TISP, y los principales son el ámbito médico-sanitario y el ámbito jurídico. Si se compara cada uno de estos, se puede señalar que no solo varía la terminología, entre otros aspectos, sino que también se presentan diferencias en cuanto a la profesionalización y reconocimiento de los profesionales que interpretan o traducen en estos contextos.

En el ámbito médico-sanitario, se podrían identificar distintas áreas de especialidad. Así, puede destacar el área de la salud mental, especialmente con respecto a la interpretación.

1.1. Justificación

En la actualidad en España, el campo de la traducción e interpretación en el ámbito sanitario no está regularizado. Parecen ser frecuentes las soluciones ad hoc. Familiares y personas no cualificadas se ocupan de las tareas de interpretación. Se podría deducir que en el área de la salud mental, esta situación es la misma.

Por otro lado, la investigación en el campo de la TISP en España es destacable. Se han creado grupos de investigación como la Red COMUNICA, orientada a este campo (Valero-Garcés, & Lázaro Gutiérrez, 2016). Se ha publicado un gran número de artículos acerca de la interpretación y la traducción en el ámbito sanitario, sobre todo en comparación con los relacionados con el área de la salud mental.

Se pueden encontrar varios artículos en cuyos contenidos se incluye la temática de la salud mental y la interpretación. En general, se puede observar una mayor cantidad de recursos y artículos redactados en inglés que en español. En español, algunos de ellos parecen enfocarse

en el impacto emocional que puede sufrir el intérprete, que sin duda alguna es un tema muy relevante en este contexto también.

Echaury Galván ha publicado varios artículos sobre la traducción en relación con el área de la salud mental, que merecen ser comentados. Este autor ha llevado a cabo investigaciones acerca de la traducción de textos relacionados con la salud mental, redactados en inglés y traducidos para personas cuya lengua materna es el español y que residen en Estados Unidos (Echaury Galván, 2014; 2018). En estos, se defiende la importancia de tener en cuenta y adaptar lingüísticamente y culturalmente estos recursos a los usuarios meta para atender correctamente a sus necesidades.

En cuanto al ámbito sanitario y la traducción, se han publicado algunos artículos en los que se exponen los resultados de análisis de folletos de salud, elaborados en inglés y en español; y también se comentan las traducciones realizadas al español de algunos textos de este tipo en inglés. Estos son: los trabajos de Mayor Serrano (2005) y Faya Ornia (2015a, 2015b). Aunque esta clase de textos no estén centrados en el área de la salud mental, estos artículos, en parte, han servido como inspiración para algunas secciones de este trabajo.

Uno de los motivos por los que se ha querido abordar en el trabajo el tema de la interpretación en el área de la salud mental ha sido al descubrir que parece existir una diferencia entre distintos países con respecto al reconocimiento y a la importancia de este tipo específico de interpretación. Se ha comprobado que la cantidad de resultados en español que se encuentran son significativamente menores que los encontrados en inglés.

Por último, conviene exponer otra de las cuestiones que ha promovido la elección de este tema, es decir, la atención relacionada con la salud mental a las personas inmigrantes. Esta es la importancia de la salud mental para conseguir que la integración social de estas comunidades sea mejor. La Organización Mundial de la Salud se refiere al concepto de salud mental como «un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad» (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Se podría considerar que cuando una persona padece problemas asociados a la salud mental, como trastornos o enfermedades mentales, esta se encuentra con más dificultades para lograr realizar esta contribución, entre otras cuestiones. Esta situación se podría acentuar más en las personas inmigrantes que se encuentren además con barreras lingüísticas y culturales. Estas dificultan el acceso a los servicios que pueden estar disponibles en el país de llegada para hacer frente a esos problemas. Por esta razón, en este contexto, la interpretación y la traducción pueden considerarse cruciales.

Esta profesión es necesaria desde dos puntos de vista en concreto. Por un lado, puede facilitar la comunicación entre los usuarios o personas de estas comunidades minoritarias y los profesionales del área de la salud mental, como los psicólogos, que atienden de manera directa y personal a las necesidades de los pacientes que lo requieran. Por otro, asistir psicológicamente a estas comunidades correctamente influirá probablemente en la integración de estas en la sociedad. Cabe mencionar que se debe hacer frente al estigma que aún se produce en relación con los problemas de salud mental que padece un gran número de personas en el mundo. Desafortunadamente, la discriminación que puede sufrir la población inmigrante puede verse intensificada si se tienen en cuenta estas cuestiones.

Por todo ello, se considera en este trabajo la relevancia de atender a la población inmigrante en cuestiones de salud mental de manera adecuada, y esto conlleva a que se disponga en muchas ocasiones de profesionales de la interpretación y traducción que posean las competencias necesarias.

1.2. Objetivos

El objetivo central del trabajo es contribuir a la investigación en el campo de la TISP, y en concreto exponer una serie de recursos existentes en países diferentes, y aportar en general información acerca de temas relacionados con la salud mental.

Se ha decidido investigar varias cuestiones en este contexto en dos países, Australia y España. Además, estas se compararán entre estos países. El motivo por el que se han elegido estos dos países está basado en sus similitudes pero sobre todo en sus diferencias con respecto a la profesionalización de la traducción y la interpretación. En ambos países reside una población caracterizada por la diversidad de culturas y lenguas, y por ello, ambos comparten la necesidad de disponer de servicios lingüísticos en este contexto. En España, el comienzo de esta profesión es más reciente. En gran medida, Australia puede considerarse un buen ejemplo por la evolución que ha tenido el campo de la traducción y la interpretación. Sin embargo, en ambos países se presentan ciertos problemas que necesitan ser atendidos y mejorados, en especial en el área de la salud mental.

Las cuestiones que se examinan pueden dividirse en dos secciones. Estas son: un apartado relacionado con la interpretación, y otro relacionado con la traducción. Asimismo, estas secciones representan dos de los objetivos principales del trabajo.

En cuanto a la interpretación en el área de la salud mental, en principio habría sido interesante conocer cómo trabajan los intérpretes en este contexto, pero no ha sido posible realizar una investigación sobre ello. Uno de los objetivos es demostrar, o al menos concienciar en la importancia de formar a intérpretes en este contexto. Esto se debe a los factores que se deben tener en cuenta y que pueden no presentarse en otros contextos. Se defiende, además, la colaboración necesaria entre ambos profesionales, los de salud mental y los intérpretes. Estos profesionales sanitarios deberían poseer una competencia intercultural, debido a las consecuencias negativas que pueden producirse.

Asimismo, será relevante describir la situación actual de ambos países en el sentido de los recursos que existen para atender psicológicamente a la población inmigrante. Investigar los proyectos, estrategias, e iniciativas que se han desarrollado en los dos países permitirá exponer los recursos que ya están en marcha y descubrir en qué se podría mejorar.

En cuanto a la traducción, se analizarán varios folletos de salud mental redactados en inglés y en español. Se podrán determinar los aspectos extratextuales e intratextuales más frecuentes en este tipo de textos, como la estructura, registro u otros elementos lingüísticos que se presenten. Si se comparan con los análisis realizados por otros autores, se podrán establecer similitudes y diferencias entre ellos. Será beneficioso indicar también la terminología que se puede encontrar en estos textos, y su contenido en general.

Se podrán comentar los distintos tipos, funciones textuales y finalidades de los documentos analizados, con especial atención en los folletos cuyos textos son traducciones de otros. Estos folletos, además, ilustrarán las distintas maneras en las que se puede traducir un texto. Se señalará que algunas son más adecuadas que otras, y se mostrarán algunos ejemplos que demostrarán las distintas competencias que deben tener los traductores, indicando por ello la importancia de contar con profesionales cualificados.

Asimismo, debido a que estos folletos están orientados de una manera considerable a los lectores, se destacará la influencia de estos participantes, los receptores, en la redacción y elaboración de los textos, tanto los textos originales como los traducidos. Se especificarán los factores relacionados con los participantes que deben tomar en consideración los traductores. Por último, se realizarán búsquedas en recursos terminológicos. Estas herramientas pueden ser muy útiles para los traductores.

Los apartados en los que se divide el presente trabajo atienden en parte a las cuestiones mencionadas anteriormente. Antes de concentrarse en los objetivos principales, se ha considerado apropiado ofrecer una breve exposición del ámbito de la traducción e interpretación

en los servicios públicos, y presentar después la situación actual de este campo en Australia, por un lado, y por otro, en España (2.1. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos).

A continuación, se precisarán las cuestiones específicas que afectan a la interpretación en el contexto de la salud mental (3. Interpretación en el área de la salud mental). El siguiente apartado se centrará en la prevalencia de problemas asociados con la salud mental, y en concreto se comentará si la población inmigrante tiene más o menos riesgo de padecer trastornos o enfermedades mentales (4. Salud mental e inmigración).

Antes de discutir los resultados de la investigación acerca de la interpretación y la traducción en este campo, se proporcionará una breve descripción de algunos aspectos relevantes de los países de los que se ocupa este trabajo (5. Panorama). Primero, se ha incluido un apartado sobre la diversidad de culturas que se presenta en cada país, donde se comentan algunos aspectos como la inmigración y las políticas o iniciativas orientadas a la multiculturalidad. En el segundo apartado se indicarán de una manera no detallada las características principales de cada país en cuanto a sus sistemas sanitarios, y a la salud mental, como los servicios disponibles y la prevalencia de problemas que afectan de manera negativa la salud mental de la población.

El apartado 6 (Comparación de la atención relacionada con la salud mental a población inmigrante) y el 8 (Análisis) son los principales para este trabajo. Son el resultado de dos investigaciones. En el primero de ellos, se han realizado diversas búsquedas para encontrar las principales iniciativas llevadas a cabo por organizaciones y gobiernos de cada país, que estuvieran relacionadas con la prestación de servicios de interpretación y traducción, y de atención psicológica a personas inmigrantes, como refugiados y solicitantes de asilo.

En el siguiente apartado (8. Análisis) se ha comenzado con una exposición de las teorías y artículos que han influido en el análisis de los folletos. Se han examinado después, 11 folletos de salud mental, describiendo en cada uno de ellos algunos elementos lingüísticos y otros aspectos relacionados con la estructura, el formato y los participantes implicados. Las seis traducciones analizadas se han comparado con los textos originales para determinar la adecuación de las traducciones. Se han comentado al final los hallazgos más relevantes y característicos que se presentan en este tipo de folletos.

Para terminar, como parte necesaria en cualquier trabajo de investigación, se describe el proceso de realización del trabajo (7. Metodología). En especial, se comentan las búsquedas de folletos relacionados con la salud mental que se eligieron y analizaron posteriormente.

2. Marco teórico

2.1. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos

Dentro del campo de traducción e interpretación se encuentra el ámbito de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP/T&ISP). En inglés se utilizan distintos términos para este ámbito, como *Public Service Interpreting* o *Community Interpreting* (Valero-Garcés, & Pena, 2008). Se puede definir como la actividad que hace posible la comunicación entre los trabajadores de los servicios públicos de un país y otras personas que no dominan la lengua oficial de este (Mikkelson, 1996). Facilita un acceso igualitario a estos servicios (Mikkelson, 1996). Los profesionales de este ámbito pueden trabajar en contextos variados, como en colegios, comisarías y hospitales (Mikkelson, 1996).

El origen y evolución de la TISP varía dependiendo del país, ya que surge como consecuencia de movimientos migratorios, producidos en distintos momentos en el mundo, que fomentan el desarrollo de poblaciones caracterizadas por una diversidad de culturas y lenguas (Valero Garcés, 2009; Cedillo Corrochano, 2017).

Por un lado, la interpretación en los Servicios Públicos no cuenta con un reconocimiento profesional en todo el mundo, y por ejemplo en España, como se verá más adelante, hay una falta de profesionalización (Campos López, 2004). Por otro, en cuanto a la traducción, existen países como Australia, que proporcionan servicios en este ámbito y disponen de recursos útiles para su población multicultural (Valero Garcés, 2009).

Con respecto a los ámbitos de la TISP, se pueden mencionar el médico-sanitario y el judicial-policial (Cedillo Corrochano, 2017). Este trabajo aborda el primero. En el campo médico, es imprescindible que el profesional sanitario y el paciente se comuniquen sin dificultades y de manera eficaz (Schreiber, & Odell, 2014). Cuando el paciente y el médico no dominan la misma lengua se enfrentan a problemas de comprensión y expresión, y esto requiere la presencia y ayuda de otro profesional, el intérprete (Schreiber, & Odell, 2014). Como consecuencia, la interacción entre las personas implicadas cambia y es vital saber trabajar en esta nueva situación y tener presentes además algunos aspectos éticos (Schreiber, & Odell, 2014).

Se ha demostrado que la diferencia lingüística es una causa significativa de desigualdades en la salud y que la labor de los intérpretes conlleva a que estas disminuyan y a que se preste una atención de mayor calidad (Brisset, Leanza, & Laforest, 2013).

Dentro de la interpretación en el ámbito sanitario, uno de los tipos más destacados es la interpretación telefónica, siendo esta «la forma más antigua de interpretación remota», de los años 50 (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009, p. 147).

En comparación con la interpretación presencial tiene puntos positivos y negativos. El número de lenguas y horas es mayor. Sin embargo, los profesionales que están de manera presente en el lugar donde se establece la comunicación pueden beneficiarse del lenguaje no verbal de las personas involucradas y no tienen que enfrentarse a problemas relacionados con el uso de la tecnología (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009).

2.1.1. Estado de la cuestión en Australia

El Gobierno de Australia defiende el derecho de sus ciudadanos a interactuar con el Gobierno y con otros servicios, sin importar su lengua o cultura, reconociendo la presencia de comunidades con culturas y lenguas diversas (Department of Home Affairs, 2019a). Para facilitar el acceso a los servicios que requieran las personas que no dominen el inglés se pone a su disposición una variedad de servicios lingüísticos, entre los que se encuentran servicios de traducción e interpretación y recursos e información online en distintas lenguas (Department of Home Affairs 2019a).

En este país se dispone de un símbolo, el Símbolo de Intérprete (*Interpreter Symbol*) que señala los lugares y servicios que pueden utilizar las personas que no dominan el inglés con la asistencia de un intérprete, si lo solicitan (Department of Home Affairs, 2019b). Se anima a su distribución y puede encontrarse en hospitales, escuelas, oficinas de empleo y comisarías (Department of Home Affairs, 2019b).

Los servicios de traducción de la Mancomunidad (*Commonwealth*) comenzaron en 1947 tras la llegada de población migrante después de la Segunda Guerra Mundial (Commonwealth of Australia, 2012a). El *Department of Immigration* se encargó de las labores de traducción y en 1973 implantó un servicio de interpretación telefónica (Commonwealth of Australia, 2012a). Este servicio comenzó ofreciendo ayuda relacionada con cuestiones sociales y de inmigración (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2018).

Cabe mencionar que durante los años 70, muchos activistas pidieron cambios relacionados con políticas sociales, siendo una de sus peticiones unos servicios de traducción e interpretación (Hlavac, 2016). En 1977 se fundó NAATI (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*), el organismo de certificación para traductores e intérpretes de Australia

(Hlavac, 2016). En 1987 se redactó una política lingüística (*Australian National Policy on Language*) (Hlavac, 2016). Unos años más tarde, los servicios de traducción e interpretación se unieron dando lugar al servicio *TIS National (Translating and Interpreting Service)* (Commonwealth of Australia, 2012a).

TIS National proporciona servicios de interpretación a organizaciones, negocios o agencias con clientes que no dominan el inglés, y a personas que no hablen esta lengua, y permite que estas puedan acceder a distintos servicios en áreas como la educación, la sanidad y el ámbito jurídico (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2018; 2019). Trabajan con un gran número de intérpretes por toda Australia y prestan servicios en numerosas lenguas (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2019).

Este servicio está disponible las 24 horas del día todos los días del año y cuenta con distintos tipos de interpretación: interpretación telefónica, presencial y por video (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2019). Asimismo, en su sitio web (<http://www.tisnational.gov.au/>) se puede acceder a varios materiales que proporcionan información sobre sus servicios, como por ejemplo un póster con contenido instructivo, disponible en distintos idiomas como el español, sobre el funcionamiento de la interpretación telefónica (Commonwealth of Australia, 2012b).

De manera gratuita algunos grupos de personas pueden utilizar unos servicios de interpretación con el objetivo de poder comunicarse con personas que no dominan el inglés (Department of Home Affairs, 2020b). En ámbitos sanitarios y jurídicos la importancia de estos servicios es considerable (Department of Home Affairs, 2020b).

En cuanto a la traducción, este país presta un servicio de traducción gratuito, aunque existen requisitos y restricciones (Department of Home Affairs, 2020a). Entre el tipo de documentos que pueden ser traducidos se incluyen los relacionados con la salud, la educación y el empleo (Department of Home Affairs, 2020a).

Los intérpretes que trabajan para *TIS National* y muchos traductores del servicio de traducción gratuito poseen una acreditación de *NAATI* (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2019; Department of Home Affairs, 2020a). Los profesionales que realizan labores de interpretación para *TIS National* deben respetar el código ético y de conducta de la organización australiana *AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators)* (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2019). De acuerdo con este código, los intérpretes y traductores deben actuar con profesionalidad, imparcialidad, respetando la confidencialidad, y transmitiendo los mensajes con fidelidad (AUSIT, 2012; Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2018).

Por otro lado, *NAATI*, un organismo de la Mancomunidad y gobiernos estatales y territoriales, posee un sistema de certificación con el objetivo de garantizar una buena calidad en cuanto a la profesión de traducción e interpretación (Department of Home Affairs, 2019a). Se han concedido certificaciones en 117 lenguas, entre las que se incluyen lenguas indígenas y la lengua de signos australiana (*Auslan*) (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters [NAATI], 2019). Desde el 2018 es obligatorio volver a certificarse cada tres años, cumpliendo unos requisitos (Department of Social Services, 2018).

Con este sistema de certificación se comprueba si el candidato tiene las habilidades y conocimientos necesarios para trabajar profesionalmente como intérprete o traductor (NAATI, s.f.). Entre estas habilidades y conocimientos, tanto para los traductores como para los intérpretes, se incluye una competencia lingüística, intercultural, de investigación, ética y tecnológica, conocimientos de áreas específicas y generales, y habilidades de comunicación e interpersonales que indiquen una adecuada capacidad en cuanto a la prestación de servicios (Improvements to NAATI Testing Project, 2015; 2016). Asimismo, *NAATI* presenta unas características que considera importantes para ambos profesionales, como ser respetuoso,

objetivo, responsable, estar dispuesto a aprender y a colaborar con otros (Improvements to NAATI Testing Project, 2015; 2016).

Es relevante mencionar que este sistema de certificación no evalúa la competencia de los intérpretes en contextos especializados, sino que examina la competencia a un nivel más general (Improvements to NAATI Testing Project, 2016). Se han hecho recomendaciones acerca de la especialización, sobre todo en ámbitos sanitarios y jurídicos (Improvements to NAATI Testing Project, 2016).

La situación y desarrollo del campo de la traducción e interpretación ha ido cambiando con el tiempo. Mientras que en los años 80 se produjo un avance significativo en cuanto a su profesionalización, el panorama reciente apunta a un aumento de contrataciones de intérpretes menos cualificados, como consecuencia de unas condiciones y tarifas peores (Hlavac, 2016). Como anotación positiva, *TIS National* promueve la profesionalización, recalcando la importancia de contar con intérpretes cualificados y desaconsejando que familiares y conocidos actúen como intérpretes (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2018). Recuerda que para ser intérprete no solo es necesario dominar al menos dos lenguas, pero que se deben considerar también aspectos como la cultura y la terminología especializada (Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs, 2018).

2.1.2. Estado de la cuestión en España

La historia de la TISP en España es algo corta en cuanto al tiempo que lleva desarrollándose. Aunque no se ha acordado en qué años se produjo su aparición, se puede considerar que en los años 80, y con la entrada de España en la Unión Europea, la inmigración a este país aumentó significativamente (Valero Garcés, 2009; Cedillo Corrochano, 2017). Esto ocasiona la necesidad de facilitar la comunicación entre estos nuevos grupos de personas y la población, debido a que en muchas ocasiones surgen diferencias lingüísticas y culturales (Valero Garcés, 2009).

Si bien la situación varía en todo el país, hace ya una década se comentaron ciertos avances en áreas como la formación y la investigación en TISP (Valero-Garcés, & Pena, 2008). Sin embargo, entonces, la profesionalización de esta especialidad seguía siendo una necesidad, al encontrarse un panorama en el que las personas que actuaban como traductores e intérpretes eran voluntarios sin el conocimiento y formación necesarios (Valero-Garcés, & Pena, 2008). Desafortunadamente, estudios recientes sobre esta profesión en España han comprobado que la situación observada años atrás sigue siendo la misma (Albeitar, 2019).

Se ha demostrado que existe una carencia en cuanto a la disponibilidad de materiales traducidos para la población inmigrante y, cuando se encuentran, los servicios de traducción suelen ser ad hoc. Parece que cada vez más se cuenta con traductores profesionales, aunque la situación tiende a caracterizarse por el voluntariado y una falta de formación y recursos disponibles. Aspectos como el idioma y la cultura, cuando el profesional encargado de la traducción no los domina, dificultan el trabajo y como resultado se pueden realizar traducciones de mala calidad (Valero Garcés, 2009).

Entre los tipos de materiales traducidos que se pueden encontrar en los servicios públicos se incluyen entre otros, los documentos (semi)oficiales, los folletos informativos y las guías de servicios. Los encargados de publicar estos documentos y el contenido de estos varía. Pueden tratar temas de sanidad o inmigración, y ser proporcionados por organizaciones, el gobierno o entidades privadas. (Valero Garcés, 2009)

Con respecto a la interpretación, como se ha mencionado anteriormente, es frecuente el uso de intérpretes que no están lo suficientemente cualificados y preparados para llevar a cabo esta labor y la profesión de intérprete en los servicios públicos aún no está reconocida oficialmente (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009). No obstante, es relevante comentar la

existencia de servicios y recursos disponibles para facilitar la comunicación entre personas que dominan lenguas diferentes.

Puesto que este trabajo se ocupa del ámbito sanitario, se pueden comentar varios servicios existentes en España. Se han ido creado diversos servicios de traducción e interpretación con el objetivo de asistir a los grupos de población que llegan al país. Los encargados de proporcionar estos servicios son por un lado algunas ONG. Por ejemplo, SETI, un servicio de traducción e interpretación, fue creado por el Comité de Defensa de los Refugiados, Aislados e Inmigrantes en España. Asimismo, existen servicios de interpretación disponibles en varios hospitales. Algunas empresas proporcionan servicios de interpretación telefónica, como *Interpret Solutions* y *Dualia*, las cuales ofrecen servicios a todas horas, en distintas lenguas y cuentan con profesionales que han recibido formación. Servicios de salud por distintas regiones del territorio español hacen uso de los servicios de *Dualia*, por ejemplo. (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009)

Cabe mencionar que además de los servicios de interpretación presencial y telefónica, los proveedores de servicios del ámbito sanitario pueden recurrir a recursos multimedia multilingües para una mejor comunicación (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009).

Al tratar la interpretación en los servicios públicos, es relevante comentar la figura del mediador intercultural. La mediación intercultural puede definirse como un modo de intervención que se produce en contextos multiculturales, cuya finalidad es que las partes involucradas puedan comunicarse y comprenderse (Sales, 2005). El mediador debe ser un experto en interpretación y en aspectos culturales característicos de las personas con las que trabaja, como lo son el lenguaje no verbal y concepciones sobre distintos temas (Sales, 2005). Al igual que la interpretación en los servicios públicos, este campo no está todavía lo suficientemente reconocido, aunque se han desarrollado algunas propuestas como la EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid) y el SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural), o la implantación de programas dedicados a proporcionar un servicio de mediación e interpretación presencial para pacientes extranjeros, establecidos en regiones como Barcelona (Sales, 2005; Iniesta, Sancho, Castells, & Varela, 2008; Valero Garcés, 2009).

3. Interpretación en el área de la salud mental

«Comunicarse con el usuario implica entender, comprender y ser comprendidos» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 35). La comunicación en el contexto de la salud mental y la psicología es crucial, tanto verbal como no verbal, en cuanto a los procesos de diagnosticar y tratar problemas de salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Meadows, 2017). Para conseguir un servicio adecuado, la comunicación entre el paciente y el profesional involucrado debe ser efectiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013). Cabe mencionar que aunque ambos dominen el mismo idioma, pueden todavía ocurrir problemas de comunicación si sus culturas son distintas (Meadows, 2017). Cuando existen barreras lingüísticas, esto puede llevar a que se produzcan errores en diagnósticos e intervenciones propuestas, y puede afectar negativamente en la relación entre paciente y psicólogo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013).

La labor del intérprete en este área es muy necesaria para evitar estas situaciones y ayudar tanto al paciente como al profesional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017). Se recomienda contar con intérpretes cuando el cliente no tiene el nivel suficiente del idioma que utiliza el psicólogo (Australian Psychological Society, 2013). Cuando una persona está viviendo momentos de estrés puede que el dominio de una segunda lengua no sea tan alto, por lo que contar con un intérprete puede ser una buena opción (Australian Psychological Society, 2013). Asimismo, la

presencia del intérprete permite a la persona atendida por el profesional, que utilice su lengua materna, y esto favorece que pueda transmitir sus ideas y emociones de manera más fácil, y también en cuanto a la expresión de temas complicados (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013).

Es fundamental contar con intérpretes profesionales, y no recurrir a personas que no tienen la formación necesaria, como por ejemplo familiares (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013). Hay que tener presente que trabajar con personas no adecuadas para ejercer de intérpretes puede tener consecuencias serias, como errores de traducción por no conocer la terminología correspondiente, las relacionadas con la confidencialidad, información que se omite, y que se genere más estrés en las personas involucradas (Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017). Aunque no sea siempre posible, disponer de un intérprete profesional con formación en cuestiones de salud mental e interpretación en este ámbito será conveniente (Meadows, 2017).

Cabe señalar que al trabajar en este contexto se pueden presentar algunas dificultades añadidas. Estas corresponden a la temática propia de este campo y al estado del paciente (Meadows, 2017). No es sencillo interpretar cuando en la conversación entre paciente y profesional de la salud mental se presentan cuestiones como alucinaciones, cambios de humor, pensamientos que no son lógicos, entre otras (Meadows, 2017). Se puede dar un caso en el que la persona padezca un trastorno asociado con el pensamiento o el lenguaje que conlleve que los mensajes expresados no se puedan comprender claramente (Australian Psychological Society, 2013). En este contexto, el intérprete no debería modificar el mensaje de manera que adquiera un sentido en el otro idioma, sino que se debe trasladar la misma información que haya expresado el paciente (Australian Psychological Society, 2013).

Ante estas situaciones, el profesional y el intérprete podrían reunirse antes de comenzar la consulta con el paciente (Tribe, & Lane, 2009; Australian Psychological Society, 2013). Si por ejemplo el paciente tiene alguno de los trastornos anteriores, el profesional de salud mental puede informar al intérprete de ello con antelación (Australian Psychological Society, 2013). De la misma manera, una conversación previa entre estos dos profesionales puede ser beneficiosa para el intérprete, sobre todo para aclarar terminología y para obtener más información sobre lo que pasará en la reunión con el paciente en la medida de lo posible (Australian Psychological Society, 2013). Por otro lado, no hay que olvidarse del campo en el que se trabaja. El contenido de la conversación entre paciente y profesional puede ser duro y puede llegar a afectar al intérprete, por lo que esta reunión previa puede ser útil en el sentido de preparar al intérprete en cierta medida (Australian Psychological Society, 2013).

Al terminar la atención psicológica al paciente, el intérprete y el profesional pueden volver a reunirse y tratar ciertos asuntos (Australian Psychological Society, 2013). En particular, es recomendable que se compruebe si el intérprete se ha visto afectado de alguna manera por los temas discutidos (Tribe, & Lane, 2009; Australian Psychological Society, 2013). Por otra parte, en la guía práctica para psicólogos acerca del trabajo con intérpretes elaborada por la *Australian Psychological Society* (2013) se aconseja que, si no ha ocurrido ningún problema, se debería contar con el mismo intérprete si se van a producir más sesiones con el mismo cliente.

Conviene mencionar que, al igual que en otras intervenciones en las que se dispone de un intérprete, la dinámica entre las personas involucradas no es la misma (Australian Psychological Society, 2013). Aparte de la duración de las conversaciones entre los profesionales antes y después de la reunión con el cliente, también se debe considerar que es posible que se necesite más tiempo del que se necesitaría si no estuviera presente un intérprete y las personas pudieran comunicarse en un mismo idioma (Tribe, & Lane, 2009).

Se ha comentado la importancia de la presencia de un intérprete en las conversaciones entre pacientes y profesionales de la salud mental. Como ya se ha visto, la interpretación

presencial no es la única forma de contar con los servicios de un intérprete. Se puede hablar así, de la interpretación telefónica. Si bien es cierto que existen beneficios de utilizar este tipo de interpretación en este ámbito como por ejemplo el anonimato que conlleva, es recomendable disponer dentro de lo posible de un intérprete de manera presencial (Australian Psychological Society, 2013). Por un lado, la relación entre los involucrados puede verse mejorada, y por otro, el intérprete puede beneficiarse de la comunicación no verbal (Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017).

Por último, es imprescindible que los profesionales actúen y posean las actitudes adecuadas en cuanto a la diversidad de culturas, y que para ello adquieran una competencia intercultural que permita una provisión de servicios más apropiada para los distintos grupos de personas en este área (Australian Psychological Society, 2013; Direcció General de Planificació en Salut, 2016).

Se puede concluir que la atención psicológica a personas que tienen culturas e idiomas distintos a los de los profesionales de salud mental que les atienden puede verse afectada de manera negativa por estas barreras lingüísticas y culturales. La labor de los intérpretes en este contexto es muy necesaria. Los intérpretes, que deben ser profesionales, deben enfrentarse a algunas dificultades, como la transmisión de mensajes con contenido complicado, tanto en lo que se refiere a terminología como al impacto emocional de la conversación entre paciente y psicólogo. Los profesionales sanitarios que trabajen en este ámbito deberán saber colaborar con los intérpretes y además tener una competencia intercultural. Todas las personas deberían poder ser comprendidas y poder recibir una atención de calidad, sin importar su cultura o lengua materna.

En el siguiente apartado, se considera relevante señalar lo importante que es que se proporcione asistencia relacionada con la salud mental a la población inmigrante, debido al riesgo de sufrir problemas que afecten negativamente su salud mental y por las barreras lingüísticas y culturales que surgen.

4. Salud mental e inmigración

Un gran número de personas en todo el mundo padecen problemas relacionados con la salud mental (World Health Organization, 2019b). Este tipo de problemas no se restringen solo a los grupos de población más vulnerables, sino que cualquier comunidad o individuo puede experimentarlos. Como la población inmigrante es de manera general el grupo en el que se centra este trabajo, es relevante comentar algunos aspectos con respecto a este grupo, como la prevalencia de trastornos mentales y las barreras que dificultan el acceso y uso de servicios relacionados con la salud mental.

La salud mental puede definirse como «un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad» (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Se debe tener en cuenta que este concepto puede variar en distintas culturas, y tras considerar esta definición aportada por la OMS, algunos autores han optado por una más inclusiva (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015). Tanto las características de cada persona como el entorno y las situaciones sociales influyen en este bienestar (World Health Organization, 2019c).

No se deberían tratar temas referentes a población inmigrante de manera que dé lugar a una generalización, ya que cada comunidad formada por inmigrantes varía en cuanto a culturas e idiomas. Incluso en un mismo país, se encuentran diferencias significativas, por ejemplo en el área de salud mental como se comentará en este apartado.

Las personas que llegan a Australia para establecerse en el país pueden entrar con visados temporales, utilizados por los estudiantes internacionales por ejemplo, o permanentes (Smith,

2015). Asimismo, existen programas para la entrada de refugiados y humanitarios (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016). Hay varios tipos de visados humanitarios, entre los que se incluyen, entre otros, los dirigidos a refugiados y a mujeres en situación de riesgo (Commonwealth of Australia, 2013).

Cuando se aborda el tema de la situación sanitaria de la población inmigrante, no es extraño encontrar referencias al concepto conocido como «efecto del inmigrante saludable», que indica que los inmigrantes tienen una mejor salud en comparación con los propios ciudadanos del país (Straiton, Grant, Winefield, & Taylor, 2014; Smith, 2015; Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016). Es posible que este efecto en Australia se deba en parte a los requisitos que deben pasar los inmigrantes para poder establecerse en el país (Smith, 2015). Sin embargo, no se puede asumir que este concepto sea cierto para todos los inmigrantes, por ejemplo para el grupo formado por los refugiados (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016).

En el área de la salud mental, la población inmigrante puede verse afectada por el duelo, la ansiedad, la pérdida, los traumas sufridos tanto antes como después, y el estrés, como consecuencias del proceso de asentamiento en un nuevo país y del desplazamiento a dicho lugar (Angora Cañego, 2020; State of Western Australia, s.f.). En cuanto al acceso y uso de los servicios disponibles relacionados con la salud mental, se presentan una serie de dificultades que complican la asistencia a este grupo en este contexto. Las principales barreras son las culturales y lingüísticas, sobre todo para las personas que proceden de países no angloparlantes (Smith, 2015; State of Western Australia, s.f.). Cabe mencionar que cada cultura puede tener conceptos diferentes en lo referente a la salud mental, y es importante tener estos aspectos en cuenta también (Karasz, 2005; Smith, 2015).

Con respecto a la prevalencia de problemas relacionados con la salud mental en la población inmigrante, si bien es cierto que se han realizado estudios para comparar esta cuestión entre distintas comunidades, estos presentan algunas limitaciones. Por un lado, se han hecho estudios únicamente en inglés, de manera que quedan excluidas las personas que no dominan el idioma, y cuyos participantes eran personas que aunque hablaban otros idiomas, llevaban un tiempo considerable en el país. Por otro, si bien se puede dividir a los inmigrantes teniendo en cuenta si su lengua materna es o no el inglés, el grupo formado por personas no angloparlantes sigue siendo muy variado, en cuanto a diversidad de culturas, lenguas y países (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016; Giallo et al., 2017).

A modo de ejemplo, en un estudio realizado en el estado de Australia Meridional (*South Australia*, en inglés) se observaron índices más altos de depresión en las mujeres cuya lengua materna no era el inglés, y en él se señala además que los índices de tratamiento en los hombres con esta diferencia en cuanto a lengua materna no eran más altos a pesar de tener un mayor riesgo de problemas de salud mental (Straiton, Grant, Winefield, & Taylor, 2014). Otro estudio examinó los índices de autolesiones en los solicitantes de asilo en ese país y señaló que eran elevados en comparación con los ciudadanos australianos, sobre todo entre los solicitantes que se encontraban en instalaciones de detención (Hedrick, Armstrong, Coffey, & Borschmann, 2019). En España, un estudio en 2006, encontró que las mujeres inmigrantes presentaban peor salud mental, mientras que en los hombres era mejor en comparación con la población española, y más tarde en 2012 se observó que la población inmigrante ya no disfrutaba de una mejor salud, considerándose la crisis económica y el desempleo como unas de las razones (Gotsens et al., 2015).

Como conclusión, se puede señalar que para examinar la cuestión de la salud mental en las personas inmigrantes, hay ciertos aspectos que deben ser considerados. Con este apartado se pretende brevemente comentar la incidencia de problemas relacionados con la salud mental y la importancia de no caer en generalizaciones cuando se aborda este tema, en este ámbito con este grupo. Asimismo, se justifica el apartado siguiente. Para comprender qué recursos y servicios de interpretación y traducción en el área de la salud mental están disponibles en

Australia y España, será conveniente conocer la diversidad de culturas e idiomas que conviven en ambos países y mencionar cómo funcionan sus sistemas de salud, con especial atención al área de salud mental.

5. Panorama

5.1. Australia

Antes de abordar los servicios de interpretación y traducción relacionados con la salud mental disponibles en este país en distintos idiomas, parece relevante conocer y comentar la diversidad en cuanto a distintos grupos de comunidades con culturas y lenguas distintas que caracteriza a este país. Asimismo, se comentará brevemente el funcionamiento de su sistema sanitario, en especial el ámbito de la salud mental, y se mencionarán los servicios de salud mental de los que dispone la población de Australia. Por un lado, esta información es útil en cuanto a la influencia que tienen estos factores en la creación y distribución de estos recursos de traducción y servicios de interpretación. Por otro, ofrece un panorama, no exhaustivo pero valioso, sobre las actitudes y acciones tomadas por este país, el gobierno en especial, con respecto a las necesidades de las comunidades con lenguas y culturas diferentes.

5.1.1. Multiculturalidad

Australia es un país que se caracteriza entre otros aspectos por su multiculturalidad. Según datos del *Australian Bureau of Statistics* (2020), se calcula que en 2019 la población de este país ascendía a más de 25 millones de personas. Ese mismo año, medio millón de personas llegaron a Australia como parte de la población inmigrante (Australian Bureau of Statistics, 2020). En 2018, el 29% de la población estaba compuesto por personas que nacieron en otros países, lo que se traduce como unos 7 millones de inmigrantes viviendo en Australia (Australian Bureau of Statistics, 2019b). Se ha documentado que viven personas de todos los países del mundo, siendo las procedentes de Inglaterra las que constituyen el grupo más numeroso, seguido por los nacidos en China (Australian Bureau of Statistics, 2019b). De hecho, la región noreste de Asia fue el lugar de donde la mayor cantidad de inmigrantes procedieron en 2018 (Australian Bureau of Statistics, 2019b). El grupo formado por los estudiantes internacionales representa un porcentaje significativo de la población inmigrante que llega al país (Australian Bureau of Statistics, 2019b). En cuanto a las lenguas, el inglés es el idioma nacional, y se hablan además, más de 300 otros idiomas, entre los que destacan el chino mandarín, el italiano, el árabe, el cantonés y el griego (Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade, 2016).

Como breve comentario sobre su historia, antes de la llegada de los británicos en el siglo XVIII, dos grupos importantes ya estaban establecidos en el país, los pueblos aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres (Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade, 2016). Estas comunidades indígenas mantienen sus propias culturas y lenguas, y forman parte de la diversidad del país (Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade, 2016).

Para Australia, la inmigración no es un concepto reciente. Desde principios del siglo XX, un gran número de personas llegaron desde Europa, únicamente desde este continente debido a la política conocida como *White Australia*, que solo permitía inmigrar a los europeos (Australian Bureau of Statistics, 2019a; Australian Government Department of Home Affairs, 2020b). Cuando se detuvo esta política después de la Segunda Guerra Mundial, Asia fue una de las zonas de donde más emigraba la población (Australian Bureau of Statistics, 2019a).

La elaboración de políticas acerca de la inmigración y de la diversidad de culturas tiene un impacto significativo para distintas comunidades, y sirve también para indicar un reconocimiento hacia la multiculturalidad que caracteriza el país. Durante los años 70, se comenzó a reconocer que se debía prestar atención a las necesidades de los inmigrantes y ayudarles a instalarse mejor en el país, sobre todo a las personas cuya lengua materna no era el inglés (Australian Government Department of Home Affairs, 2020b). En estos años se introdujo el término «multiculturalismo», se formaron asociaciones para mantener las diversas culturas e idiomas, y se puso en marcha la primera política multicultural nacional de forma que se ofrecían servicios para los inmigrantes (Australian Government Department of Home Affairs, 2020b). Actualmente, existe un organismo, *Australian Multicultural Council*, que se encarga de ofrecer asesoramiento al Gobierno en asuntos multiculturales (Australian Government Department of Home Affairs, 2020a).

La política más relevante para este trabajo es la *Multicultural Access and Equity Policy*, de la que se sirve el Gobierno de Australia para garantizar que los ciudadanos, sin importar los factores culturales o lingüísticos, no tengan problemas para acceder a sus programas y servicios y que estos sean útiles para todos (Commonwealth of Australia, 2018). En sentido general, la política se centra en las comunidades culturalmente y lingüísticamente diversas (en inglés, *CALD communities*), como los inmigrantes que no dominan el inglés y los refugiados (Commonwealth of Australia, 2018).

Desde hace más de dos décadas, se publican informes sobre el cumplimiento de los departamentos y agencias del Gobierno en cuanto a la política. Se considera que en los últimos años se han llevado a cabo acciones valiosas para las distintas comunidades, aunque se sigue necesitando mejorar. Como ejemplo, en un informe reciente la mayoría de los involucrados consideraron que cumplían con el objetivo relacionado con la comunicación y el lenguaje, que incluye la utilización de intérpretes y traductores, y el uso de otros idiomas (Commonwealth of Australia [Department of Social Services], 2017). Se observó un aumento en los recursos online disponibles en distintos idiomas y más información sobre el servicio de traducción e interpretación (Commonwealth of Australia [Department of Social Services], 2017). Aunque la mayoría de los comentarios acerca de este servicio fueron favorables, se expusieron algunas preocupaciones, por ejemplo en el ámbito sanitario (Commonwealth of Australia [Department of Social Services], 2017). Se indicó, por un lado, la necesidad de contar con intérpretes que tuvieran conocimientos acerca de la terminología médica, y por otro, el hecho de que algunos profesionales sanitarios no estaban muy dispuestos a utilizar los servicios de interpretación (Commonwealth of Australia [Department of Social Services], 2017).

5.1.2. Sistema sanitario y salud mental

El sistema sanitario de Australia combina un seguro público, aunque no para todos los habitantes, y uno privado (Dixit, & Sambasivan, 2018). Por tanto, existen por ejemplo hospitales públicos y privados (Australian Institute of Health and Welfare, 2018a). Mediante este sistema se proporcionan servicios tanto por parte del gobierno como de otras organizaciones no relacionadas, y los responsables de este son el Gobierno, los gobiernos estatales y territoriales y los gobiernos locales (Australian Institute of Health and Welfare, 2018a). Al seguro médico público universal se lo conoce como *Medicare*, es financiado por el Gobierno, no cubre todos los posibles servicios sanitarios, y solo algunos grupos de personas pueden acceder a él, como los ciudadanos y los considerados como residentes permanentes, entre otros (Australian Institute of Health and Welfare, 2018a).

Una de las áreas incluidas en el sistema sanitario, es la salud mental. Mantener una buena salud mental es una preocupación importante puesto que en este país se calcula que un gran número de personas sufren algún trastorno o enfermedad mental (Australian Institute of

Health and Welfare, 2018b). Se estimó recientemente que millones de personas se beneficiaron de los servicios relacionados con la salud mental disponibles (Australian Institute of Health and Welfare, 2019).

Una enfermedad mental puede definirse como aquella que afecta las capacidades cognitivas, emocionales o sociales de una persona; y este término comprende distintos tipos de trastornos mentales y de comportamiento (Australian Institute of Health and Welfare, 2019). Uno de los tipos más frecuentes son los relacionados con la ansiedad y los afectivos, como por ejemplo la depresión, siendo, de hecho, los antidepresivos los medicamentos más dispensados en 2017-18 (Australian Institute of Health and Welfare, 2019). Distintos servicios se encuentran disponibles con el fin de prestar a la población asistencia en el área de salud mental (Australian Institute of Health and Welfare, 2018c). Asimismo, el Gobierno ofrece varios recursos como *Lifeline Australia*, *Beyondblue* y *Head to Health*, que proporcionan ayuda e información relacionada con este ámbito (Australian Government, s.f.).

5.2. España

Este apartado tratará los mismos temas que el anterior sobre Australia. Contar con ambos apartados nos permite comparar estos aspectos. Se considera relevante exponer estos datos, ya que conocer características sobre la población de un país es importante para entender qué servicios y proyectos se han puesto en marcha, y en qué se necesita seguir trabajando.

5.2.1. Multiculturalidad

Alrededor de 47 millones de personas residen en España, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2020a), en su estimación con fecha a julio de 2019. Hasta esa fecha, el número de extranjeros registrados fue de 5 millones de personas, y más de 300.000 personas con nacionalidad extranjera inmigraron durante el primer semestre de ese mismo año (Instituto Nacional de Estadística, 2020a). Como se puede observar, los movimientos migratorios en España son frecuentes, y se puede considerar que entre toda la población se encuentran personas con distintas culturas y lenguas. Se presentan variaciones por lugares de nacimiento y por comunidades autónomas, siendo por un lado los nacidos en Sudamérica el grupo más numeroso en cuanto a personas, con 2 millones de inmigrantes, seguido por los ciudadanos de países pertenecientes a la Unión Europea (sin contar con España) y por África, con casi 3 millones de personas entre ambos (Instituto Nacional de Estadística, 2020b). Como apunte histórico, España se convirtió en un país que empezó a finales de los ochenta a recibir un número significativo de personas, que al principio llegaban desde Europa en su mayoría, y más tarde desde África y Asia (Cachón Rodríguez, 2002).

Parece conveniente aclarar que en la categoría de «inmigrante», se incluyen tanto las personas cuyos motivos para emigrar están relacionados con aspectos económicos, como los inmigrantes que deciden instalarse en otro país por otras razones, como es el caso de los estudiantes por ejemplo (Navaza, Estévez, & Serrano, 2009). Programas como *Erasmus* ofrecen a algunos estudiantes europeos la oportunidad de vivir en otro país mientras que realizan sus estudios, y en el caso de España, esto es relevante ya que muchos estudiantes llegan al país a través de este programa (De-Juan-Vigaray, Parra Meroño, & Beltrán Bueno, 2014). Esta situación conlleva una convivencia de diversas culturas e idiomas. Cabe mencionar que en España, aunque el castellano es la lengua oficial, existen además otras lenguas, que están reguladas y reconocidas y que se utilizan en mayor o menor medida en distintas comunidades autónomas, como el catalán o el Euskera (Senado, s.f.).

Cuando se habla de multiculturalidad, el concepto de interculturalidad se puede considerar fundamental. Se entiende en este trabajo la interculturalidad como la «interacción entre personas de distintos orígenes y culturas, cuando existe una valoración positiva y un respeto hacia la diversidad cultural» (Moreno Fernández, 2009, p. 131). Se necesita una participación activa por parte de todos, tanto en el ámbito político como el social, y la puesta en marcha de distintas iniciativas (Bartolomé Pina, & Cabrera Rodríguez, 2003). En este contexto, se puede destacar la importancia de la figura del mediador intercultural (Moreno Fernández, 2009; Bartolomé Pina, & Cabrera Rodríguez, 2003), que ya se comentó brevemente. En el ámbito sanitario ya se han desarrollado medidas para atender adecuadamente a grupos de inmigrantes, aunque no a un nivel nacional, proporcionando recursos disponibles en distintos idiomas y contando con mediadores culturales (Junta de Andalucía, s.f.).

5.2.2. Sistema sanitario y salud mental

En España, la atención sanitaria se basa en una cobertura pública, que mediante el Sistema Nacional de Salud (SNS) proporciona servicios a todos los residentes del país (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, 2020). Cada comunidad autónoma gestiona y dispone de sus propios servicios de salud, por lo que se presentan diferencias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Por ejemplo, en cuanto a salud mental, la redes de servicios disponibles en cada una de ellas varían (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Con respecto a los principales problemas crónicos de salud, los relacionados con la salud mental ocupan la sexta posición, constituyendo el 11% de estos problemas (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, 2020). Según datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2017, la prevalencia de morbilidad psíquica en el país fue del 19,1% (Henares Montiel, Ruiz-Pérez, & Sordo, 2020).

Desde el Ministerio de Sanidad se llevan a cabo estrategias para, de manera general, lograr una mejora en cuanto a la atención en el área de la salud mental, y concretamente, entre sus metas están la prevención de las enfermedades mentales, el fin de la discriminación y estigmas presentes, y una mejor atención en lo que se refiere a calidad y equidad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Cabe señalar que las comunidades autónomas también desarrollan sus propios planes de salud mental, como puede ser el elaborado recientemente por la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud, 2018).

6. Comparación de la atención relacionada con la salud mental a población inmigrante

Es necesario que en países receptores de inmigrantes y refugiados como lo son Australia y España existan recursos que puedan atender a las necesidades de estos grupos. Una atención integral es vital. Una cuestión fundamental es la asistencia a la salud mental. Cuando se producen barreras lingüísticas y culturales es esencial contar con profesionales que faciliten la comunicación entre profesionales sanitarios y estas personas, es decir, contar con intérpretes, traductores o mediadores interculturales. A continuación, se presenta una breve exposición de la situación en ambos países con respecto a estas cuestiones.

6.1. Australia

En Australia se encuentra disponible una variedad de servicios relacionados con la salud mental. Algunos funcionan a nivel nacional y otros solo están presentes en uno de los estados o territorios del país. Reconociendo la multiculturalidad de la población y las necesidades de las comunidades diversas en cuanto a culturas e idiomas, se desarrollan organizaciones

dedicadas a mejorar la salud y en especial la salud mental de grupos minoritarios, y asimismo algunos estados ponen en marcha proyectos e iniciativas con este fin.

Para las personas con problemas de salud mental, las líneas telefónicas de apoyo pueden ser de mucha utilidad (Better Health Channel, 2015a). Los servicios de *Headspace* y la línea *Lifeline* ofrecen ayuda en este contexto, y las personas que no hablan inglés pueden acceder a estos a través del servicio de traducción e interpretación de *TIS National*, comentado en el apartado 2.1. (Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos) (Better Health Channel, 2015b; 2015c).

La organización *Mental Health Australia* ha desarrollado un proyecto a nivel nacional llamado *Embrace Multicultural Mental Health* con el objetivo de que las comunidades con distintos idiomas y culturas puedan obtener servicios, recursos e información relacionada con la salud mental (Embrace Multicultural Mental Health, s.f.). A través de este proyecto se ha puesto en marcha un sistema mediante el cual las organizaciones interesadas pueden comprobar si sus servicios se ajustan a las necesidades de una población multicultural y pueden recibir recomendaciones para mejorar (Embrace Multicultural Mental Health, 2020). Por otro lado, en su sitio web (<https://embracementalhealth.org.au/>) se encuentra disponible una serie de documentos sobre temas relacionados con la salud mental, como los trastornos más comunes, en una variedad de idiomas, entre ellos el español.

Con una finalidad parecida, *Centre for Culture, Ethnicity & Health* se dedica a formar a organizaciones en aspectos culturales, de manera que puedan comunicarse mejor con distintas comunidades, por ejemplo con personas refugiadas; y también les ofrecen información sobre servicios lingüísticos, en concreto sobre interpretación y traducción (Centre for Culture, Ethnicity & Health [CEH], 2020b). Este centro empezó en el estado de Victoria a finales del siglo pasado (CEH, 2020c).

Acerca de estos servicios, se aportan documentos muy informativos sobre cómo trabajar con intérpretes, mencionando la importancia de una buena organización antes y durante la interpretación, y de conocer algunos aspectos relevantes para que la comunicación entre las personas implicadas sea lo más efectiva y adecuada posible (CEH, 2014a). Se recomienda tener una conversación con el intérprete al terminar, sobre todo si se han tratado temas controvertidos o emocionales (CEH, 2014b). En cuanto a la traducción, se gestiona un listado, *Health Translations*, con recursos del ámbito de la salud disponibles en distintos idiomas, apoyado por el Gobierno de Victoria (CEH, 2020a).

Se facilitan también listas e información para las personas que quieran encontrar a profesionales bilingües, por ejemplo psicólogos y psiquiatras (CEH, 2019). Este mismo material lo proporciona otra organización del mismo estado, *Victorian Transcultural Mental Health* (Victorian Transcultural Mental Health [VTMH], 2014). Esta organización también trabaja con organizaciones para lograr una igualdad con respecto al acceso a servicios de salud mental y para mejorar el bienestar de las distintas comunidades, destacando el papel relevante que tiene la cultura en este contexto (VTMH, 2018).

En el estado de Nueva Gales del Sur, o *New South Wales (NSW)* en inglés, se encuentra el servicio *NSW Multicultural Health Communication Service (MHCS)* (<https://www.mhcs.health.nsw.gov.au/>). Se encarga de procurar que programas y servicios del ámbito de la salud puedan establecer una comunicación adecuada con personas con culturas e idiomas diferentes, y provee información acerca de la salud en distintos idiomas (NSW Government, 2019a). Trabajan con otros servicios como *NSW Refugee Health Service*, *Transcultural Mental Health Centre* y *Health Care Interpreter Translation Services* (NSW Government, 2019a). En este estado están disponibles varios servicios de interpretación en este ámbito, los servicios *Health Care Interpreter Services (HCIS)* (NSW Government, 2019b). Se recomienda contar con intérpretes profesionales cuando la comunicación es crucial entre pacientes que no dominan el inglés y profesionales sanitarios (NSW Government, 2019b). En

este sentido, se podría considerar que en el área de la salud mental disponer de intérpretes es imprescindible. Por otro lado, el Gobierno de Nueva Gales del Sur también cuenta con el centro *Transcultural Mental Health Centre (TMHC)*, dedicado a la salud mental y bienestar de la población multicultural y multilingüe del estado (NSW Health, 2019).

El Gobierno del estado de Queensland ha desarrollado una estrategia para responder a las necesidades de la población refugiada en materia de salud (State of Queensland [Queensland Health], 2017). Este plan contempla que parte de estas necesidades están relacionadas con la salud mental, y promueve recurrir a servicios de interpretación profesionales (State of Queensland [Queensland Health], 2017). Por su parte, el servicio *Queensland Transcultural Mental Health Centre* (<https://metrosouth.health.qld.gov.au/qtmhc>) trabaja con personas de diferentes comunidades con distintas culturas e idiomas y con profesionales del área de la salud mental para mejorar el bienestar y la atención a estos grupos en este ámbito (State of Queensland [Queensland Health], 2019).

En este mismo estado, la organización no gubernamental *Multicultural Centre for Mental Health and Wellbeing (Harmony Place)* comparte ese objetivo, para lo que proporcionan distintos programas y apoyo (Harmony Place, 2020a). Para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, se ofrece contar con intérpretes acreditados (Harmony Place, 2020b).

Por último, cabe mencionar la red *FASSTT (the Forum of Australian Services for Survivors of Torture and Trauma)*, constituida por los servicios presentes en cada estado y territorio dirigidos a refugiados que han sufrido situaciones traumáticas (FASSTT, 2018). En el área de la salud mental, se señala que se hace uso de intérpretes cuando es necesario (FASSTT, 2018). En particular, así lo exponen por ejemplo la organización que trabaja en el estado de Victoria, *Foundation House (Victorian Foundation for Survivors of Torture)*, *STARTTS* de Nueva Gales del Sur, y *Phoenix Centre* de Tasmania (Foundation House, 2020; *STARTTS*, 2020; Migrant Resource Centre Tasmania, s.f.). Este centro en Tasmania también se encarga de *Tasmanian Transcultural Mental Health Network (TTMHN)*, que ha ofrecido a intérpretes formación relacionada con la salud mental (TTMHN, 2018). Asimismo, la asociación *ASeTTS* en Australia Occidental imparte un curso acerca del trabajo con intérpretes en este contexto (ASeTTS, 2019).

Se puede concluir que existe en el país una concienciación sobre las necesidades que tienen distintas comunidades en el ámbito de la salud, y en concreto en relación con la salud mental. Diversas organizaciones ponen en marcha planes y servicios para lograr que profesionales y otras organizaciones del área de la salud mental puedan comunicarse de manera efectiva con personas con culturas e idiomas diferentes. Parecen tener en cuenta lo importante que es el uso de intérpretes profesionales. Si bien es cierto que aunque se promuevan estas buenas prácticas, puede ocurrir que en realidad el uso de estos profesionales no se produzca con mucha frecuencia. Contar con datos reales que puedan demostrar esto podría ser beneficioso. De la misma manera, sería relevante conocer más a fondo la formación de los intérpretes profesionales en el campo de la salud mental.

6.2. España

En España se pueden encontrar proyectos relacionados con la acogida y ayuda psicosocial dirigida a solicitantes de asilo y refugiados por parte de distintas organizaciones. Estas, a su vez, también proporcionan servicios de interpretación y traducción. Por parte de algunas comunidades autónomas se pone a disposición de la población servicios como la teletraducción, en el ámbito sanitario.

La labor de Red Acoge en el campo de la salud mental y la asistencia a población inmigrante merece ser comentada. La federación Red Acoge comenzó a finales del siglo

pasado, y está formada por varias organizaciones que se encuentran por distintos puntos del país (Red Acoge, s.f.-c; s.f.-e). Algunos de sus objetivos son la integración de la población inmigrante y refugiada, y la protección de sus derechos (Red Acoge, s.f.-e). Con respecto a la promoción de la integración social, tienen en cuenta la importancia de la educación, y en concreto la enseñanza de la lengua o lenguas del país (Red Acoge, s.f.-b). Entre sus acciones, también se incluye la cooperación con empresas interesadas que apoyen la diversidad e inclusión de las personas (Red Acoge, s.f.-d). En el área de la salud mental, se llevan a cabo programas de acogida y acompañamiento para personas inmigrantes, y por ejemplo en particular colaboran en el desarrollo de un programa dirigido a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad (Red Acoge, s.f.-a). En el caso de las personas solicitantes de protección internacional, en el protocolo que se promueve se recalcan las actuaciones no solo de alojamiento sino también las relacionadas con la atención psicosocial y la traducción e interpretación (Red Acoge, 2019). Se considera relevante la labor de los traductores e intérpretes para que se logre un entendimiento entre las personas implicadas, y se recomienda encontrarse antes con ellos y facilitar un sitio apropiado para el trabajo (Red Acoge, 2019).

Dos de las organizaciones que son miembros de Red Acoge son Bayt Al-Thaqafa y València Acull [Valencia Acoge] (Red Acoge, s.f.-c). La fundación Bayt Al-Thaqafa, establecida en Cataluña, ha puesto en marcha un programa destinado a solicitantes de asilo, mediante el cual prestan a estas personas atención psicosocial y psiquiátrica, y acompañamiento (Fundació Bayt Al-Thaqafa, 2019). Para este programa la fundación colabora con el Parque Sanitario San Juan de Dios a través de su Servicio de Atención a la Migración (SATMI), centrado en la asistencia en salud mental (Fundació Bayt Al-Thaqafa, 2019; Parque Sanitario San Juan de Dios, 2019).

Con objetivos y actuaciones similares trabaja la Fundación La Merced Migraciones. Organizan programas de acogida y acompañamiento para personas inmigrantes y refugiadas (La merced migraciones, s.f.-b). Con respecto a la salud mental, desarrollan un proyecto, *Recurso residencial de salud mental para personas refugiadas*, que atiende a personas refugiadas y solicitantes de protección internacional que tengan problemas en este área, ofreciendo «un recurso de enfoque transcultural, psicosocial y comunitario, entendiéndolo como un recurso de recuperación, prevención de recaídas y acompañamiento especializado» (La merced migraciones, s.f.-d). Asimismo, a través de algunos de sus proyectos orientados a personas refugiadas, se proporciona acompañamiento, atención psicológica y servicios de traducción e interpretación (La merced migraciones, s.f.-a; s.f.-c). Por último, recientemente ha elaborado una guía orientada a mejorar la atención de las personas inmigrantes con culturas diversas por parte de los profesionales de la salud (Fundación La Merced Migraciones, 2019). En ella se destaca la figura del mediador sociosanitario intercultural considerándola como un recurso muy valioso para facilitar la comunicación entre estos dos grupos de personas, y también valorando la importancia de la cultura (Fundación La Merced Migraciones, 2019). Es por este último punto, por el que se debería contemplar la presencia de los mediadores interculturales en las actuaciones con comunidades con culturas distintas en el ámbito de la salud mental.

La Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) también lleva a cabo actuaciones de acogida, acompañamiento, atención psicológica y social, y de traducción e interpretación, dirigidas a personas refugiadas (Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR], s.f.-a). En 2018, un 5% de las actuaciones estuvieron relacionadas con la traducción y la interpretación, y un 37% con la actuación psicológica y social (CEAR, s.f.-a). En cuanto a idiomas, en 2019, de todas las interpretaciones que se hicieron el idioma con el que más se trabajó fue el árabe (occidental y oriental), seguido por el francés (CEAR, s.f.-b). En cuanto a ámbitos, el porcentaje de actuaciones de interpretación en el Servicio Psicológico fue del 31% (CEAR, s.f.-b).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en 2011 una guía la cual pudiera servir como un recurso «para que los responsables de las instituciones que atienden a las personas con problemas de salud mental pudieran autoevaluar su competencia intercultural» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 9). Se recomienda contar con intérpretes, traductores o mediadores culturales, puesto que consideran que su labor es crucial (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Las barreras lingüísticas y la falta de comprensión del lenguaje no verbal pueden resultar en una comunicación ineficaz entre el paciente y el profesional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Asimismo, la interpretación presencial en comparación con la telefónica, es más recomendable sobre todo cuando se trata de una intervención psicológica o psiquiátrica, siempre que se pueda (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Un beneficio de disponer de intérpretes o mediadores en el ámbito de la salud mental es que al utilizar su idioma, el paciente puede transmitir mejor sus pensamientos y emociones, algo que definitivamente es valioso también para el profesional que le atiende (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). En este documento además se considera el papel de la cultura en el ámbito de la salud y en especial de la salud mental, y la necesidad de tener en cuenta este aspecto en el proceso de obtener un diagnóstico (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En Cataluña, un documento más reciente se elaboró para responder a las necesidades de las personas refugiadas en el campo de la salud mental (Direcció General de Planificació en Salut, 2016). Se defiende el uso de mediadores interculturales y se recomienda formar a los profesionales sanitarios involucrados para que adquieran una competencia intercultural (Direcció General de Planificació en Salut, 2016). Una «adecuada adaptación cultural» es necesaria para lograr que «cualquier intervención psiquiátrica o psicosocial con personas refugiadas o inmigrantes» sea eficaz (Direcció General de Planificació en Salut, 2016, p. 15).

En esta comunidad, un servicio de traducción telefónica está disponible a través de 061 CatSalut Respon, mediante el cual los profesionales sanitarios y los pacientes que lo necesiten pueden comunicarse, aunque no hablen el mismo idioma (Generalitat de Catalunya, 2013). En la Comunidad de Madrid, existe en el Servicio Madrileño de Salud un servicio de mediación e interpretación que se encuentra disponible en los hospitales, los servicios de salud mental y distintos servicios de urgencias, entre otros, que pertenezcan al Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, s.f.). Se trata de un servicio de teletraducción disponible en más de 50 idiomas (Comunidad de Madrid, s.f.). Por otro lado, uno de los objetivos propuestos en su reciente plan de salud mental es mejorar este servicio de teletraducción (Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud, 2018). Por último, en Andalucía los profesionales sanitarios pueden acceder y utilizar un servicio de traducción lingüística disponible en 64 idiomas a través de Salud Responde (Servicio Andaluz de Salud, 2019c).

Se puede observar que la asistencia psicosocial y distintos servicios dirigidos a población inmigrante, refugiados y solicitantes de asilo en España forman parte de los proyectos e iniciativas desarrolladas por fundaciones y organizaciones establecidas por el país. Estas buscan la inclusión de estos grupos de personas en la sociedad y algunos de sus proyectos están centrados en la atención a la salud mental. Sin embargo, dependen de la ayuda de voluntarios y de conseguir financiación. Por ejemplo, el programa de *Alojamiento temporal para personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad* con el que colabora Red Acoge, cuenta con el apoyo económico del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (Red Acoge, s.f.-a). La implicación del Gobierno en estas cuestiones es importante. Distintas comunidades autónomas ponen a disposición de los profesionales sanitarios servicios de interpretación telefónica, un recurso muy útil. Por otro lado, parece que sí que existe una concienciación sobre la necesidad de contar con intérpretes o mediadores interculturales en intervenciones relacionadas con la salud mental, y también sobre la relevancia de la cultura en el ámbito de la salud y en especial

de la salud mental. Por último, al igual que en Australia, sería conveniente comprobar la formación de los intérpretes y traductores que colaboran en estas actuaciones, y sobre todo investigar si en esta formación se incluyen cuestiones relacionadas con la salud mental.

7. Metodología

Este trabajo tiene como objetivo comparar la atención que reciben los grupos de personas con idiomas y culturas diversas que residen en España y en Australia, en cuanto a servicios y recursos disponibles para responder a las necesidades que puedan tener en el ámbito de la salud mental, y con especial atención a la interpretación y traducción. Ya se han comentado en el apartado anterior (6. Comparación de la atención relacionada con la salud mental a población inmigrante) algunos de los servicios de interpretación presentes en estos países y dirigidos a la población inmigrante. En el siguiente apartado (8. Análisis), se analizarán algunos documentos. Estos son folletos con contenido relacionado con la salud mental.

Las investigaciones o artículos publicados que incluyan análisis de folletos de salud mental no parecen ser frecuentes, si se tienen en cuenta los publicados antes de este trabajo y escritos en inglés o español. Sin embargo, algunos autores han examinado folletos del ámbito de la salud redactados en inglés y en español, como Mayor Serrano (2005) y Faya Ornia (2015a, 2015b), y se pueden encontrar artículos relacionados con la salud mental, como el publicado por Acosta Artilles y Bolaños Medina (2017). Los artículos de los dos primeros autores son relevantes por la influencia que han tenido en el siguiente apartado (8. Análisis).

Antes de analizar los folletos, será conveniente comentar cómo ha sido el proceso de búsqueda y selección de los mismos. La comparación previa sobre los recursos disponibles en los dos países de los que se ocupa este trabajo, ha sido de gran utilidad para encontrar documentos con información acerca de la salud mental tanto en las lenguas oficiales de los dos países, como en otros idiomas en traducciones de estos documentos. Cabe mencionar que en el caso de Australia ha sido más sencillo encontrar estos folletos, y especialmente sus correspondientes traducciones.

Se realizaron búsquedas en los sitios web de *Transcultural Mental Health Centre* (<https://www.dhi.health.nsw.gov.au/transcultural-mental-health-centre>) y *Embrace Multicultural Mental Health* (<https://embracementalhealth.org.au/>). En el primero, se encontraron alrededor de 40 documentos en inglés relacionados con la salud mental, acompañados de sus correspondientes traducciones al español. En el segundo, se encontraron 10 documentos relacionados con este mismo ámbito y en español. Estos recursos son traducciones de textos en inglés, también disponibles en el sitio web. Otro de los recursos consultados iniciados en Australia es *Health Translations*, que como se ha comentado anteriormente es un listado que contiene documentos del ámbito de la salud y del que se encarga el *Centre for Culture, Ethnicity & Health* (CEH, 2020a). Los documentos disponibles en español y relacionados con la salud mental son numerosos, encontrándose alrededor de 60 (State of Victoria, 2018).

Entre estos, se han elegido tres: «*Depression - how medicine can help*» (Folleto 1), «*What is a depressive disorder*» (Folleto 7), y «*What is an anxiety disorder*» (Folleto 9). Las traducciones de estos al español se encontraron también en este listado. Estas son: «DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?» (Folleto 2), «¿Qué es un trastorno depresivo?» (Folleto 8), y «¿Qué es un trastorno de ansiedad?» (Folleto 10).

Con respecto al folleto 1 y el folleto 2, la organización *Transcultural Mental Health Centre* figura como la responsable de elaborar ambos (State of Victoria, 2019a). La justificación de la elección de este documento, y su traducción, se basa en la relevancia de esta enfermedad y los medicamentos antidepresivos en Australia, cuestión comentada en el apartado 5.1.2. (Sistema sanitario y salud mental). Además, esta decisión está basada en la información que

contiene, ya que será valiosa para el análisis de este texto. La organización *EMBRACE Multicultural Mental Health* (MHA) aparece como la responsable de los folletos 7 y 8 y los folletos 9 y 10 (State of Victoria, 2019b; 2019c).

En cuanto a los documentos de salud mental elaborados en España, las organizaciones comentadas previamente (6. Comparación de la atención relacionada con la salud mental a población inmigrante) no proporcionan, al menos en sus sitios web, recursos en este contexto, acerca de la salud mental o en distintos idiomas. Merece la pena señalar que servicios como el Servicio Andaluz de Salud, sí disponen de documentos relacionados con este campo, redactados en español (Servicio Andaluz de Salud, 2019b). Aunque no se aporten traducciones de dichos documentos al inglés, puede ser interesante mencionar el proceso de elaboración de los mismos.

Se ofrece una serie de guías de autoayuda relacionadas con la depresión y la ansiedad (Servicio Andaluz de Salud, 2019a). Los profesionales encargados contaron con otros documentos en inglés, por lo que tuvieron que realizar traducciones, además de distintas revisiones «para detectar posibles áreas de conflicto en la adaptación al contexto español» y para «mejorar la comprensibilidad y adaptación cultural» (Servicio Andaluz de Salud, 2019a).

No fue posible conseguir folletos con traducciones al inglés relacionados con este campo, por lo que se buscaron otros recursos. Se encontró el Centro de Recursos IEC para población inmigrante (<http://www.riec.es/>), el cual, como su nombre indica, proporciona una lista de recursos sobre temáticas distintas y en varios idiomas. Algunos de los folletos elegidos para el análisis se encontraron en esta página web. Estos son: «Adolescencia y alimentación: para adolescentes» (Folleto 3) y «Adolescencia y alimentación: para padres y madres» (Folleto 4); y sus traducciones correspondientes al inglés, «*Adolescence and feeding: for adolescents*» (Folleto 5), y «*Adolescence and feeding: for parents*» (Folleto 6). Si bien es cierto que aunque en el listado de recursos se incluye un gran número de documentos, la fecha de elaboración de estos no parece muy reciente, al menos ese es el caso de los que tratan temas de salud mental. En cualquier caso, este es un recurso útil ya que se pueden consultar y valorar las traducciones realizadas hace varios años. En cierta manera, esta cuestión ha sido la que ha influido la elección de los documentos.

Se consideró necesario añadir más documentos elaborados en España y que trataran distintos temas referentes a la salud mental. Se consultaron sitios web relevantes de sociedades, confederaciones y asociaciones de este país y relacionadas con esta especialidad. En concreto, se realizaron búsquedas de documentos en el sitio web de la Confederación SALUD MENTAL España (<https://consaludmental.org/>) y de la Sociedad Española de Psiquiatría (<http://www.sepsiq.org/>). En esta última, se encuentran varios folletos desarrollados en colaboración con el *Royal College of Psychiatrists*, de Reino Unido (SEP, s.f.). Se seleccionó para el análisis uno de estos, que es: «Trastorno por estrés postraumático (TEPT)» (Folleto 11). Este folleto es una traducción de otro texto redactado en inglés. Con el propósito de comentar ciertos aspectos del texto en español, se consultará la información original, que puede encontrarse en el sitio web del *Royal College of Psychiatrists* (<https://www.rcpsych.ac.uk/>) (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

El análisis de los folletos (1-11) sigue una estructura, y está basado en varias teorías e investigaciones previas, similares, en cierto sentido, a la que se pretende realizar en este trabajo. Estas son fundamentalmente algunas teorías relacionadas con la traducción, apoyadas por figuras importantes como Christiane Nord, y los artículos de Mayor Serrano (2005) y Faya Ornia (2015a, 2015b).

Se consideró conveniente investigar y determinar primero qué teorías serían las más adecuadas para fundamentar el análisis y para concretar el propósito y los factores incluidos en él. Algunos de los objetivos son identificar las funciones de los textos, determinar si en las traducciones se ha tenido en cuenta el destinatario, y comparar los textos originales con los textos meta. Asimismo, se buscaron otras publicaciones en las que se comentaran análisis de

textos en ámbitos parecidos. Además de los artículos de Mayor Serrano (2005) y Faya Ornia (2015a, 2015b), cabe mencionar que se encontraron otros artículos relevantes, como por ejemplo el publicado por Acosta Artiles y Bolaños Medina (2017) que aborda la cuestión de los anglicismos léxicos en artículos sobre temáticas de salud mental (Acosta Artiles, & Bolaños Medina, 2017).

Finalmente, se han consultado algunos documentos y sitios web, utilizados como recursos terminológicos, para la comparación de la terminología entre algunos textos originales y sus correspondientes traducciones, por ejemplo en el análisis de los folletos 1 y 2, 3 y 5, 4 y 6, 7 y 8, y los folletos 9 y 10.

El recurso terminológico TERMCAT (<https://www.termcat.cat/es/cercaterm>) ofrece términos relacionados con distintas áreas temáticas en diferentes lenguas. El sitio web <https://www.vademecum.es/>, facilita en español una significativa cantidad de información acerca de medicamentos, como los tipos, principios activos, y marcas comerciales disponibles en España. Asimismo, se proporcionan equivalencias de estas marcas, presentes en distintos países.

Dos recursos más se han utilizado, debido a que se han considerado valiosos para la terminología. Estos son el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, o *International Classification of Diseases (ICD)* en inglés. En ambos se pueden buscar muchos términos frecuentes en el ámbito de la salud mental, y sus definiciones en algunas ocasiones, y se han utilizado para el análisis de los folletos 9 y 11.

La clasificación *ICD*, o CIE en español, se ha consultado en uno de los sitios web de la OMS (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>), y en español, en la página web correspondiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (<https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html#>). Se ha accedido a las últimas versiones electrónicas disponibles, de 2019 y 2020.

En el caso del DSM-IV-TR, no se ha consultado este documento como tal. Los términos, mencionados en el análisis de un folleto (8) en el apartado 8.5. (What is a depressive disorder, What is an anxiety disorder, y Trastorno por estrés postraumático [TEPT]), que aparecen en este manual se han encontrado en otro documento, en: «*Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*», donde sí citan directamente como fuente el manual, que fue publicado en 2002 (Martín García-Sancho et al., 2009).

8. Análisis

Será conveniente, antes de comenzar con el análisis de los documentos, exponer las teorías más relevantes y establecer las partes en las que se dividirá, comentando los aspectos que se examinarán.

Como parte de este trabajo, y en concreto este apartado, se ocupa de la traducción, se podrían comentar algunos aspectos relevantes. Dentro del enfoque funcionalista, se deberá considerar la teoría de Vermeer, que se centra en el objetivo o finalidad de las traducciones (Vermeer 1989, como se citó en Nord, 1997). De acuerdo con esta teoría, la conocida teoría del *Escopo*, la persona o personas a las que se dirigen las traducciones son muy importantes para identificar esta finalidad (Nord, 1997).

En los análisis se incluirán los objetivos que parecen tener las traducciones realizadas, y por otro lado, las comunidades a las que se destina o que utilizarán estos documentos.

Estas no serán las únicas personas implicadas en los textos que se comentarán. Tal y como expone Nord (1997), en la traducción se establecen relaciones entre distintas personas. Se pueden encontrar los emisores de los textos originales, los receptores de los textos meta, los que elaboran los textos originales, los traductores y los usuarios de los textos meta (Nord, 1997).

En los análisis, apoyándose en las ideas de Nord (1997), para examinar los objetivos de las traducciones, se deberá tener en cuenta tanto «the relationship between the target text and its audience (which can be defined in the same terms as the one holding between any original text and its readers)» como «the relationship between the target text and the corresponding source text» (pp 45-46).

Por ello, se analizarán varios aspectos en cada uno de los documentos, y se compararán los textos originales y sus traducciones. Entre estos aspectos se incluyen factores extratextuales e intratextuales, que aparecen en los trabajos de Mayor Serrano (2005), Faya Ornia (2015a, 2015b), y Nord (1997).

En cuanto al género textual de los documentos seleccionados, es cierto que las convenciones con respecto a los géneros textuales que existen son relevantes debido a la influencia que tienen por un lado en la elaboración de textos y en la recepción de estos, y por otro en la traducción funcionalista por el papel significativo de la cultura (Nord, 1997). Sin embargo, en este apartado esta cuestión podría no tener tanta importancia como en otros contextos. En su análisis contrastivo de folletos redactados en inglés y español, Mayor Serrano (2005) determina que

en la clase de texto «folleto de salud» no pueden reconocerse partes textuales estandarizadas, si bien cabe señalar que algunos de los folletos analizados aparecen compuestos por una serie de secciones que nos recuerdan al orden que presentan ciertos textos de las clases textuales «guía» y «manual» [...]. No obstante, destaca la flexibilidad y la diversidad de la macroestructura de los folletos objeto de análisis en ambas lenguas, por lo que resulta prácticamente imposible establecer un modelo prototípico. (p. 135).

Las convenciones de estilo generales de distintos idiomas también merecen considerarse, puesto que pueden encontrarse diferencias en cada idioma, por ejemplo en cuanto a la frecuencia de uso (Nord, 1997).

En los análisis de las traducciones se indicará, en la medida de lo posible, el tipo de traducción, las formas y las funciones textuales de los documentos, según el modelo propuesto por Nord (1997). Los tipos de traducciones son documento e instrumento (Nord, 1997). Dependiendo del tipo, la función puede ser metatextual, referencial, expresiva, apelativa, o fática; y entre las formas se incluyen las traducciones equifuncionales, heterofuncionales y homólogos (Nord, 1997).

Como ya se ha comentado, los análisis que se presentan a continuación siguen una estructura similar. Se procederá a analizar primero algunos aspectos formales como el diseño, la estructura general, y las personas involucradas en la producción, recepción y emisión del texto. Después se examinará el registro, la terminología, y las estructuras gramaticales más frecuentes, entre otros aspectos lingüísticos. En el caso de las traducciones, también se discutirán los tipos y funciones, propuestos por Nord (1997).

Por último, se ha considerado conveniente discutir de manera general los resultados de estos análisis.

Los documentos que se analizarán son los siguientes: «*DEPRESSION – how medicine can help*» (Folleto 1), «*DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?* » (Folleto 2), «*Adolescencia y alimentación: para adolescentes*» (Folleto 3), «*Adolescencia y alimentación: para padres y madres*» (Folleto 4), «*Adolescence and feeding: for adolescents*» (Folleto 5), «*Adolescence and feeding: for parents*» (Folleto 6), «*What is a depressive disorder*» (Folleto 7), «*¿Qué es un trastorno depresivo?* » (Folleto 8), «*What is an anxiety disorder*» (Folleto 9), «*¿Qué es un trastorno de ansiedad?*» (Folleto 10), y «*Trastorno por estrés postraumático (TEPT)*» (Folleto 11). Además se consultará el texto original en inglés del Folleto 11, que se

encuentra en el sitio web del *Royal College of Psychiatrists* (<https://www.rcpsych.ac.uk/>) (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

8.1. DEPRESSION – how medicine can help

Este documento se encuentra disponible en la lista de recursos *Health Translations* (<https://www.healthtranslations.vic.gov.au/>). Este recurso, redactado en inglés, también puede consultarse en otros idiomas, como en español, italiano, francés, árabe y chino (State of Victoria, 2019a). Cabe mencionar que aunque se indica que la fecha en la que se hizo la última revisión fue en agosto de 2019, no consta cuándo se elaboró este documento en inglés (State of Victoria, 2019a). La única información sobre este tema que aparece en el texto, es que este documento es una adaptación de «*Consumer Medication Series*» de 2009.

8.1.1.

La temática del documento en general es la depresión y los medicamentos que pueden tomarse. En concreto, se comenta brevemente qué es la depresión; los síntomas que se pueden experimentar, como una falta de energía o cambios en el apetito; las posibles causas, como los antecedentes familiares; los tratamientos disponibles, como los medicamentos antidepresivos y terapias; y algunas indicaciones acerca de los medicamentos antidepresivos, como los efectos que pueden causar.

Asimismo, se informa sobre los tipos de medicamentos antidepresivos, sus efectos secundarios y sus nombres, tanto genéricos como marcas comerciales. Se incluye también una sección que contiene información acerca de posibles barreras lingüísticas. Se indica que si el usuario no se puede comunicar en inglés, se puede pedir un intérprete, y los médicos o farmacéuticos pueden contactar con el servicio *Translating and Interpreting Service (TIS)*. Este apartado es relevante puesto que no solo se informa al usuario acerca de la existencia de este servicio, sino que también se defiende la necesidad de contar con intérpretes profesionales, que respeten la confidencialidad y posean conocimientos de terminología médica. Por último, se añade que el folleto «*contains general information and does not include all possible side effects or all brand names of medications*» (Folleto 1).

Con respecto a los participantes, el único que consta es *Transcultural Mental Health Centre*, como la organización responsable del documento. Como se ha comentado, todas las personas implicadas pueden influir en el proceso de elaboración de un documento. Por falta de información, no se puede saber a ciencia cierta hasta qué punto se ha encargado esta organización. Como figura en el texto, se infiere que es el emisor de este documento.

Tras examinar el texto, se puede exponer que los usuarios o lectores a los que se dirige el texto son principalmente pacientes, familiares o personas que de una manera u otra se encuentren afectadas por esta enfermedad, y quieran obtener información.

Por un lado, este posible público podría tratarse de un grupo homogéneo, es decir, pueden ser usuarios con características comunes. El idioma en el que está redactado el texto es el inglés, por lo que se deduce que los lectores poseen un cierto dominio o competencia en este idioma lo suficientemente alto como para comprender el texto. Otro aspecto que puede delimitar este grupo es el lugar de residencia.

Aunque la información incluida sí que puede considerarse general en lo que se refiere a la definición, causas y síntomas de la depresión, también se mencionan otros temas que reducirían el grupo de personas que podrían utilizar toda esta información. Estos temas se refieren al apartado dirigido a las personas con problemas para comunicarse en inglés, puesto que este sirve para dar a conocer el servicio *Translating and Interpreting Service* y el uso de intérpretes. Este servicio se encuentra únicamente en Australia. Además, en una de las oraciones

en otra sección se menciona este país en concreto. Se podría concluir que los posibles lectores de este documento, que comprenderían el texto, serían las personas con conocimientos de la lengua inglesa, sobre todo en cuanto a comprensión lectora; y los que podrían hacer uso de toda la información que se presenta en él serían las personas capaces de entender el texto y que se encuentren en Australia.

Por otro lado, al considerar el apartado sobre el servicio de traducción e interpretación y el uso de intérpretes profesionales desde otro punto de vista, se podría deducir que se ha tenido en cuenta al elaborar el documento no solo a las personas de habla inglesa. Se ha considerado oportuno añadir este apartado, por lo que entre los destinatarios del documento podrían incluirse las personas que hablan otros idiomas.

Estas conclusiones podrían considerarse contradictorias, y por tanto no ser útiles para establecer a quién se dirige este documento. Sin embargo, es relevante comentar estos posibles receptores como un ejemplo de la importancia e influencia que tiene el destinatario en la elaboración de un texto.

Como último apunte, no se han observado referencias culturales que merezcan ser examinadas. Sin contar con las diferencias que se presentan en el ámbito de la salud mental si se comparan distintas culturas, por ejemplo en cuanto a los conceptos de enfermedad mental.

La finalidad de este documento es informar acerca de la depresión, los medicamentos asociados a esta enfermedad y los posibles efectos secundarios de tomarlos. Esta finalidad influye en el diseño y la macroestructura del documento.

Como se ha mencionado anteriormente, los folletos del ámbito de la salud no parecen seguir una estructura fija que compartan todos los documentos de este tipo. No obstante, se puede comentar la que se presenta en este documento.

Se puede dividir el folleto en tres secciones. El apartado principal contiene una serie de preguntas y respuestas. En el siguiente se presentan los tipos de medicamentos antidepresivos, y por último, se encuentra el apartado referente al servicio de traducción e interpretación.

Cada tipo de antidepresivo está acompañado por una tabla con dos columnas en las que se exponen varios nombres de medicamentos, en concreto el nombre genérico y la marca comercial de cada uno.

En cuanto a la fuente y tamaño del texto utilizados, no hay ninguna sección que destaque más que otra mediante el uso de estos elementos. Es un formato en general bastante simple, pero la información está presentada de una manera clara, que podría facilitar la búsqueda o lectura de ciertos temas. Por ejemplo, los síntomas y efectos secundarios se muestran enumerados, a modo de lista. El color del texto permanece el mismo en todo el documento, a excepción de la utilización del color rojo, que aparece en las tablas y en las preguntas o títulos y subtítulos de los apartados.

La oración «*This brochure contains general information and does not include all possible side effects or all brand names of medications*» es la única con formato de texto diferente (Folleto 1). Se presenta en cursiva. Probablemente sea porque no forma parte del texto en lo que se refiere a la temática de la depresión, sino que sirve como aclaración acerca del contenido del folleto.

Por último, aparecen los logos que pertenecen a *Transcultural Mental Health Centre* y a *NSW Health* del Gobierno de Nueva Gales del Sur.

Se podría concluir que este diseño complementa aspectos como la temática de la información que se aporta. Parece apropiado elaborar el documento con este estilo cuando su finalidad principal es informar a los lectores acerca de temas concretos como son los tipos y nombres de medicamentos antidepresivos. En cierto modo, lo beneficioso y lo que captará la atención del destinatario será la presentación clara de información.

A esto se añade el papel fundamental que tienen la terminología, la estructura utilizada, y en general los elementos internos o lingüísticos, que influyen también en la redacción del

texto; y en concreto, la selección de unos u otros depende en parte del grupo de personas al que vaya dirigido el documento. Se comentarán estos aspectos a continuación.

8.1.2.

Junto con esos elementos externos o formales, se pueden analizar aspectos internos o lingüísticos presentes en este documento.

En primer lugar se examina la variedad lingüística «acorde con el uso», esto es, el registro (Halliday, 1978, traducción de 1982, p. 50). Halliday declara que el concepto de registro «se refiere al hecho de que la lengua que hablamos o escribimos varía de acuerdo con el tipo de situación» (1982, p. 46). Parece relevante, por tanto, prestar atención a este concepto dentro del análisis de los textos seleccionados. Es más, tras este análisis se podrían comparar los documentos y comentar qué registro predomina entre los textos del tipo folleto del área de salud mental. Claro está, sin generalizar o afirmar que todos los folletos elaborados en este contexto deban compartir las mismas características que tengan los que se analizarán aquí. Este trabajo, al menos, no lo pretende.

Por un lado, es recomendable tener presente en este apartado lo que se ha abordado anteriormente acerca de los participantes implicados en las distintas acciones asociadas con el texto, puesto que entre los aspectos que influyen en el establecimiento de un registro, se encuentran los participantes (Halliday, 1982).

En base a los conceptos sociolingüísticos de Halliday, con respecto a las relaciones entre los participantes se pueden establecer diferentes «grados de formalidad», y «formas de tratamiento» (Instituto Cervantes, s.f.).

En el texto que aborda este apartado no se observa un claro distanciamiento entre el emisor o encargado de redactar el texto y el receptor o lectores. De hecho, hay secciones que indican lo contrario, como en las que aparece el formato de pregunta y respuesta. Webber afirma que las preguntas «have a direct appeal in bringing the second person into a kind of dialogue with the writer» (1994, como se citó en Mayor Serrano, 2005). En su análisis contrastivo, Mayor Serrano (2005) manifiesta que en los folletos de salud es habitual el uso de interrogaciones. Este recurso lingüístico puede conducir a una mayor participación o vinculación con el lector. Las preguntas se formulan como si fuera el emisor el lector. Esto es, desde este punto de vista, los destinatarios del texto, que como se comentó anteriormente son las personas interesadas en obtener la información que contiene el documento, son los que enunciarían las preguntas. Unos claros ejemplos de ello son: «*What else should I know about taking medicines for depression?*», «*Can I stop taking my medicine if I start to feel well?*», y «*What does my doctor need to know to give me antidepressant medicines?*» (Folleto 1).

Se podría señalar que en las respuestas, los emisores o productores del texto y los emisores del documento en su totalidad, comparten el hecho de proporcionar la información. Asimismo, se involucra al lector mediante el uso de «*your*» y del pronombre personal «*you*» en oraciones como «*Your medicine has been prescribed for your symptoms and to suit your medical history*», y «*Ask for an interpreter if you have difficulty communicating with your doctor or pharmacist*» (Folleto 1).

Además, el emisor puede dirigirse directamente al lector a través de la utilización del modo imperativo. Por ejemplo, se pueden mencionar las siguientes oraciones: «*Avoid or limit your use of alcohol*», y «*Tell your doctor as much information as possible about your symptoms and medical history*» (Folleto 1). No sería extraño pensar que uno de los elementos frecuentes en los folletos son las recomendaciones.

Por otro lado, conocer el «campo» o tema del que trata el texto es importante para poder establecer un registro (Halliday, 1982). El tema principal del texto y el contenido ya se han descrito brevemente. Ahora será relevante examinar el léxico presente en el texto.

Se puede encontrar lenguaje especializado. Los términos que más podrían destacar por su dificultad son los tipos de medicamentos antidepresivos, como «*Selective serotonin reuptake inhibitors*», «*Monoamine oxidase inhibitors*», «*Noradrenalin and specific serotonergic antidepressants*», y «*Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors*» (Folleto 1). Al contener información sobre medicamentos, en el texto se incluyen muchos términos del campo de la farmacología, como los nombres genéricos de estos medicamentos («*Mirtazepine*», «*Sertraline*», «*Doxepin*») y sus respectivas marcas comerciales («*Avanza*», «*Zoloft*», «*Deptran*») (Folleto 1). Estos son solo algunos, en total se proporcionan alrededor de cuarenta nombres.

Si se clasifica el léxico del texto por áreas o campos semánticos, se pueden establecer algunos grupos, que indican un lenguaje más general o más especializado.

Se pueden encontrar menciones a profesionales sanitarios como «*psychiatrist*», «*psychologist*», «*social worker*», «*counsellor*», frecuentes si se tratan cuestiones en el área de la salud mental (Folleto 1).

En cuanto a la patología, se enumeran varios conjuntos de síntomas. Entre ellos se incluyen los relacionados con la salud física como «*Changes in blood pressure*», «*Seizures or convulsions*», «*Fever*», «*Fast heart beat*», «*Dizziness*», y «*Headache*»; y otros síntomas como «*increased anxiety*», «*increased irritability*», «*feelings of hopelessness*», «*lack of energy*», «*changes in sleep habits*», y «*feeling confused*» (Folleto 1).

Se emplean también verbos frecuentes en este contexto. Estos son, algunos verbos como *treat* («*treated*»), *prescribe* («*prescribed*»), «*experience*», «*cause*» y «*take (antidepressant medicine)*»; sustantivos como «*medicine*», «*treatments*», «*illness*», «*health*», «*family history*», «*medical history*», «*symptoms*»; y adjetivos como «*effective*» (Folleto 1).

Esto concuerda con lo que se podría deducir que se encontraría en un folleto de este estilo, tanto por el contenido como por la estructura del documento. En lo que respecta a la traducción, será relevante descubrir cómo se han traducido los términos más complejos.

Cabe mencionar la presencia de abreviaturas en el texto. Sobre todo se utilizan en los medicamentos, como «*Tricyclic antidepressant (TCAs) medicines*», «*Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)*», «*Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs)*», «*Noradrenalin and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs)*», y «*Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)*» (Folleto 1). Además, se usa la abreviatura «*TIS*» para el servicio de traducción e interpretación («*Translating and Interpreting Service*»), y «*ECT*» para «*Electroconvulsive therapy*» (Folleto 1).

Las explicaciones y definiciones de términos ayudan al lector, facilitando la comprensión del texto. Estas aclaraciones pueden redactarse utilizando distintas estructuras. En su análisis, Mayor Serrano (2005) propone distintos modelos de definición. Uno de los más frecuentes en sus hallazgos es «*A is/are-es/son B [which-que C]*» (Mayor Serrano, 2005, p. 137). En el texto del que se ocupa este apartado, se presentan estas dos definiciones con estructuras similares: «*Depression is a medical illness that can have serious effects on physical and mental health*», y «*A side effect is an unwanted reaction to a medicine*» (Folleto 1).

No cabe duda de que esta no es la única forma de aclarar términos. Se pueden utilizar signos ortográficos de puntuación. En concreto, se emplea el paréntesis en los siguientes ejemplos a modo de explicación: «*Dizziness (feeling that everything is spinning around you)*», «*Indigestion (discomfort in the upper abdomen, belching or uncomfortable feelings of being full when eating)*», y «*Constipation (difficulty with emptying the bowels)*» (Folleto 1).

Estos ejemplos aparecen dentro del apartado sobre los tipos de medicamentos antidepresivos. Se repiten algunos de ellos, con la misma explicación. Por ejemplo, esto ocurre en el caso del término «*dizziness*» (Folleto 1). Se podría considerar que esta repetición se emplea teniendo en cuenta al usuario del texto. Concretamente, puede que uno de los usuarios solo lea una de las secciones. Para que cada una de ellas pueda comprenderse

independientemente, el productor del texto puede haber considerado esta cuestión, y por tanto, haber decidido optar por la repetición exacta, o casi exacta como sucede con el término «*constipation*» y las explicaciones «*difficulty with emptying the bowels*», y «*difficulty emptying bowels*» (Folleto 1).

Por último, se puede mencionar el uso de verbo *call*, en «*Antidepressant medicines can cause a rare side effect called serotonin syndrome*» y en «*This type of antidepressant medicine targets a specific brain chemical called serotonin*» (Folleto 1).

Además del modo imperativo, se puede observar que el productor del texto puede y en este caso recurre a algunos elementos gramaticales como los verbos modales, los cuales pueden tener varios usos. A modo de ejemplo, el párrafo siguiente puede ser útil para comentar estos aspectos

You should always take your medicine as directed by your doctor. Do not change the amount of medicine that you take. You must talk to your doctor before you stop taking your medicine. Suddenly stopping antidepressant medicines can cause severe illness. (Folleto 1)

En este caso, mediante el uso del auxiliar *should* se ofrece una recomendación, y la utilización de *must* indica una cierta obligación.

No se pretende descubrir nada nuevo mencionando estas ideas. Más bien, parece relevante conocer qué elementos lingüísticos predominan en este tipo de documentos. Está claro que las personas encargadas de redactar un texto utilizan el lenguaje para lograr la finalidad que tenga ese documento, por ejemplo con este folleto se quiere informar a los destinatarios acerca de un tema en concreto. Cuando se requiere una traducción de otro texto, estos elementos también son importantes, y el traductor debería tener un buen conocimiento en lo que se refiere a este asunto en las lenguas con las que trabaje.

Otro de los verbos modales en inglés que aparece con frecuencia en el texto es *may*, como se muestra en estas oraciones: «*If you experience from any of these symptoms for most of the day for at least two weeks, then you may have depression.*», «*Your medicine may be harmful to someone else*», y «*You may need to try different types of antidepressant medicine*» (Folleto 1). La posibilidad que indica es acertada en este contexto, puesto que no hay que olvidar que el documento es un folleto informativo. En este contexto sanitario, no se puede afirmar que todos los usuarios vayan a experimentar las mismas situaciones.

Para concluir, este texto parece ser adecuado, con información clara y útil para los destinatarios a los que va dirigido. Si bien es cierto que se puede encontrar un lenguaje especializado, se proporcionan explicaciones de términos, y además la mayoría de oraciones tienen una longitud corta.

8.2. DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?

La traducción al español del folleto original «*DEPRESSION – how medicine can help*» (Folleto 1) se encuentra disponible en la misma lista de recursos, esto es, en *Health Translations* (<https://www.healthtranslations.vic.gov.au/>). Al igual que ocurre con el texto original, no se puede confirmar cuándo se redactó este texto. La única fecha que aparece en la página web es la que indica la última revisión realizada en agosto de 2019 (State of Victoria, 2019a). Sin embargo, esta podría referirse únicamente al texto original en inglés, y no a las traducciones a otros idiomas. De la misma manera, no se puede confirmar si al editarse el texto original, se modifican o se revisan los textos meta, y después de haber realizado una primera traducción. En cualquier caso, se analizará a continuación el folleto traducido al español que aparece en esta página web, y recuperado en junio de 2020.

Si bien es cierto que la parte más relevante del análisis podría ser la propia traducción realizada en cuanto al léxico y elementos gramaticales, también es conveniente comentar otros aspectos importantes para la traducción y para este trabajo en general.

8.2.1.

La temática del folleto es la misma que la del texto original, por lo que incluye el mismo contenido. Para recordar, el documento trata sobre la depresión, sus síntomas, causas y tratamientos disponibles; y aporta información acerca de varios tipos de medicamentos antidepresivos, con sus correspondientes nombres y efectos secundarios.

El diseño es el mismo, con los mismos colores utilizados, fuentes y tamaño del texto. La estructura tampoco se modifica en la traducción. Las secciones que se comentaron anteriormente se encuentran en la misma posición. Las listas de síntomas también se enumeran de la misma forma. El único cambio que puede comprobarse es la extensión del texto, en cuanto a número de palabras. Esto es lo esperado, puesto que los idiomas son diferentes. Concretamente, el texto original contiene casi 1600 palabras, mientras que el texto traducido casi 1750, esto es, en español se han utilizado alrededor de 150 palabras más para transmitir el mismo mensaje.

Cabe mencionar que para determinar estos números no se ha incluido el primer segmento, que contiene el título. Tampoco se ha considerado en este recuento la oración «*Adapted from Sydney & South Western Sydney LHD Mental Health Services, Consumer Medication Brochure Series (2009).*», debido a que en el texto traducido, esta se mantiene en inglés (Folleto 2).

Por otro lado, la oración que contiene información acerca del propio folleto sí se ha traducido, ya que es importante que los destinatarios de este texto tengan en cuenta esta declaración. Esta es la siguiente, en español: «*Este folleto contiene información general y no incluye todos los posibles efectos secundarios ni todas las marcas comerciales de medicamentos.* [se mantiene el formato de cursiva presente en el texto]» (Folleto 2).

Asimismo, aparecen los logos de *Transcultural Mental Health Centre* y de *NSW Health* del Gobierno de Nueva Gales del Sur. Se han mantenido iguales, por lo que no parece que exista una versión establecida y legal en español.

En cuanto a los participantes implicados en este folleto traducido, hay similitudes y diferencias en comparación con el folleto original en inglés.

Por un lado, en lo que respecta a los encargados del documento, la situación es similar a la relacionada con la fecha de elaboración. La organización responsable parece ser *Transcultural Mental Health Centre*. Se podría concluir que el emisor del documento original y la traducción es el mismo.

Con respecto a la figura del traductor y del productor del texto en inglés, se podría considerar que el que o la que se ha encargado de estas actividades no es la misma persona, aunque es difícil confirmar esto con certeza sin poder obtener más información. Si son personas distintas, sería conveniente comentar que una comunicación eficaz entre ellas es muy importante para la traducción. Si el traductor conoce cuál es la finalidad y función del texto, y quiénes son los posibles receptores y usuarios del folleto, podrá realizar una mejor traducción. Mejor en cuanto a la adecuación y utilidad para los destinatarios.

Como es sabido, para traducir debidamente no se necesita únicamente una competencia lingüística en las lenguas de trabajo, sino que también es necesario dominar otros aspectos, como la cultura o los relacionados con los distintos ámbitos en los que se puede encontrar un texto especializado. Además, conocer las características predominantes presentes en distintos géneros textuales en las lenguas requeridas será beneficioso para el traductor.

Aunque no se pueda comprobar la formación del traductor de este texto, o si es un profesional acreditado, la traducción sí se puede examinar.

Por otro lado, los lectores o usuarios a los que va dirigido este folleto en español cambian. La única característica que comparte este grupo con los usuarios del Folleto 1 es que probablemente sean pacientes, familiares o personas interesadas en este tema, esto es, la depresión y los medicamentos antidepresivos. La intención de estas personas al utilizar este recurso es obtener información. Al contrario que en el caso del folleto en inglés, se podría delimitar este grupo a hablantes de español. Está claro que cualquiera con un buen dominio de la lengua española en cuanto a comprensión escrita podría hacer uso de este documento. Parece comprensible pensar y mencionar que al pertenecer a una organización de Australia, el folleto original en inglés puede que se encuentre más accesible.

En este caso, debido a las características de los usuarios de este texto, una de las secciones más importantes es la que se ocupa de informar al lector acerca de la disponibilidad de contar con un intérprete y acerca del servicio de traducción e interpretación. Es especialmente útil si se considera que el usuario que esté consultando el folleto en español en vez de en inglés, es probable que tenga dificultades también para comunicarse en esta última lengua.

Por último, tampoco se puede confirmar qué variedad del español se ha utilizado para la traducción. Si el traductor ha tenido presente esta cuestión, puede que en su selección haya tenido en cuenta qué grupo predomina en Australia, con respecto a país de origen. Del mismo modo, puede que el responsable de encargar la traducción haya proporcionado esta información al traductor con antelación.

Aunque los grupos que forman los destinatarios de cada folleto sean distintos, la finalidad de estos documentos sigue siendo la misma. Esta es, proporcionar información acerca de la depresión y algunos medicamentos antidepresivos, aportando sus nombres y efectos secundarios, y acompañado de recomendaciones e indicaciones. La finalidad de esta traducción es lograr en este texto las mismas funciones que se presentan en el texto original.

Considerando la clasificación de Nord (1989, como se citó en Nord, 1997) sobre los tipos de traducción, se puede establecer que esta es una traducción instrumento. Puesto que la función es la misma, esta traducción es equifuncional.

Este texto traducido tiene una función referencial y apelativa. No cabe duda de que la función del folleto es informar al lector. En concreto, se aporta información general sobre los temas que se abordan en el documento, estos son, la depresión y los medicamentos antidepresivos. Esta función referencial abarca muchos tipos de textos. En este caso, los folletos que tratan temas relacionados con la salud pueden estar caracterizados por otros aspectos. Como se ha comentado, en algunas partes el productor del texto se dirige directamente al usuario. En estas partes, aparecen recomendaciones, sobre todo acerca del uso de los medicamentos antidepresivos que se mencionan, y acerca de una futura conversación con un profesional médico. Estas recomendaciones e indicaciones se formulan mediante el uso del modo imperativo. Esto indica que se busca conseguir una reacción por parte del lector.

Además, esta participación del lector o usuario no solo se observa en las oraciones en modo imperativo, sino que también se puede encontrar en gran parte del texto, en las secciones que se caracterizan por utilizar un formato de pregunta y respuesta.

8.2.2.

Como ocurre en el texto original, este formato de pregunta y respuesta supone que el lector no se mantiene completamente ajeno al texto.

En las preguntas, no se modifica la decisión de redactar estas en primera persona, como si las estuviera formulando el propio lector. Por ejemplo, se puede observar en las siguientes: « ¿Qué debe saber mi médico antes de recetarme medicamentos antidepresivos? », « ¿Qué hago

si necesito ayuda para hablar inglés? », y « ¿Puedo dejar de tomar el medicamento si comienzo a sentirme bien? » (Folleto 2).

En las respuestas, al igual que en el texto original, es el emisor o productor del texto, el que informa, y en cuanto al lector, se utiliza el pronombre personal «usted», como en: «Si usted experimenta cualquiera de estos síntomas durante la mayor parte del día, durante por lo menos dos semanas, podría tener depresión. »; y los determinantes posesivos «su» y «sus» en: «Dele a su médico la mayor cantidad posible de información sobre sus síntomas e historia clínica, incluyendo cualquier enfermedad que tiene o haya tenido en el pasado. » y «Su medicamento podría ser dañino para otras personas.» (Folleto 2). En oraciones como «Si tiene dificultad para comunicarse con su médico o farmacéutico, pida un intérprete.» (Folleto 2), se omite también el sujeto, que es «usted».

En comparación con el Folleto 1, el Folleto 2 en español podría ofrecer información adicional. El uso de «tú» o «usted», característico del español en comparación con el inglés, puede indicar el grado de formalidad con respecto a la relación entre el emisor y el lector del texto. Se ha optado por la forma más formal, «usted». Si se considera que los lectores proceden de España, esto podría indicar una cierta formalidad o distanciamiento. Sin embargo, no se puede afirmar qué variedad del español dominan los usuarios a los que va dirigido este texto traducido.

Para el análisis del Folleto 2, uno de los aspectos más importantes es el léxico. En el folleto original (Folleto 1) se encontraron términos del ámbito de la salud y otros más relacionados con la farmacología, debido a la información presente acerca de los medicamentos antidepresivos.

El grupo compuesto por los nombres de estos medicamentos es de los más destacados. Se incluyen en este grupo los diferentes tipos de medicamentos, algunos de los nombres genéricos y marcas comerciales correspondientes a cada tipo. A modo de ejemplo, en la traducción, se puede señalar que el traductor o traductores han optado por traducir «*Selective serotonin reuptake inhibitors*» (Folleto 1) como «Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina» (Folleto 2), y «*Monoamine oxidase inhibitors*» (Folleto 1) como «Inhibidores de la monoaminoxidasa» (Folleto 2). Sin contar con el cambio de número en el primer caso, estas traducciones concuerdan con los términos que pueden existir en español. En particular, en el sitio web <https://www.vademecum.es/>, que ofrece una gran cantidad de información acerca de medicamentos en español, se pueden encontrar estos dos tipos de medicamentos en español con el mismo nombre (Vidal Vademecum Spain, s.f.-h). Si se realiza una búsqueda para encontrar la traducción de estos tipos, se puede comprobar que se han traducido correctamente. Por ejemplo, el recurso terminológico TERMCAT sugiere «inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina» como traducción de «*selective serotonin reuptake inhibitor*» (TERMCAT, Centre de Terminologia, 2020b).

Un elemento que se observa en estos tipos de medicamentos es la utilización de su abreviatura correspondiente, por ejemplo *SNRIs* para «*Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors*» (Folleto 1). En este caso, la traducción al español ha sido «Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)» (Folleto 2). Esta abreviatura respeta las letras iniciales del término en inglés, y no se adapta a la traducción en español. Se podría pensar que no existe una abreviatura adaptada en español. Sin embargo, en español, al menos el utilizado en España, sí que se dispone de una abreviatura que concuerda con el término en este idioma. Esta es «*IRSN*» (Vidal Vademecum Spain, s.f.-e). De la misma manera, en el Folleto 2 se optó por dejar la abreviatura «*MAOIs*» para «*Monoamine oxidase inhibitors*» (Folleto 1) como «MAOI» [«Inhibidores de la monoaminoxidasa» en español]. En español, se puede utilizar «*IMAO*» para este grupo de medicamentos antidepresivos (Vidal Vademecum Spain, s.f.-g). Si esto ocurriera con todas las abreviaturas se podría determinar que el traductor ha decidido no adaptarlos al español. En cambio, algunos de ellos sí que se han traducido. Por

ejemplo, para «SSRIs» (del término en inglés, «*Selective serotonin reuptake inhibitors*» [Folleto 2]) aparece en el texto traducido «ISRS» (del término en español, «Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina») (Folleto 2). En <https://www.vademecum.es/> se puede encontrar la misma abreviatura, «ISRS» (Vidal Vademecum Spain, s.f.-g).

En cuanto a los nombres genéricos de los medicamentos, estos se han traducido al español, cambiando así sus nombres. Se puede observar que todos los nombres que se mencionan se han traducido, excepto «Citalopram» y «Escitalopram» (Folleto 2). Esto se debe a que estos nombres se escriben igual en inglés y en español. A modo de ejemplo, se puede comprobar si la traducción de estos nombres es la correcta. Algunos de los nombres genéricos del grupo de los «inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina» aparecen en el listado de medicamentos y principios activos del recurso mencionado anteriormente (Vidal Vademecum Spain, s.f.-i). Entre ellos, se incluyen los términos de «Citalopram», «Sertralina», y «Fluvoxamina» (Folleto 2), que son las correspondientes traducciones de «*Citalopram*», «*Sertraline*», y «*Fluvoxamine*» (Folleto 1; Vidal Vademecum Spain, s.f.-i).

Se podría discutir si esta traducción es necesaria o beneficiosa para los lectores o usuarios del folleto. En el caso de las marcas comerciales, lo conveniente en la traducción sería mantener los mismos nombres, si se considera que los destinatarios de este texto traducido son personas que residen en Australia. En efecto, en el folleto en español se han utilizado los mismos nombres de marcas comerciales que aparecen en el folleto original. A excepción de un caso, aunque esto podría tratarse de una simple errata.

Para comprobar los nombres de las marcas comerciales se utilizarían en España, ha sido muy valioso el sitio web <https://www.vademecum.es/> ya mencionado, que ofrece una lista de medicamentos disponibles en distintos países, entre ellos Australia (Vidal Vademecum Spain, s.f.-f). La mayoría de marcas comerciales que aparecen en el folleto se encuentran en este listado (Vidal Vademecum Spain, s.f.-f). No se dispone de equivalencias en España de algunos de los medicamentos presentes, como «*Nardil* » y «*Parnate*» (Vidal Vademecum Spain, s.f.-j; Vidal Vademecum Spain, s.f.-k). Algunos equivalen a muchos medicamentos en España, como «*Zoloft*» y «*Avanza*» (Vidal Vademecum Spain, s.f.-m; Vidal Vademecum Spain, s.f.-c). Marcas comerciales en Australia como «*Aurorix*» y «*Deptran*» corresponden a medicamentos en España como «*Manerix*» y «*Sinequan*», respectivamente (Vidal Vademecum Spain, s.f.-b; Vidal Vademecum Spain, s.f.-d). Dos de los medicamentos mencionados en el texto comparten el mismo nombre con los medicamentos correspondientes disponibles en Australia, y estos son «*Anafranil*» y «*Tofranil*» (Vidal Vademecum Spain, s.f.-a; Vidal Vademecum Spain, s.f.-l).

El paréntesis en el texto no sirve únicamente para proporcionar las abreviaturas de los tipos de medicamentos antidepresivos. También se utiliza para otros elementos. Por ejemplo, en: «Servicio de Traducción e Interpretación (Translating and Interpreting Service / TIS)», «Terapia electro-convulsiva (electro-convulsive therapy / ECT)», y «terapia de conducta cognitiva (cognitive behaviour therapy / CBT)», se observa que en el Folleto 2 se traduce al español este servicio y terapias y se añaden entre paréntesis sus nombres en inglés y sus abreviaturas, que aparecen en el Folleto 1.

Con respecto a la traducción del conjunto de síntomas mencionados en listas en distintas secciones, se mantiene el mismo formato. No parece haberse optado por una traducción literal. Los síntomas «*Feeling confused*», «*Having hallucinations*», «*Feeling sleepy*», y «*Feeling restless or anxious*» (Folleto 1) se han traducido al español como «Confusión», «Alucinaciones», «Somnolencia» y «Agitación o ansiedad», respectivamente (Folleto 2).

La forma en la que se presentan las definiciones y explicaciones de términos es la misma en comparación con la que aparece en el texto original. En la explicación de los síntomas se emplea el paréntesis, por ejemplo en «Indigestión (malestar en la parte superior del abdomen, eructos o sensación molesta de sentirse lleno al comer)» (Folleto 2), como traducción de «*Indigestion (discomfort in the upper abdomen, belching or uncomfortable feelings of being*

full when eating)» (Folleto 1). Asimismo, no se modifica uno de los modelos de definición que menciona Mayor Serrano (2005) en su análisis de folletos de salud, y que se puede observar en el texto original en inglés. Este modelo es «*A is/are-es/son B [which-que C]*» (Mayor Serrano, 2005, p. 137). Así, se encuentran ejemplos de esta estructura en el Folleto 2 en oraciones como «La depresión es una enfermedad que puede tener serios efectos sobre la salud física y mental.», y «El efecto secundario (side effect) es una reacción no deseada a un medicamento».

Se podrían comentar varios aspectos de estas oraciones. Por un lado, en esta última se puede observar de nuevo el uso del paréntesis, que en esta ocasión ofrece el término en inglés de «efecto secundario». Por otro, la oración en inglés del primer ejemplo es «*Depression is a medical illness that [...]*». Se omite el adjetivo «*medical*», lo que podría indicar que no se ha optado por una traducción muy literal, y probablemente no se hayan utilizado herramientas de traducción automática.

Además, se observan otros casos que podrían determinar si la traducción ha sido realizada utilizando únicamente este tipo de recursos, sobre todo sin llevar a cabo posteriormente revisiones. Por ejemplo, las siguientes oraciones, «Someone I know also has depression. Should I give them my medicine? » (Folleto 1), se han traducido en el texto en español como «Un conocido mío también tiene depresión. ¿Puedo darle mi medicamento? » (Folleto 2). Este es un buen ejemplo para ilustrar que el traductor no ha optado por una traducción literal, esto es, palabra por palabra, y se podría concluir que esta persona tiene las competencias necesarias para realizar esta actividad. Si se compara esta traducción con la que se podría obtener tras utilizar una herramienta de traducción automática, se puede comprobar que la sugerencia que ofrece esta última para estas oraciones es significativamente distinta a que se encuentra en el texto, realizada por el traductor.

8.3. Adolescencia y alimentación: para adolescentes y Adolescencia y alimentación: para padres y madres

Estos folletos se pueden encontrar en la lista de recursos del Centro de Recursos IEC para población inmigrante, en su sitio web <http://www.riec.es/>. Estos documentos están disponibles en distintos idiomas como en árabe, rumano, inglés y francés (Escuela Andaluza de Salud Pública [EASP], 2008a; 2008b).

Con respecto a los dos folletos, la fecha que consta en este sitio web es el año 2007 (Escuela Andaluza de Salud Pública [EASP], 2008a; 2008b). No se indica si esta fecha se refiere al año de publicación o elaboración del documento, o al año en el que se puso a disposición del Centro de Recursos IEC.

No obstante, en el documento «Adolescencia y alimentación: para adolescentes» (Folleto 3) sí aparece una fecha, junio de 2003, que probablemente sea la fecha de publicación o impresión en papel del folleto. Aunque el folleto «Adolescencia y alimentación: para padres y madres» (Folleto 4) comparte una gran similitud con el Folleto 3, en cuanto a diseño y constancia de posibles responsables del mismo, en este no aparece ninguna fecha por lo que no se puede confirmar si este documento fue elaborado o publicado en el mismo año.

8.3.1.

Los dos folletos, el Folleto 4, que va dirigido a padres y madres, y el Folleto 3, que se dirige a adolescentes, abordan el mismo tema principal que es la «prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes». Se proponen recomendaciones sobre distintas cuestiones, que en gran medida son las mismas en ambos folletos.

Si se compara la temática de estos documentos, en los dos se incluyen ideas acerca de la alimentación, como comer en común y seguir el horario de las cinco comidas del día;

recomendaciones acerca de la imagen, la figura y el peso, como no prestar tanta atención a estos aspectos; y acerca de las relaciones con los demás, como la importancia del diálogo y el respeto. Asimismo, el Folleto 3 se ocupa de temas como la autoestima, la comunicación y la violencia, y ofrece sugerencias en torno a las dietas y la alimentación variada. El folleto 4 también menciona cuestiones como la independencia de los hijos, la educación sexual, y la afectividad.

El formato de los folletos coincide con el que se podría considerar el prototipo de folleto: es un tríptico, con tres partes o seis en total. Como se mencionó en el análisis de los dos anteriores documentos, los folletos del ámbito de la salud no tienen una estructura la cual todos los documentos de este tipo deban imitar. En estos dos casos, la distribución del contenido atiende a los distintos temas mencionados en el párrafo anterior. Por un lado, el folleto para adolescentes se puede dividir en cinco secciones: «ideas», «imagen», «alimentación», «quíete a ti mismo (autoestima)», y «relaciónate (habilidades sociales)» (Folleto 3). Por otro, el folleto para padres y madres se divide en siete: «sugerencias para padres», «sobrepotección», «comunicación», «afectividad», «valores», «medios de comunicación», y «alimentación» (Folleto 4). En cada una de estas secciones se presenta una lista con varios puntos, recomendaciones acerca de estos temas.

La portada de los dos folletos es prácticamente la misma, a diferencia del uso de algunos colores y parte del título. De la misma manera, en la contraportada de ambos aparecen los posibles responsables de los documentos: el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, la Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria, y la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»- Universidad de Zaragoza (Folleto 3, Folleto 4). En el caso del folleto 3, también consta el Servicio Aragonés de Salud.

Se observa un estilo sencillo en ambos folletos, con la utilización de diversos colores y formatos de texto. Se emplean mayúsculas para los subtítulos, y el estilo tipográfico de negrita se utiliza en algunas ocasiones para recalcar partes importantes en el contenido del texto.

Los participantes que pueden comentarse también son variados. En primer lugar, el emisor de los folletos parece ser un conjunto formado por un departamento, una asociación y una unidad de un hospital, y en el folleto para adolescentes un servicio de salud. Estos aparecen en las contraportadas, y ya han sido mencionados. La publicación y el encargo de elaborar estos folletos se han llevado a cabo en la comunidad autónoma de Aragón. En el sitio web donde se ha recuperado este recurso, figura como posible responsable del documento dirigido a padres y madres, el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón (EASP, 2008b). Mientras que en el caso del dirigido a adolescentes, se indica como fuente del recurso el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Navarra, aunque en el interior del folleto se nombra al Gobierno de Aragón (Folleto 3) (EASP, 2008a).

Estos datos sobre las fuentes solo se encuentran en la página web. Por lo tanto, esto podría indicar que los dos departamentos incluidos fueron los encargados de poner a disposición del centro de recursos los folletos correspondientes. No queda completamente claro quiénes podrían considerarse como emisores y productores de estos dos folletos.

A pesar de esto, una de las figuras más importantes con respecto al análisis de los textos es el receptor o usuario de los mismos. Una característica indudable de estos participantes es su cualidad de padres, madres o adolescentes, pues así lo especifican ambos títulos. El texto está redactado en español por lo que se podría concluir que todas las personas con un dominio suficiente del idioma, sobre todo en lo que se refiere a la competencia de comprensión escrita, podrían leer y entender estos textos. En cuanto al área geográfica en la que se encuentran los posibles usuarios de los folletos, se pueden considerar dos puntos de vista. Por una parte, los usuarios podrían delimitarse a los residentes en España, puesto que teniendo en cuenta los organismos responsables del documento, es probable que estos trípticos se hayan distribuido por este país, y en especial por la comunidad autónoma de Aragón. Además, si se observa el

léxico utilizado podría consolidarse la probabilidad de esta conclusión. Por otra parte, en el texto de la parte interior de los folletos no aparece ninguna mención explícita del país o región, al contrario que en el Folleto 1.

Si bien es cierto que la temática de estos dos documentos está relacionada con el ámbito de la salud, se puede señalar que estos textos no son especializados. Esto se ilustrará mejor en el siguiente apartado, donde se analizará el léxico. Aunque de manera general, todas las personas podrían ser consideradas como receptores de los textos, no se contempla que los profesionales de la salud sean los destinatarios principales.

Se podría concluir que todos estos aspectos son apropiados con relación a los destinatarios del texto. La finalidad de los folletos es ofrecer recomendaciones a padres y adolescentes para prevenir futuros problemas relacionados con la alimentación. El texto debe estar presentado de una forma clara para poder conseguir atender a las necesidades de estos lectores. Las personas a las que va dirigido cada folleto no solo afectan a la elección del diseño de este, sino que también influyen en los elementos lingüísticos que se utilizarán en la redacción del texto. Estos se comentarán a continuación.

8.3.2.

Se pueden observar diferencias en cuanto al registro presente en el Folleto 3 y en el Folleto 4 que merecen ser comentadas.

En el Folleto 3, la presencia de algunos elementos lingüísticos indica que el productor del texto no pretende distanciarse demasiado del lector. El productor o emisor se dirige directamente al lector, en este caso a una persona adolescente. Las recomendaciones se formulan empleando los pronombres de segunda persona, en lugar del pronombre «usted» (gramaticalmente en tercera persona), como se puede señalar en estos ejemplos: «No es posible ser perfecto: date un respiro», «Tú vales», y «Respetar a los demás». Se utiliza también el determinante posesivo «tu», en oraciones como «No importa tu aspecto ni tu peso», y «Consulta a tu médico». Este registro informal también se caracteriza por la presencia de frases cortas y sencillas.

El Folleto 4 está dirigido a padres y madres, y esta diferencia en receptor influye en el establecimiento del registro. En gran parte del texto, el emisor o productor no se dirige directamente a los lectores, sino que simplemente ofrece información y sugerencias de una manera más objetiva y distanciada del posible lector. Una muestra de este aspecto es: «Cuidar el ambiente afectivo es un objetivo educativo que no conviene descuidar». Se pueden encontrar otras oraciones que sí parecen establecer una relación más cercana con los lectores. Por ejemplo, se señala el uso del determinante posesivo «su» en «Mostrar a su hijo/a amor y afecto sin sobreprotegerlo ni controlarlo excesivamente». En ocasiones se emplea incluso el determinante posesivo «nuestro», como en «Animar a la independencia y autonomía personal a nuestro hijo/a.».

Debido a que no son textos especializados, el lenguaje por lo tanto no lo es. Por ello, no se encuentran términos que se utilizarían por ejemplo en artículos u otros tipos de textos relacionados con el ámbito de la salud, y en especial con los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, se puede hacer una división en cuanto a campos semánticos y comentar qué palabras predominan en estos dos textos.

En el Folleto 3 se pueden encontrar palabras relacionadas con la alimentación y las comidas, como «comer», «dieta», «alimento», «proteínas», «desayuno», «cereales»; otras relacionadas con la imagen, como «talla», «figura», «aspecto», y «peso»; y otras relacionadas con las emociones y sentimientos, como la felicidad, y el orgullo. Además, se utilizan verbos que corresponden a la temática y función del documento, como «aceptarse», «acostumbrarse», «aprender», y «respetar». Un adjetivo que sin duda aparece con frecuencia en el texto en

comparación con otros es «perfecto». Así, se puede observar en enunciados como «No es posible ser perfecto», «No es preciso ser perfecto para ser feliz», y «Nadie es perfecto».

En el Folleto 4 para padres y madres, se emplean palabras similares relacionadas con la alimentación y la imagen, como el «físico», y las distintas comidas, «cena», «merienda», etc. En cuanto a los verbos, se pueden mencionar también algunos como «alabar», «enseñar», y «acostumbrarse». De la misma manera, se recalca en este folleto que «No es preciso ser perfecto para ser feliz». No cabe duda de que las ocasiones en las que se menciona «su hijo/a» son numerosas, y que el contenido del texto va orientado al «entorno familiar».

Estos aspectos examinados permiten mostrar la influencia que tienen las diversas características de los grupos de lectores y usuarios de un texto, en la redacción y elaboración de este. Uno de los aspectos que más diferencia el folleto dirigido a adolescentes del folleto dirigido a padres y madres, aparte de lo ya mencionado, es la presencia de expresiones coloquiales. A modo de ejemplo, se encuentra este lenguaje informal en frases como « ¡No pases nunca de él!», «No te cortes», «Es importante saber aceptarlos sin culpabilidad ni malos rollos», «no te pases», y «No te obsesiones por la comida, las calorías y esos rollos» (Folleto 3).

Si se consideran en el análisis los recursos gramaticales que más aparecen en los textos, la utilización del imperativo es en gran parte lo que aparece con más frecuencia en los dos folletos. Está claro que en este tipo de folletos es bastante comprensible este hallazgo. Puesto que la finalidad de los documentos es la «Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes», se puede encontrar una gran cantidad de recomendaciones y sugerencias, que se formulan utilizando este modo. Esto se ilustra sobre todo en el folleto para adolescentes donde, como ya se ha comentado, el emisor se dirige directamente al lector. Por ejemplo, se mencionan recomendaciones como «Comparte tus pensamientos y sentimientos.», «Come de todo.», y «Respetar las normas pero no te agobies por ellas» (Folleto 3). No parece que el emisor pretenda obligar a actuar de una cierta forma a los lectores, simplemente ofrece una serie de consejos para la prevención de problemas en el futuro. Quizá por ello también se haya optado por utilizar este registro informal.

En el caso del folleto para padres y madres, la finalidad del texto es la misma y también se aportan recomendaciones. Sin embargo, debido a que parece que se establece un cierto distanciamiento en cuanto a la relación entre emisor y lector, el uso del modo imperativo no es tan habitual en este texto. La manera en la que se presentan estas sugerencias es mediante su enumeración y comenzando estos enunciados con un infinitivo. Se incluyen, entre otras, oraciones como «No dar una excesiva importancia al peso, la talla o la figura corporal.», y «Enseñar a respetar a los demás aceptando las diferencias y comprendiendo los errores.» (Folleto 4).

En comparación con el Folleto 1, sobre la depresión y los medicamentos antidepresivos en inglés y su traducción al español (Folleto 2), en estos folletos no se presentan tantas definiciones. Es más, no se observa ningún ejemplo cuya estructura se ajuste al modelo propuesto por Mayor Serrano (2005), comentado en el anterior apartado (8.2. DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?). Se podría concluir que esto sucede como consecuencia de la diferencia entre estos documentos con respecto a los términos y elementos lingüísticos en general incluidos en los mismos. Es decir, el vocabulario que aparece en el Folleto 3 y el Folleto 4, no es tan complejo como para requerir una aclaración o explicación.

No obstante, sí se puede señalar que se emplean algunos paréntesis con el fin de aportar una cierta aclaración, proporcionando en ocasiones, sinónimos de algunas palabras. En las siguientes oraciones, por ejemplo, se ilustra el uso de este signo ortográfico: «lácteos (leche, queso, yogur)», «No te dejes llevar (manejar) por las modas.», «Agredir física o verbalmente a los demás (pegar o insultar)»; y en subapartados como «Quiérete a ti mismo (autoestima)» y «Relaciónate (habilidades sociales)» (Folleto 3).

8.4. Adolescence and feeding: for adolescents y Adolescence and feeding: for parents

Las traducciones al inglés de los Folletos 3 y 4 están disponibles en la misma página web donde se encuentran los folletos originales en español. Esto es, en la lista de recursos del Centro de Recursos IEC para población inmigrante (EASP, 2008a; 2008b). La fecha de las traducciones no consta en ninguno de los folletos. La única que se puede señalar es la que aparece en las páginas web donde se encuentran estos dos recursos. No se puede confirmar si el año 2007 indica la fecha de elaboración, publicación o realización de la traducción (EASP, 2008a; 2008b). En el Folleto 3, el documento original en español para adolescentes, sí se puede observar un año, el 2003. Sin embargo, en el folleto en inglés (Folleto 5) se ha eliminado esta fecha.

Es relevante apuntar en qué año se han realizado todas estas traducciones y redactado los textos originales, debido a que cada lengua puede cambiar a lo largo del tiempo. Sería un error analizar un texto sin tener presentes las posibles diferencias, en cuanto a uso de distintos elementos por ejemplo, que podrían presentarse si existen décadas de diferencia entre la fecha de la redacción y la del análisis. De la misma manera, si se compara un texto original y su correspondiente texto meta, podría ser importante conocer la fecha en la que se tradujo el texto.

Por otro lado, el análisis se lleva a cabo desde un punto de vista que considera la significativa influencia que tienen en la redacción de un texto los posibles participantes, y en concreto sus características lingüísticas, culturales y en cuanto a su área geográfica de residencia. Se comentan estas cuestiones a continuación, junto con las similitudes entre los folletos en español (Folleto 3 y Folleto 4) y en inglés (Folleto 5 y Folleto 6).

8.4.1.

Con respecto al diseño y al contenido, los folletos originales y sus versiones traducidas comparten prácticamente las mismas características. A excepción de dos elementos, el número de palabras utilizadas y la fecha presente solo en la contraportada del Folleto 3.

Por un lado, se observa que se ha mantenido el mismo formato de tríptico. Se emplean los mismos colores. La distribución de los distintos apartados parece coincidir con la presente en los Folletos 3 y 4 originales. En la portada, se emplea la misma imagen, un dibujo en el que se observa una persona adolescente. En la contraportada, los logos pertenecientes a los grupos responsables de estos recursos aparecen de la misma manera. En el Folleto 5 se suprime el logo del Servicio Aragonés de Salud, presente en el Folleto 3 en español.

Por otro lado, el formato de texto no es el mismo, en cuanto al uso de mayúsculas y del estilo tipográfico empleado. No se recalca ninguna palabra o expresión. Este cambio solo se puede señalar en el caso del Folleto 5 ya que es el único donde sí se empleaban estos aspectos en el texto original en el Folleto 3.

Debido a que el objetivo fundamental de los folletos es proporcionar recomendaciones para prevenir «trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes», se puede concluir que el emisor busca provocar una reacción en los adolescentes, y padres y madres. La función de los textos traducidos (Folletos 5 y 6), y de los originales (Folletos 3 y 4), puede considerarse apelativa. Estos recursos se centran en los lectores de los folletos, sobre todo se puede ver más claro en el caso del documento dirigido a adolescentes (Folletos 3 y 5). A diferencia de los folletos (1 y 2) sobre la depresión, no se puede inferir que estos textos tengan una función referencial. No ofrecen información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en general, y no se podría afirmar que el contenido se aporte de una manera completamente objetiva.

Con respecto al tipo de traducción, según la clasificación de Nord (1989, como se citó en Nord, 1997), estas dos son traducciones instrumento, y son equifuncionales, ya que la función de estas es la misma que se puede señalar en los textos originales. Se puede considerar entonces que en ambos casos la intención del emisor con respecto a los destinatarios de los folletos es sugerir algunas ideas y conseguir que adolescentes, padres y madres actúen adecuadamente y no se produzcan problemas en el futuro relacionados con la alimentación. Sin embargo, esto no significa que el traductor haya realizado una buena traducción, aunque la intención del texto se mantenga. Como se examinará en este mismo apartado, las traducciones de varias oraciones no parecen haber sido realizadas por una persona cualificada para ello.

En último lugar, se presentan diferencias en cuanto a los participantes involucrados en estos documentos. El emisor y posibles responsables de estos, como se ha comentado anteriormente, son los mismos, puesto que, con alguna excepción, así aparecen en las contraportadas de los folletos. Los destinatarios o lectores de los Folletos 5 y 6 son también adolescentes, por un lado, y padres y madres, por otro. Los lectores deberían poseer una cierta competencia lingüística para poder comprender los textos. No se puede confirmar si en los encargos de estas traducciones se estableció la procedencia del grupo de destinatarios o la variedad de inglés que se debería utilizar. El grupo de personas que podría utilizar estos folletos es muy amplio.

Se podría considerar relevante investigar qué grupo de población de habla inglesa predominaba durante estos años (2003 o 2007) en esas comunidades autónomas (Aragón o Navarra). Está claro que la lengua materna y el país de origen no son los únicos factores que deben tenerse en cuenta si se quiere satisfacer las necesidades de los posibles lectores.

En este análisis, en concreto a continuación, se determinará si el traductor o traductores de estos textos han considerado estas cuestiones, y cómo se han realizado estas traducciones. Este participante, el traductor, es uno de los fundamentales en el proceso de elaboración de estos folletos en inglés. Si bien no se puede determinar qué formación ha recibido y si está cualificado para traducir este tipo de textos, sí se puede examinar la traducción realizada.

8.4.2.

La relación cercana entre el emisor y el lector en el Folleto 3 se mantiene en el texto en inglés, en el Folleto 5. Este registro informal puede observarse en el uso de «*your*» y del pronombre personal «*you*» (Folleto 5). En consecuencia, no se modifica la manera en la que el productor del texto se dirige al lector, como se puede mostrar en oraciones como «*Share your thoughts and feelings*», y «*You are worth it*» (Folleto 5).

En la traducción del folleto para padres y madres se intenta conservar el cierto distanciamiento presente en el folleto original entre el emisor y el lector. Se mantiene el uso de «*your*», y de «*our*» en uno de los casos (Folleto 5). Se traduce adecuadamente «hijo/a» (Folleto 3) por «*son/daughter*» (Folleto 5).

Un recurso lingüístico que se emplea bastante en los Folletos 3 y 4 es el imperativo. Es relevante mencionar cómo se ha traducido porque se pueden encontrar diversas traducciones en los folletos en inglés, y esto conlleva modificaciones en las funciones de las oraciones.

En el folleto 5, las oraciones con verbos en modo imperativo se traducen adecuadamente, en el sentido de transmitir el mismo mensaje y con la misma función de recomendación dirigida al lector. Por ejemplo, se observa en enunciados como «*Try to be sociable*» y «*Have your own ideas*» (Folleto 5), que corresponden respectivamente a las sugerencias de «Trata de ser sociable» y «Ten tus propias ideas» presentes en el Folleto 3. Sin embargo, en ocasiones, se encuentran otros ejemplos del uso del imperativo en el Folleto 5, como «*achieve small goals now*». En el Folleto 3 esta idea es: «conseguir pequeñas metas ahora es mejor que [...]» para la cual el traductor ha optado por «*achieve small goals now is better*

than [...]» (Folleto 5). Se puede observar la traducción literal del verbo «conseguir», que implica una diferencia en cuanto a funciones. En español, este «conseguir» se presenta en una forma no personal en la que el infinitivo funciona como el sujeto de la oración. En inglés, la forma utilizada del verbo «*to achieve*» indica el empleo del modo indicativo, y si se considera toda la oración, se podría señalar que no se ha redactado correctamente en inglés. Para conservar el mismo mensaje y la misma función del verbo, la oración se debería haber traducido como «*achieving small goals now is better than...*». Este mismo uso de los verbos en infinitivo se puede mostrar en: «Hacer dieta para adelgazar por tu cuenta puede ser peligroso» (Folleto 3). En este caso, la traducción propuesta es: «*to make diet to lose weight by yourself can be dangerous*» (Folleto 5).

En el Folleto 6, también se encuentran ejemplos de estas mismas cuestiones. Se traduce «Educar sexualmente a su hijo/a» y «Recompensar o premiar los pequeños logros [...]» (Folleto 4) como «*Educate your son/daughter sexually*», y «*To reward the small achievements [...]*» (Folleto 6). Las consecuencias que esto produce son las mismas. Esto es, con estas traducciones literales la función del verbo en infinitivo como sujeto se convierte en verbos conjugados en modo imperativo como «*educate*», y en verbos en infinitivo como «*To reward*». Aunque el mensaje de manera general sí que se transmite, se podría concluir que hay una falta de competencia lingüística y de capacidad relacionada con la traducción en cuanto al dominio de la lengua inglesa y a la capacidad para traducir oraciones y mensajes correctamente.

Estas observaciones sobre las traducciones son uno de los ejemplos que señalan errores en la traducción de los folletos. Se comentarán en este apartado otras. Primero de todo, estas correcciones y opiniones acerca de los errores gramaticales y en general lingüísticos que se pueden encontrar en las traducciones, no se exponen para criticar directamente al traductor. No sería justo sin saber las condiciones, y habilidades y disposición de este ante estos encargos. No obstante, sí parece relevante prestar atención a este asunto. Este tipo de traducciones sirven como un buen ejemplo para mostrar la realidad de la situación en la que se puede encontrar la traducción de este tipo de folletos. Es decir, se puede deducir el perfil de la persona o personas encargadas de traducir estos folletos, y si los emisores o responsables de estos documentos han considerado la importancia de contar con profesionales para la traducción. Esta aparente falta de competencia lingüística, sugiere un desconocimiento de la actividad traductora y una falta de atención en cuanto a la calidad de los textos meta. Por otro lado, no se debe olvidar el año en el que se realizaron estas traducciones y no se deberían comparar con otras hechas recientemente. Asimismo, no se pretende generalizar y concluir que todas las traducciones realizadas por toda España y a lo largo del siglo tengan las mismas características que las que se presentan en estos textos. Estos comentarios solo corresponden a los folletos analizados en este apartado.

Con respecto al léxico, también se pueden señalar traducciones que no podrían considerarse correctas. Los campos semánticos son los mismos que los que se mencionaron en el análisis de los folletos originales. Se pueden encontrar palabras cuya traducción es bastante literal, hasta el punto en que la oración carece de sentido y no se puede comprender si no se consulta el texto original en español. A modo de ejemplo, se presentarán una serie de palabras, acompañadas del equivalente en inglés según el traductor.

Si se considera el título que comparten ambos folletos, «adolescencia y alimentación» (Folletos 3 y 4) se traduce como «*adolescence and feeding*» (Folletos 5 y 6).

La definición de «alimentación» según el Diccionario de la lengua española es: «Acción y efecto de alimentar o alimentarse.» o el «Conjunto de las cosas que se toman o se proporcionan como alimento.» (Real Academia Española, s.f.). En inglés, en este caso el sustantivo «*feeding*» puede referirse a «*the act of giving food to a person or an animal*» (Collins English Dictionary, s.f.). Si se considera esta acepción, se podría concluir que esta palabra no es la más adecuada para este contexto. Además, como se expone a continuación, esta palabra

se utiliza como parte de la traducción de un término en otra parte del texto, y se puede deducir que en este caso tampoco se podría considerar como una traducción correcta.

En las portadas de los Folletos 3 y 4, se encuentra lo que se podría considerar el subtítulo y tema de los folletos: «Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes». Se ha optado por traducir el término de «trastornos de la conducta alimentaria» como «*feeding behaviour disorder*» (Folletos 5 y 6). Al margen del cambio de número gramatical, este término empleado no existe como tal en inglés. El recurso terminológico TERMCAT proporciona el término «*eating disorder*» como la correspondiente traducción de «trastorno de la conducta alimentaria» al inglés (TERMCAT, Centre de Terminologia, 2020c). Cabe mencionar que en este ámbito, sí existe un término similar al utilizado por el traductor. Este es «*Pediatric Feeding Disorder*», cuya definición propuesta por Goday et al. (2019) es: «*impaired oral intake that is not age-appropriate, and is associated with medical, nutritional, feeding skill, and/or psychosocial dysfunction*» (p. 125). La distinción que estos autores establecen entre este término y *eating disorders* es que el primero «*should be diagnosed only in the absence of body image disturbances*» (Goday et al., 2019, p. 125).

Por último, se presentan a modo de ejemplo dos enunciados cuyas traducciones al inglés no parecen ser las más acertadas. Se traduce «No es posible ser perfecto: date un respiro» (Folleto 3) como «*It is not possible to be perfect: dates a respiration*» (Folleto 5). Ni la palabra «*respiration*» ni mucho menos «*dates*» deberían emplearse en esta traducción. Sobre todo, la utilización de «*dates*» puede indicar una falta de competencia lingüística por parte del traductor o incluso una falta de interés en cuanto al nivel de calidad que tenga finalmente el texto traducido. Es interesante comprobar que si se hace uso de herramientas de traducción automática, se consigue una traducción más apropiada de «date un respiro» en comparación con la que aparece en el folleto 5. No obstante, se debería prestar atención al año en que se realizó esta traducción, puesto que se puede constatar que en ese año los principales sistemas de traducción automática no estaban disponibles para el público, como ocurre en la actualidad. Se podría mencionar también la traducción de «Sin picoteos ni desorden» (Folleto 3). Esta es: «*Without interruption no disorder*» (Folleto 5).

8.5. What is a depressive disorder, What is an anxiety disorder, y Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

En este apartado se analizarán tres folletos más, junto con sus correspondientes traducciones. Entre los principales documentos se incluyen dos folletos que se elaboraron en Australia (Folletos 7 y 9), y una traducción española (Folleto 11) de un folleto que se redactó en el Reino Unido. Se comentarán a continuación las características más significativas de cada uno de ellos, en cuanto a formato y diseño, participantes implicados en la producción de los textos, sus funciones, y contenido. Para empezar será conveniente mencionar dónde se encuentran disponibles estos documentos y en qué año se elaboraron o publicaron.

Los folletos «*What is a depressive disorder*» (Folleto 7) y «*What is an anxiety disorder*» (Folleto 9) están disponibles en la lista de recursos *Health Translations*. En su sitio web (<https://www.healthtranslations.vic.gov.au/>) se pueden encontrar varias traducciones de estos recursos a distintos idiomas, como el español, el ruso y el vietnamita (State of Victoria, 2019b; 2019c). Los textos en español (Folletos 8 y 10) de estos dos documentos también se examinarán. La organización que consta como responsable de ambos recursos es *EMBRACE Multicultural Mental Health* (MHA) (State of Victoria, 2019b; 2019c). En la página web donde se encuentran, se especifica que la última revisión se realizó en noviembre de 2019 (State of Victoria, 2019b; 2019c). Como ocurría con el primer recurso analizado acerca de los medicamentos antidepresivos (Folletos 1 y 2), no se puede afirmar si se revisaron también los folletos traducidos, o solamente el texto original en inglés. Cabe mencionar que mientras que en el

interior de los Folletos 7 y 9 no se menciona ninguna fecha de elaboración o publicación, en las versiones en español, en los Folletos 8 y 10, sí se indica una fecha: el 1 de noviembre de 2007.

El documento «Trastorno por estrés postraumático» (TEPT) (Folleto 11) se puede consultar en el sitio web de la Sociedad Española de Psiquiatría (<http://www.sepsiq.org/>). Este folleto es una traducción al español de un documento elaborado por el Consejo Editorial de Educación Pública del *Royal College of Psychiatrists*. Esta sociedad española tiene un convenio con el *Royal College of Psychiatrists*, un importante organismo establecido en Reino Unido (Royal College of Psychiatrists, 2020a; SEP, s.f.). Según se observa en el propio documento, el folleto fue actualizado en marzo de 2010, y la traducción se realizó en abril de 2010. Cabe mencionar que en el sitio web del *Royal College of Psychiatrists* (<https://www.rcpsych.ac.uk/>) se encuentran disponibles una versión en inglés y una traducción que contiene una información similar a la del folleto que se analizará (Royal College of Psychiatrists, 2020b; 2020d). En la página web que incluye el contenido en inglés se menciona la fecha de junio de 2015, que posiblemente indica cuándo se redactó o actualizó esta información (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

8.5.1.

En cuanto al emisor o productor de los folletos 7 y 9, se especifica que ambos folletos forman parte de un conjunto de documentos acerca de la salud mental financiados por el Gobierno Australiano «bajo la Estrategia Nacional de la Salud Mental (National Mental Health Strategy)» (Folleto 8). En los folletos 8 y 10, estos son, las traducciones de estos folletos, además de esta estrategia, se añade como responsable, la organización *Multicultural Mental Health Australia*.

Si se consideran estos dos folletos (7 y 9), el grupo de posibles receptores y usuarios de estos es amplio. En el Folleto 7 se proporciona información acerca de los trastornos depresivos, con sus tipos, causas y tratamientos, de manera general pero detallada. De la misma manera, el Folleto 9 informa acerca de los trastornos de ansiedad. Se podría defender que los textos están dirigidos a cualquier persona interesada por el tema. Como se señalará más tarde el léxico utilizado no indica que los lectores deban tener conocimientos médicos previos o del ámbito de la salud mental, es decir, los textos no son especializados. La última página de cada uno de estos folletos contiene también información pero, en este caso, esta se incluye para responder a las posibles necesidades de los lectores con respecto al contenido incluido. Por un lado, se comentan varios aspectos acerca del propio folleto. Por otro lado, se presenta en ambos un apartado titulado «*Where to go for help*», donde se aporta una breve mención de los servicios y sitios web que se pueden consultar si se necesita ayuda relacionada con la temática del texto. Por ello, si se quiere determinar más específicamente a quiénes van dirigidos estos textos, se puede concluir que los posibles usuarios de estos dos folletos son personas que se han visto afectadas por estos trastornos y desean obtener más información. No cabe duda de que, en el caso de los folletos 7 y 9, este grupo de lectores deberían tener la competencia lingüística suficiente como para comprender el texto en inglés. Si se comenta esta cuestión en el caso de los folletos 8 y 10, estos tendrían que poseer esta competencia en español.

Por último, esta sección mencionada que aparece en los folletos (7-10), podría también servir para delimitar el grupo de destinatarios de estos. Se podría deducir que los posibles usuarios de estos recursos serán personas que residen en Australia, ya que se enumeran distintos servicios y sitios web establecidos en este país. En el caso de los folletos en español (8 y 10), sucede algo similar a lo que se señaló en el análisis de los folletos 1 y 2. Esto es que en estos folletos se menciona la existencia del servicio de traducción e interpretación *TIS National*, información muy beneficiosa para los lectores que necesiten comunicarse a través de un intérprete.

En el folleto 11 aparecen tanto el *Royal College of Psychiatrists* como la Sociedad Española de Psiquiatría, por lo que se podría considerar que estos son los emisores. El *Royal College of Psychiatrists* consta como el productor del documento, y asimismo es responsable de la información similar en inglés que aparece en su página web (Royal College of Psychiatrists, 2020b). El editor y el experto que figuran en el interior del folleto son el Dr. Philip Timms y el Dr. Gordon Turnbull, respectivamente. Al contrario que en el caso de los folletos 8 y 10, en el folleto 11 se especifica que la traducción fue realizada por la Dra. Nérida Parga.

Por lo que se puede deducir, los destinatarios de este folleto en español son personas afectadas por este trastorno. Puede que hayan sido diagnosticadas o puede que estén interesadas en obtener información porque crean que padecen este trastorno, ellos mismos o personas que conocen. Esto se muestra claramente en una de las preguntas que se formulan en el contenido del texto, y en el título de un breve apartado. Estos son: «¿Cómo puedo saber si tengo un TEPT?» y «Para los amigos, familiares y colegas» (Folleto 11). Asimismo, en el texto en inglés se concreta que la información va dirigida a «anyone who has been through a harrowing experience, who has been abused or tortured, or who knows someone who this has happened to.» (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

El contenido presente en el folleto 7, se puede dividir en distintas secciones. Primero, se incluye información general relacionada con los trastornos depresivos, como su prevalencia y la cuestión del concepto de «*depression*». Se describen brevemente los principales tipos de trastornos depresivos, tales como los conocidos como «*post-natal depression*», «*bipolar mood disorder*», y «*major depressive disorder*». Este último es el más común. Además, se exponen algunas causas y tratamientos. Entre los factores que contribuyen a la ocurrencia de estos trastornos, se mencionan los factores genéticos; y entre los tratamientos disponibles, se comentan la terapia y los medicamentos antidepresivos.

De manera similar, el folleto 9 ofrece primero información general acerca de los trastornos de ansiedad. A continuación, se detallan algunos aspectos de los principales trastornos de ansiedad, y entre otros, los tipos que se mencionan son: «*generalised anxiety disorder*», «*obsessive compulsive disorder*», y «*panic disorder*». Por último, se describen algunas causas, y se enumeran varios tratamientos, como «*psychological therapies*» y «*anti-anxiety medications*».

En estos dos folletos, como se mencionó anteriormente, se aporta una última página o contraportada, donde se observan dos secciones. En la sección titulada «*Where to go for help*», se proporcionan varios servicios y sitios web específicos, para las personas que requieran algún tipo de asistencia en este contexto, como «*Lifeline*», «www.betterhealth.vic.gov.au» y «www.beyondblue.org.au» (Folletos 7 y 9). Algunos de ellos se comentaron en apartados anteriores de este trabajo (5.1.2. Sistema sanitario y salud mental), como *Lifeline* y *Beyondblue*. En el apartado «*About this brochure*», se aclara el marco en el que se han elaborado los recursos, y se mencionan otros que se encuentran también disponibles y que tratan distintos temas, todos relacionados con el área de la salud mental. Es relevante mencionar que en las traducciones de estos dos folletos, en las últimas páginas se aporta más información (Folletos 8 y 10). Se mencionan distintos sitios web como www.mmha.org.au, y se toma en consideración a los lectores de las traducciones, puesto que se añade la siguiente oración: «Si necesita un intérprete llame a (TIS) al 13 14 50» (Folletos 8 y 10).

Con respecto al contenido del folleto 11, se abordan diferentes cuestiones relacionadas con el trastorno por estrés postraumático. Entre otras, se incluyen las más frecuentes en este tipo de documentos, tales como los tratamientos y los síntomas más comunes. En particular, se describen síntomas como la experiencia de tener «*flashbacks* y pesadillas [uso de cursiva no presente en el texto]», y tratamientos como la «*psicoterapia*». Se enumeran también otros síntomas como «dolores de cabeza» y «palpitaciones»; y acciones que son recomendables como «hablar con un médico» y «tratar de hacer ejercicios de relajación», junto con otras que no se

deberían realizar como «mantenerse alejado de otras personas». Además, se exponen varios «acontecimientos traumáticos» que podrían provocar este trastorno, y por otro lado, motivos psicológicos y físicos por los que este puede ocurrir. En otras partes del folleto, se informa al lector acerca de otros asuntos, como el trastorno conocido como «trastorno por estrés postraumático complejo».

Ninguno de los folletos (7, 8, 9, 10, y 11) examinados en este apartado presenta un diseño, estructura o formato similar al que se podría considerar prototípico de los folletos de este tipo. Se mencionó anteriormente que autores de otros artículos en los que se llevaron a cabo análisis de folletos de salud, como Mayor Serrano (2005), ya indicaron la diversidad en cuanto a modelos existentes dentro de este tipo de folletos.

El diseño de los folletos 7 y 9 se comentan en conjunto, debido a su similitud. Estos se presentan como unas breves guías en las que predomina el contenido textual. En las portadas aparecen fotografías reales y el título de cada folleto, y en el caso de las traducciones, se especifica el idioma. El interior de los folletos es bastante sencillo, ya que el contenido que se observa es únicamente textual, y para los títulos y subtítulos, se emplean distintos colores y el estilo tipográfico de negrita. En la contraportada, se pueden observar los logos de los responsables de cada folleto. En su mayor parte, en el diseño de los folletos traducidos (Folletos 8 y 10) se mantienen las mismas características.

El diseño del folleto 11 es incluso más sencillo. Más que un folleto, se podría considerar simplemente un documento que contiene información acerca de un tema en concreto, y sobre todo que no tiene la finalidad de ser distribuido. Puede que se deba a que se trata de una traducción de otro texto. Esto no significa que no vaya a ser utilizado por los posibles lectores, ya que esa es la intención de la realización de la traducción. En este caso, no se puede comentar nada destacable del diseño, no se incluye ninguna portada, y apenas se observa una diversidad en cuanto al formato empleado en el texto. Sí aparecen en primer lugar los logos de los responsables del folleto, la Sociedad Española de Psiquiatría y el *Royal College of Psychiatrists*.

Para concluir, se debe anotar que aunque el diseño no se parezca a los que se podrían encontrar en otros folletos, sí se introducen apartados que en cuanto a contenido, pueden considerarse más frecuentes en este tipo de documentos, como lo son los relacionados con los síntomas y tratamientos existentes.

La finalidad de los folletos 7 y 9 es ofrecer información acerca de los trastornos depresivos y de ansiedad, respectivamente. La función primordial es la referencial. La finalidad de las traducciones (Folletos 8 y 10) es ofrecer esta misma información en español, sobre todo a las personas interesadas y residentes en Australia, que dominan este idioma, pero no el inglés.

La finalidad del Folleto 11 es facilitar la información relacionada con el trastorno por estrés postraumático, y procedente de un texto redactado en inglés, a personas que dominen el español. Por ello, la función es también referencial. En el texto en inglés, se especifica que

The content in this resource is provided for general information only. It is not intended to, and does not, amount to advice which you should rely on. It is not in any way an alternative to specific advice. You must therefore obtain the relevant professional or specialist advice before taking, or refraining from, any action based on the information in this resource. (Royal College of Psychiatrists, 2020b)

Este es un apartado importante en la caracterización y el análisis de los folletos de salud, y en concreto de los relacionados con la salud mental. Se debe recalcar que estos documentos son útiles para las personas a las que van dirigidos, pero la ayuda que ofrecen no debería remplazar o considerarse suficiente en comparación con la asistencia que puede prestar un profesional sanitario.

Si se considera la clasificación de los tipos de traducciones de Nord (1989, como se citó en Nord, 1997), estos tres folletos (8, 10 y 11) en español serían traducciones instrumento, y

equifuncionales. La intención del emisor de estos documentos es poner a disposición de las personas interesadas material informativo referente a distintas cuestiones de salud mental.

8.5.2.

Al igual que con los folletos 1, 2, 3, 4, 5 y 6, en este apartado se comentan aspectos más relacionados con la utilización de recursos lingüísticos, el registro de los textos, y el léxico que se puede encontrar en los textos originales y en sus correspondientes traducciones.

En los textos de los folletos 7 y 9 se pueden señalar dos cuestiones con respecto a la relación entre el emisor y el lector. En el interior de los folletos, el emisor no se dirige directamente al lector. No obstante, no se ha redactado el texto con la intención de no tener en cuenta de ninguna manera a los futuros lectores. Por ejemplo, en el folleto 7 se utiliza la primera persona del plural, en los siguientes ejemplos: «*our (lives)*» «*(all of us)*». En las contraportadas de ambos folletos, en el apartado «*Where to go for help*», sí se observa más cercanía con el lector. Está dirigido en especial a las necesidades del lector y se emplean los mismos elementos lingüísticos, pero en segunda persona, como se muestra por ejemplo en: «*your (community mental health centre)*» (Folletos 7 y 9). En las traducciones al español, estos elementos se mantienen, para la transmisión correcta del mensaje. Por ejemplo, en los folletos 8 y 10 se encuentra el uso de estos en: «nuestra (vida)» y «su (médico de cabecera)». Los paréntesis utilizados en estos ejemplos se han añadido para contextualizar estos usos y no aparecen en los textos de los folletos. En las traducciones, debido a las características de la lengua española en cuanto a la distinción entre el uso de «usted» y «tú», se puede anotar que se ha optado por un registro menos informal.

Con respecto a este asunto, se encuentran similitudes con el folleto 11. En este texto, se observa un cierto acercamiento entre el emisor y el lector, mediante el uso de «nuestra vida», por ejemplo. Asimismo, algunas preguntas como «¿Cómo puedo saber si tengo un TEPT?» se expresan en primera persona como si el sujeto fuera el propio lector, y en las respuestas se emisor se dirige a este mediante el uso de «usted» (Folleto 11). Por ejemplo, esto se puede observar en: «¿Ha experimentado un acontecimiento traumático como el descrito al comienzo de este folleto?» (Folleto 11). Este ejemplo aparece en el texto como respuesta a la segunda pregunta mencionada anteriormente. Se puede inferir que el sujeto omitido en este caso es «usted».

Se puede dividir en distintos grupos el léxico encontrado en los textos originales y traducciones presentes en cada uno de los folletos, ya que la temática de cada uno es diferente.

En el folleto 7 se incluyen los principales tipos de trastornos depresivos. Estos son «*major depressive disorder*», «*post-natal depression*», «*bipolar mood disorder*», y «*adjustment disorder with depressed mood*». Como correspondiente traducción al español se ha optado por «trastorno depresivo grave», «depresión post-parto», «trastorno bipolar del ánimo», y «depresión reactiva», respectivamente (Folleto 8). En el documento «*Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*», publicado en España, se exponen varios tipos, que son, entre otros, el «trastorno depresivo mayor» y el «trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo», y los cuales se han encontrado en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (Martín García-Sancho et al., 2009).

Algunos de los tratamientos disponibles que se mencionan en el folleto 7 son terapias como «*cognitive behavioural therapy*» y «*electroconvulsive therapy*». Los términos elegidos por el traductor o traductores en español son: «terapia cognitiva de comportamiento» y «terapia electroconvulsiva» (Folleto 8). En la guía mencionada anteriormente, se refieren a esta primera terapia con el nombre de «terapia cognitivo-conductual» (Martín García-Sancho et al., 2009). De la misma manera, se utiliza este mismo término en español como traducción de «*cognitive-behavioral therapy*» en el recurso TERMCAT (TERMCAT, Centre de Terminologia, 2020a).

En el texto del folleto 9 también se aportan términos referentes a los tipos y tratamientos existentes. Entre los tipos, se pueden mencionar los conocidos como «*generalised anxiety disorder*», «*panic disorder*», y «*obsessive compulsive disorder*». En cuanto a los tratamientos, se repite la terapia «*Cognitive Behavioural Therapy*», y se indican algunos medicamentos como «*anti-depressants*» y «*anti-anxiety medications*». En el texto en español, estos términos son traducidos como «trastorno de ansiedad generalizada», «trastorno de pánico», y «trastorno obsesivo compulsivo», por un lado, y «Terapia Cognitiva de Comportamiento», «antidepresivos», y «medicamentos contra la ansiedad», por otro (Folleto 10).

Con el fin de consultar la existencia y definición de algunos de estos términos en inglés y en español, podría ser valioso investigar cuáles aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades, o *International Classification of Diseases (ICD)* en inglés. La OMS, quien se encarga de este recurso, lo define como «*the foundation for the identification of health trends and statistics globally, and the international standard for reporting diseases and health conditions.*» y es «*the diagnostic classification standard for all clinical and research purposes.*» (World Health Organization, 2020). Cabe mencionar que se han consultado estos términos en la última versión disponible de 2019, en el sitio web del navegador de la *ICD-11* (CIE-11, en español) (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>). Dentro del grupo de los «trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo» se encuentran, entre otros, el «trastorno de ansiedad generalizada», el «trastorno de pánico» y el «trastorno obsesivo-compulsivo» (WHO, 2019a).

Por último, los términos más destacables que aparecen en el texto del folleto 11 son los referentes a los tratamientos y medicamentos recomendables. Antes de comentar estos aspectos, se puede mencionar el propio nombre del trastorno, y uno de sus tipos, el «trastorno por estrés postraumático complejo». En el texto en inglés estos términos corresponden a «*post-traumatic stress disorder*», y «*complex PTSD*» (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

Los tratamientos existentes incluidos en el folleto 11 son variados. Entre ellos, se incluye la «psicoterapia», la «terapia de grupo», la técnica «EMDR (Movimiento ocular, desensibilización y reprocesamiento)», la «Terapia Cognitivo-Conductual», y la «psicoterapia psicodinámica». Estos términos corresponden a «*psychotherapy*», «*group therapy*», «*EMDR (Eye Movement Desensitisation & Reprocessing)*», «*Cognitive Behavioural Therapy*», «*psychodynamic psychotherapy*», que son los tratamientos citados en el texto en inglés (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

Otro tipo de tratamiento que se indica es el uso de medicamentos. Los medicamentos mencionados en esta traducción son los «ISRS (antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina)» y los «antidepresivos IMAO o tricíclicos» (Folleto 11). Estos últimos se encuentran en el texto en inglés como «*tricyclic and MAOI antidepressants*» (Royal College of Psychiatrists, 2020b). En el caso de los primeros, la oración donde se mencionan es: «Los ISRS (antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina) disminuyen la intensidad de los síntomas del TEPT [...], que correspondería en el texto original en inglés a la siguiente: «*SSRI antidepressant tablets may help to reduce the strength of PTSD symptoms [...]*» (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

En España, desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se facilitan versiones en español de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS que se comentó anteriormente. En este contexto y para este trabajo, se podría considerar como un recurso terminológico. Los términos siguientes se han consultado en la edición electrónica de la CIE-10-ES, de enero de 2020. Se encuentran los términos: «trastorno por estrés postraumático», «psicoterapia», «psicoterapia psicodinámica», y «Terapia Cognitivo-Conductual» (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Subdirección General de Información Sanitaria).

Con respecto al resto de términos, por un lado la traducción al español de «*complex PTSD*» que se ofrece en el sitio web del recurso de la OMS *ICD-11*, es «TEPT complejo» (WHO, 2019a). Por otro, ya se investigaron los nombres de los medicamentos asociados al tratamiento de la depresión en otros documentos (Folleto 1 y 2). Así, se encontró el uso de las abreviaturas «*IMAO*» y «*ISRS*» para estos grupos de medicamentos antidepresivos (Vidal Vademecum Spain, s.f.-g).

Se observa el uso frecuente del paréntesis en los folletos 7, 9 y 11. Se emplea en los términos para aportar las abreviaturas de estos, por ejemplo en «Trastorno por estrés postraumático (TEPT)» en el folleto 11, y en «*Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*» en el folleto 9.

En las traducciones de los textos originales en inglés también se utiliza este signo ortográfico para indicar las palabras, la oración o sigla a la que corresponde en inglés. Por ejemplo, se indica el nombre del título en inglés de los folletos 7 y 9, en la portada de la versión en español en los folletos 8 y 10. Del mismo modo, se aportan algunos términos en inglés referentes a los tipos de trastornos, como en: «trastorno de ansiedad generalizada (*Generalised anxiety disorder*)» (Folleto 10). En el mismo folleto (10), se señala otro ejemplo de este uso, que es: «trastorno por estrés postraumático (PTSD en sus siglas en inglés)».

Asimismo, el uso del paréntesis está presente y se mantiene en el texto traducido en el siguiente ejemplo: «*Therapy may also involve gradually exposing a person to situations that trigger their anxiety (desensitisation).*» (Folleto 9), cuya traducción es: «La terapia también puede incluir exponer a la persona de manera gradual a situaciones que provocan su ansiedad (insensibilización).» (Folleto 10).

En cuanto a las definiciones, si se consideran de nuevo los modelos propuestos por Mayor Serrano (2005) en su análisis, se pueden localizar varias ocasiones en las que se explican términos, siguiendo las estructuras señaladas por esta autora. El modelo «A *is/are-es/son* B [*which-que* C]» (Mayor Serrano, 2005, p. 137) se observa, por ejemplo, en: «La adrenalina es una hormona que produce nuestro cuerpo cuando estamos bajo estrés [...]», y «El hipocampo es una parte del cerebro que procesa la memoria» en el folleto 11, y en el folleto 9 con: «*Social phobia is a strong and persistent fear of social or performance situations*».

Otro de los modelos que menciona la autora es el que siguen las «definiciones que comienzan por «*If...*» o «*When...*» («*Si...*», «*Cuando...*», «*Por...*»)» (Mayor Serrano, 2005, p. 137). En el folleto 7 se puede observar esta misma estructura en oraciones como: «*When symptoms of major depressive disorder are fewer and milder, but last longer (for more than two years), the illness is called dysthymic disorder.*».

8.6. Discusión de resultados

Los análisis realizados permiten ilustrar las principales características de los folletos relacionados con el ámbito de la salud mental seleccionados (Folletos 1-11). Será conveniente, una vez se han examinado estos folletos, comparar estas características, y determinar cuáles son las similitudes y diferencias principales encontradas entre estos.

Es cierto que no se debe asumir y defender que las encontradas en estos folletos deban aparecer en todos los que comparten esta temática. Esto es, no se debe generalizar, ya que se pueden observar varias diferencias entre estos con respecto al año de elaboración, lugar y recursos, por lo que hay ciertas cuestiones que no deberían compararse. Por ejemplo, no se debería oponer a traductores de ninguna manera, las condiciones de trabajo son distintas para cada persona, y no sería acertado defender que un traductor es mejor que otro, basándose en un único texto y sobre todo, si no se tienen presentes en este tipo de conclusiones los aspectos mencionados (año, lugar, recursos, etc). Sería, además, imposible hacer una comparación de los folletos considerando estos aspectos, puesto que se indica una falta de información en

relación con estos aspectos. En la mayoría de los folletos, los responsables de realizar las traducciones de cada texto no constan (Folletos 1-10), y tampoco se especifica claramente en muchas ocasiones en qué año se redactó o publicó cada documento.

No obstante, algunos de los elementos que caracterizan los folletos analizados (1-11) sí merecen ser comparados y mencionados. La intención de este apartado es exponer qué elementos son frecuentes en todos los folletos, o al menos en la mayoría. Asimismo, se muestra la variedad presente en este tipo de documentos.

Como se señaló anteriormente, Mayor Serrano (2005), en su análisis contrastivo de folletos de salud en inglés y en español, ya identificó que existía una cierta diversidad en cuanto a la macroestructura presente en este tipo de documentos. En este caso, los folletos del ámbito de la salud mental parecen respaldar esta idea.

Estas conclusiones generales pueden ser beneficiosas para los traductores en general, y especialmente para los interesados en este contexto. No solo se indicarán los elementos más comunes de estos folletos, sino que se comentarán aspectos relacionados con la traducción de cada uno de ellos.

Pese a que el número de folletos seleccionados no es elevado, se considera que los analizados representan de una manera apropiada al tipo de «folleto de salud mental». Se han elegido por varios motivos. Las principales razones son la variedad de formatos, temática y terminología, lugar de procedencia, destinatarios, emisores, lenguas, y funciones textuales. En particular, se consideró necesario seleccionar folletos que hubiesen sido elaborados en alguno de los dos países que se abordan en el trabajo, es decir, Australia y España.

En los folletos analizados se muestra una variedad en cuanto a las temáticas tratadas y de diseños y formatos elegidos por los productores de los documentos. Estos folletos aportan información acerca de la depresión (Folletos 1, 2, 7 y 8), de la ansiedad (Folletos 9 y 10), y del trastorno por estrés postraumático (Folleto 11); y en algunos se tratan aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (Folletos 3-6). En cuanto al diseño, algunos presentan el formato típico de tríptico (Folletos 3-6), mientras que otros presentan el texto en un documento más básico y con una extensión más larga (Folletos 7-11). Se podría deducir que algunos (Folletos 3-6) parecen haber sido elaborados con la intención de ser distribuidos en formato físico, en papel, más que para ser utilizados en una versión electrónica únicamente.

La estructura de los folletos parece ser similar, sin embargo. Esto es, en la mayoría aparecen secciones similares en cuanto al tipo de contenido incluido. Se proporcionan los tratamientos disponibles, en muchos (Folletos 1, 2, 7-11), y en otros, los posibles síntomas (Folletos 1, 2, y 11). Asimismo, en algunos se exponen los tipos, por ejemplo de medicamentos existentes (Folletos 1 y 2) y de trastornos relacionados con la temática del propio folleto (Folletos 7-10).

Las recomendaciones e indicaciones parecen ser también un aspecto común en este tipo de folletos. Así, se encuentran ejemplos de estas en los folletos 1-6 y 11, con diferencias por supuesto, debido a la diversidad de temas abordados. El empleo del modo imperativo para formular estas es frecuente, por ejemplo este se observa en los folletos 1, 2, 3 y 4.

Los folletos 1 y 11 muestran un uso del formato de pregunta y respuesta. En concreto, esta utilización es relevante puesto que su objetivo es probablemente mantener al lector involucrado en el texto. Es más, algunas de estas preguntas se formulan en primera persona, convirtiéndose por un momento el productor del texto así en lector, y estableciendo una cercanía con este. Cabe mencionar que en la traducción del folleto 1 (Folleto 2) no se modifica este formato.

En general, en las versiones traducidas de los folletos originales, no se producen cambios con respecto al uso de ciertos tiempos verbales. En los textos en inglés de los folletos 5 y 6, que corresponden a los textos en español de los folletos 3 y 4, sí se encuentran diferencias en las estructuras gramaticales. Como se comentó en el análisis, los motivos podrían ser una

falta de competencia por parte del traductor o traductores, no solo en lo que se refiere a la capacidad para transmitir mensajes de una lengua a otra, sino también en cuanto a poseer un dominio de la lengua inglesa no demasiado elevado. En estos folletos (5 y 6), la traducción se caracteriza por ser notablemente literal.

Las funciones predominantes de los textos analizados son la función referencial y la función apelativa. En gran medida, los folletos aportan información acerca de unos temas en concreto (Folletos 1, 2, 7-11). Por otro lado, la finalidad de algunos textos está muy orientada a los receptores, y en ellos los consejos y sugerencias son frecuentes (Folletos 1-6). Además, se debe apuntar que este tipo de folletos no pretenden diagnosticar, ni sustituir la atención médico-sanitaria que podría ofrecer un profesional en este contexto. Son solo textos informativos que podrían considerarse como unos recursos adicionales, en los que lo fundamental para los pacientes o usuarios sería contar con una asistencia adecuada por parte de los profesionales sanitarios, o en concreto, de salud mental. En particular, en los folletos 1,2, y en el texto en inglés del folleto 11 (Royal College of Psychiatrists, 2020b) se especifica esta función simplemente informativa.

La intención de los folletos 1, 3, 4, 7, 9 y 11 se podría afirmar que es esta. La finalidad de los folletos 2, 5, 6, 8 y 10, que son las traducciones, es facilitar esta misma información a personas que no puedan comprender la lengua en la que está redactado el texto original. Esto es, eliminar las barreras lingüísticas que puedan presentarse. Las barreras culturales no se comentan en el análisis de los folletos. La justificación no es por su ausencia. Se ha considerado que el análisis no se centre en aspectos culturales. No obstante, se puede señalar que cada cultura puede tener sus propios conceptos e ideas relacionadas con la salud mental, y si se considerara necesario, los traductores y productores de este tipo de folletos deberían tomar esto en consideración.

En cuanto al tipo de traducción, se podría concluir que todos los textos traducidos (Folletos 2, 5, 6, 8, 10, 11) son traducciones-instrumento, puesto que la finalidad de las traducciones es mantener las mismas funciones presentes en los textos originales. Sin embargo, se pueden señalar dos excepciones, si se considera la siguiente idea expuesta por Nord (1997): «*In the reception of an instrumental translation, readers are not supposed to be aware they are reading a translation at all.*» (p. 52). Estas excepciones corresponden a los folletos 5 y 6. La traducción literal de muchas oraciones provoca que los lectores no puedan comprender el significado de estas.

Si se comparan los participantes implicados, los emisores pueden ser organizaciones (Folletos 1, 2, 7-10) o los folletos pueden ser encargados o elaborados por departamentos de un país o región (Folletos 3-6). En la mayoría de folletos (Folletos 2, 5, 6, 8 y 10) el nombre del traductor o traductores no se aporta. Solo en el folleto 11 se indica quién es el responsable de la traducción.

Uno de los participantes más importantes para la redacción de los textos es el grupo de receptores o lectores de estos. Se puede concluir que todos los folletos (1-11) van dirigidos a personas que de alguna manera u otra se han visto afectadas por alguno de estos trastornos. Estos pueden ser pacientes, familiares, conocidos, o gente interesada en obtener la información que se ofrece. Si se considera la posible área geográfica en la que reside este grupo, se podría señalar que en los folletos producidos en Australia (Folletos 1, 2, 7-10), se incluye información que puede utilizarse únicamente en este país.

Esta cuestión es importante tanto para la redacción del texto original como para la traducción. Por ejemplo, en el folleto 1 se exponen algunas marcas comerciales de medicamentos antidepresivos. En el folleto 2 (su traducción al español), estos nombres no deberían adaptarse. Esto es, no se deberían modificar y sustituir por las marcas equivalentes que existen en otros países. El lector, si reside en Australia, requerirá la misma información en este sentido, aunque el idioma utilizado en todo el texto sea diferente.

La especialización de los textos también es variada. Se encuentran folletos en los que se utilizan términos relacionados con la temática de estos, como en los folletos 1 y 2 donde se especifican algunos tipos de medicamentos antidepresivos. En otros, apenas aparece un léxico especializado y, en cambio, se emplean expresiones informales, como en el folleto 3.

Aunque en algunos se aportan términos, esto no indica que el lector deba comprenderlos o utilizarlos en su día a día. Es decir, no se debe asumir que los receptores son profesionales expertos debido a la presencia de terminología médica/farmacológica. En estos casos, se definen y aclaran los términos más complicados, como por ejemplo en los folletos 1, 7, 9 y 11. En estos, se emplean definiciones sencillas y se utiliza el paréntesis para aportar aclaraciones.

Por último, en las traducciones se aporta en ocasiones en paréntesis la oración o el término en el idioma en el que se redactó el documento original (Folletos 8 y 10). Para las expresiones más informales presentes en el folleto 3, se ha optado en el folleto 5 por una traducción literal, por lo que estas oraciones no serán comprensibles.

Se concluye que el tipo de «folleto de salud mental» es un documento centrado de manera significativa en los usuarios a los que va dirigido, presenta una variedad en cuanto a formatos y temática, aunque también son frecuentes en él las recomendaciones y la enumeración de tipos, síntomas y tratamientos. En algunas ocasiones, la terminología se explica brevemente para conseguir que el lector comprenda el texto. En las traducciones, se debe decidir si adaptar o mantener ciertos términos dependiendo de las necesidades de los receptores. Asimismo, este análisis ilustra la importancia de contar con profesionales cualificados para realizar las traducciones, incluso cuando el texto aparentemente no presente muchas dificultades.

9. Conclusiones

La multiculturalidad que tan frecuentemente se encuentra por todo el mundo, conlleva a una convivencia de personas con culturas y lenguas diferentes. Esto, como consecuencia, puede llevar a que se produzcan situaciones de discriminación, desafortunadamente. Por el contrario, también se puede encontrar reflejado en comunidades multiculturales el concepto de interculturalidad. Esto es, se pueden establecer relaciones positivas entre personas con diferentes culturas, en las que se respeta esta diversidad.

En muchas ocasiones, la población inmigrante que llega a un país muy diferente al suyo en cuanto a la lengua y la cultura, puede encontrarse con algunas dificultades debido a estas diferencias, y por ello, la interacción con el resto de personas se ve afectada negativamente. Estas barreras lingüísticas y culturales pueden surgir en distintos contextos, por ejemplo en el educativo o el judicial.

Si bien es cierto que en todos los ámbitos la comunicación entre distintas personas es fundamental para atender y ser atendido adecuadamente, en el ámbito sanitario se defiende significativamente esta importancia, y en concreto en el área de la salud mental. La comunicación entre el profesional médico y el paciente debe ser efectiva. Si surgen problemas comunicativos, las consecuencias son considerables y podrían conllevar, por ejemplo, que se produzcan errores en los diagnósticos y en los tratamientos propuestos.

Estos problemas en la comunicación pueden deberse a ciertos aspectos, como la diferencia entre lenguas y culturas. La labor de un intérprete en estas situaciones puede conseguir que esas barreras se eliminen. Además, es relevante apuntar que es más sencillo transmitir pensamientos y emociones en una lengua materna que en un segundo o tercer idioma, sobre todo si la comunicación se ve también afectada por otras cuestiones, como el estado del paciente o que este padezca algún trastorno asociado con el lenguaje.

No cabe duda de que los problemas que tienen un impacto negativo en la salud mental pueden afectar a cualquier persona, en cualquier lugar del mundo. Este trabajo se centra

especialmente en la salud mental de las personas inmigrantes. Como consecuencia de la instalación y el desplazamiento a otro país, estas personas pueden experimentar situaciones traumáticas, o sufrir problemas como la ansiedad, entre otros. Aunque se han realizado varios estudios con el propósito de comparar la salud de la población inmigrante con los ciudadanos procedentes del mismo país, en ellos se presentan algunas limitaciones. Por ello, pese a que algunos han encontrado una mayor prevalencia de estos problemas en las personas inmigrantes, no se puede declarar nada de una manera concluyente.

Las generalizaciones en este y en otros contextos, es conveniente no realizarlas. Por un lado, en el grupo de población considerado como «inmigrante» se incluye a personas con una diversidad notable con respecto a lugar de procedencia y lengua materna. Sería un error también integrar en el mismo grupo por ejemplo, a estudiantes, que probablemente cuenten con unos recursos considerables, con personas refugiadas. Se ha decidido, por tanto, especificar que en este trabajo, la palabra «inmigrante» se refiere sobre todo a las personas que se encuentran en una situación más vulnerable, como los solicitantes de asilo o personas refugiadas.

Los países abordados y comparados en este trabajo, que se han seleccionado son Australia y España. En ambos, se ha encontrado una concienciación presente en cuanto a la necesidad de atender a las personas inmigrantes en el contexto de la salud mental. La importancia de disponer de intérpretes cualificados en este ámbito se expone en diversos recursos producidos en cada uno de estos dos países. El desarrollo de varias organizaciones y proyectos parece indicar el reconocimiento de muchos de la labor de los intérpretes, junto con los mediadores interculturales y los traductores.

Ahora bien, la situación real puede distar mucho de lo que se puede defender en un texto escrito. Entre las cuestiones que se han descubierto, pueden señalarse una serie de aspectos positivos, y otras cuestiones que cada país podría mejorar. Con respecto al campo de la traducción e interpretación en los servicios públicos, se encuentran unas diferencias significativas.

Antes de continuar con esta cuestión, sería apropiado mencionar otras diferencias que influyen en lo que se considera como el estado actual de la cuestión de la TISP en cada país. Por un lado, el origen de este ámbito no se produjo en los mismos años. En Australia, a mediados del siglo pasado y sobre todo en los años 70 se empezaron a desarrollar los servicios de traducción y de interpretación. En España, se podría establecer esta fecha en los años 80, cuando el número de inmigrantes que llegaba al país aumentó considerablemente. Por otro, la población residente en Australia en la actualidad es de aproximadamente 25 millones de personas, de las cuales aproximadamente 7 millones se caracterizan por proceder de países distintos (a Australia), mientras que en España es de 47 millones, y la población inmigrante documentada es de 5 millones de personas, hasta la fecha de redacción del trabajo.

En cuanto a la traducción e interpretación, en Australia cuentan con un servicio de traducción e interpretación conocido como *TIS National*, que ofrece estos servicios en una gran cantidad de idiomas y facilita la comunicación entre distintas comunidades en una variedad de ámbitos. El funcionamiento de este servicio está presente por diferentes partes del país, pero algunos estados proponen también sus propios servicios de interpretación. Asimismo, existe un sistema nacional de acreditación para estos profesionales, cuyo organismo responsable es *NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters)*.

Los traductores e intérpretes profesionales deben respetar un código ético, y poseer unas determinadas competencias. Con estas cuestiones se pretende que estos profesionales puedan proporcionar unos servicios de calidad, prestando atención a aspectos como la confidencialidad, la competencia lingüística y la competencia intercultural. Aunque la evolución que ha tenido esta profesión en general es notable, se han revelado recientemente la existencia de algunos problemas. Estos son: las condiciones y tarifas son peores, y se ha determinado que estos

profesionales deberían tener más conocimientos con respecto a la terminología del ámbito médico-sanitario, y se han hecho recomendaciones para solucionar esto.

En España, aún no se ha conseguido esta profesionalización. Es frecuente encontrar a familiares y personas no cualificadas actuando como intérpretes en distintas situaciones, entre ellas en el ámbito sanitario. No existe un sistema de acreditación, tal y como ocurre en Australia. Sin embargo, se van encontrando más opciones con respecto a la formación de intérpretes y traductores en el contexto los servicios públicos, y la investigación en este ámbito también merece mencionarse.

Aunque no se encuentra disponible un servicio de interpretación como *TIS National*, se pueden encontrar varias empresas que ofrecen estos servicios por distintas regiones del país. En el ámbito sanitario los profesionales pueden utilizar estos y otros servicios de interpretación telefónica.

En el área de la salud mental, ambos países ofrecen recursos relacionados con la traducción y la interpretación dirigidos a personas con lenguas maternas distintas a las oficiales de estos dos países en cada caso. Entre los recursos se incluye la distribución de información en varios idiomas y ciertos servicios de interpretación.

En Australia, las personas que no hablen inglés pero que necesiten contactar con alguna de las líneas de apoyo disponibles, pueden hacerlo contactando con *TIS National*. En situaciones de crisis, estas líneas son muy valiosas y la posibilidad de poder acceder a ellas parece bastante significativa.

El desarrollo de políticas y organizaciones centradas en y creadas por la multiculturalidad que caracteriza a este país podría considerarse uno de los aspectos más relevantes. El reconocimiento a las distintas culturas y lenguas presentes en un país puede influir de manera considerable en el establecimiento de otras. Esto es, no solo existen organizaciones dedicadas a la sociedad multicultural, sino que también se han creado otras con finalidades más específicas. Entre ellas, se encuentran las orientadas a atender las necesidades de diferentes comunidades instaladas en el país en lo que se refiere a la salud mental.

Algunas organizaciones (*Embrace Multicultural Mental Health*, y *Centre for Culture, Ethnicity & Health*) proporcionan recursos e información relacionada con la salud mental, por ejemplo a través de listas de recursos. Además, estas ofrecen información acerca de cómo trabajar con intérpretes y de la traducción en general. Ambas prestan servicios y colaboran con otras organizaciones o empresas y agencias, para ayudar a estas a mejorar la asistencia que presten a comunidades con culturas diferentes.

Desde otras organizaciones centradas en personas que requieren asistencia psicológica (*FASSTT*) y gobiernos estatales, como el de *Queensland*, se defiende la importancia de contar con intérpretes profesionales. Por último, en el país se organizan algunos cursos dirigidos a intérpretes que deseen seguir formándose en especial en el área de la salud mental.

En España, las iniciativas más interesantes y relevantes en cuanto a la atención de las necesidades de la población inmigrante se corresponden con los proyectos desarrollados por distintas organizaciones. En algunas de las comentadas, como Red Acoge y CEAR, los recursos que prestan están relacionados con la acogida, el acompañamiento y la atención psicológica y social, y en algunos de sus proyectos se incluyen unos servicios de interpretación y traducción. En concreto, entre las actuaciones del servicio de interpretación de CEAR en 2019, aproximadamente un 30% estuvieron relacionadas con la asistencia psicológica.

Asimismo, las acciones que realizan estas organizaciones son importantes, porque entre sus objetivos, se encuentra lograr que las personas a las que atienden puedan integrarse en la sociedad. Como se comentó en la introducción del trabajo, esta integración podría también beneficiar a las personas que sufran problemas relacionados con la salud mental.

Se han elaborado y publicado documentos en la última década orientados a las necesidades de la población en el área de la salud mental. En uno de estos documentos, una

guía publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se defendió la utilidad de disponer de intérpretes, mediadores y traductores en este contexto. En otra de las guías mencionadas, publicada en una de las comunidades autónomas, se manifestó que los profesionales del área de la salud mental debían tener una competencia intercultural, y se apoyó el uso de mediadores. Por último, cabe mencionar que en el plan de salud mental de la Comunidad de Madrid, uno de los objetivos propuestos es la mejora del servicio de interpretación telefónica disponible en esta comunidad.

Para concluir, en torno a la cuestión de la atención psicológica a población inmigrante, se pueden comentar varios asuntos. Uno de los factores primordiales que suceden en ambos países es esa concienciación acerca de la importancia de responder a las necesidades de las distintas comunidades. Las iniciativas, proyectos y documentos que se han encontrado son un indicador positivo de la voluntad de cubrir estas necesidades. Sin embargo, en ambos países se debería producir una mejora. No es suficiente con defender estas cuestiones, como la importancia de disponer en estos contextos de profesionales cualificados. Es decir, se deberían desarrollar más recursos que garanticen una atención de calidad. Está claro que la divulgación de estas ideas y el reconocimiento respectivo que ilustra, son aspectos positivos. En especial, como se ha documentado en otros trabajos, los profesionales de la salud deberían tener presente los beneficios de la labor que realizan los intérpretes, y la importancia de colaborar con ellos.

Un tema crucial, sobre todo en el caso de España, es la regularización y profesionalización de los intérpretes y traductores, en los servicios públicos. Cuando estos aspectos se logren, probablemente se podrá garantizar una mejor calidad de los servicios prestados. Aunque es importante, esta cuestión puede que no solucione todos los problemas que puedan presentarse. El caso de Australia es un buen ejemplo de ello.

En el área de la salud mental, uno de los aspectos esenciales que debe dominar el intérprete es el de la terminología. Así, en Australia por ejemplo, se ha precisado la necesidad de formar mejor a este profesional con respecto a la terminología del ámbito sanitario.

Como se ha podido comprobar, la comunicación es muy importante en el área de la salud mental. La interpretación presencial es el tipo de interpretación preferido o más recomendable en este contexto. No obstante, la interpretación telefónica también es útil para que las personas que lo necesiten puedan comunicarse.

La comunicación entre pacientes o usuarios y profesionales expertos en distintas especialidades también puede ser escrita. En este trabajo se ha decidido examinar uno de los tipos de textos que se pueden encontrar en este contexto. Este es el «folleto de salud mental».

Se han seleccionado 11 folletos (Folletos 1-11) relacionados con la salud mental para analizarlos y compararlos, y para poder finalmente determinar las características más frecuentes de este tipo de documento. Algunos se elaboraron en Australia, y otros en España. Seis de estos folletos (Folletos 2, 5, 6, 8, 10, 11) son traducciones de otros, y se han elegido también para comentar aspectos relacionados con la traducción. Los idiomas en los que se redactaron estos recursos son el inglés y el español.

Estos folletos sirven para ilustrar la manera en la que distintos factores influyen en el resultado final, esto es, tanto en el texto original como en el texto traducido. Estos están centrados en los usuarios o receptores. Se podría concluir en todos los casos que estos son personas interesadas o afectadas por las cuestiones que se abordan en cada folleto, como pacientes o familiares. Es relevante hacer una distinción entre estos textos y otros textos más especializados dirigidos a otro tipo de lectores, como pueden ser los profesionales de la salud. Esta diferencia puede observarse en todos los textos, puesto que en ellos se puede determinar de una manera u otra a quién van dirigidos. Por ejemplo, en el título de los folletos 3 y 4 se especifica que se han elaborado estos documentos para adolescentes, y para padres y madres, respectivamente.

Asimismo, por el contenido, la terminología utilizada y la redacción del texto en general, se indica que los lectores no tienen que ser expertos en la materia para poder comprender y utilizar el texto. Se ha observado que entre los folletos analizados se presenta una variedad en cuanto al contenido y al lenguaje especializado. En algunos folletos (Folletos 11, 1 y 2) se incluyen términos, que son explicados y aclarados para el lector, y en otros (Folletos 3 y 4) no se encuentra ninguna palabra o expresión que pueda ocasionar problemas de comprensión para los lectores. Los folletos aportan información acerca de distintos temas, como la depresión (Folletos 1 y 2, 7 y 8), la ansiedad (Folletos 9 y 10), la prevención de trastornos de la conducta alimentaria (Folletos 3-6), y el trastorno por estrés postraumático (Folleto 11).

Si se comparan todos los folletos, se presentan diferencias con respecto al formato y macroestructura, y al año de publicación de estos. Algunos folletos (Folletos 3-6) fueron elaborados siguiendo uno de los modelos más característicos de este tipo de texto: el formato de tríptico. Por otro lado, en el folleto 11 no se puede destacar nada en cuanto al formato general del documento. La extensión también varía.

El año en el que se publicó cada folleto es uno de los elementos que no se ha podido confirmar en muchos casos. En la mayoría de los folletos (Folletos 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 9) no se aportaba ninguna fecha relacionada con esto. En las páginas web y listados donde se han encontrado estos recursos, se señalaban algunas fechas en algunos casos (State of Victoria, 2019a; 2019b; 2019c; EASP, 2008a; 2008b), pero no se especificaba claramente si ese era el año de publicación, revisión, o elaboración. En cualquier caso, las fechas que se pueden encontrar indican que los folletos analizados no son recientes. Al menos, muchos folletos no parecen haber sido modificados en la última década.

Algunas de las secciones incluidas, o contenido en general presente dentro de ellas, son similares si se comparan distintos folletos. Por ejemplo, por lo que se refiere a las cuestiones relacionadas con la salud mental abordadas en estos textos, se proporciona una serie de síntomas en los folletos 1, 2 y 11, en los folletos 1, 2, 7, 8, 9, 10 y 11 se exponen algunos de los tratamientos disponibles, y también se describen brevemente varios tipos de trastornos (Folletos 7-10) y de medicamentos antidepresivos (Folletos 1 y 2).

Unas de las características que se han encontrado en gran medida en todos los folletos son unas funciones de texto similares. Estos textos son principalmente informativos, y en algunos también se destaca una función apelativa. En consecuencia, se emplean unos recursos de manera frecuente que son las recomendaciones e indicaciones, y las explicaciones de términos mediante definiciones o breves aclaraciones. En cuanto a elementos lingüísticos, el uso del imperativo en las oraciones se observa con frecuencia en los folletos.

Entre los participantes implicados en los textos, se encuentran como emisores organizaciones (Folletos 1, 2, 7-10) y departamentos del gobierno de una comunidad autónoma en el caso de España (Folletos 3-6), entre otros. En uno de los documentos se expone quién fue el responsable de la traducción (Folleto 11) pero en la mayoría (Folletos 2, 5, 6, 8 y 10) se desconoce esta información.

Con respecto a las traducciones, se observan ocasiones en las que los traductores han optado por una traducción literal, y otros han realizado traducciones más apropiadas. Estos folletos pueden ilustrar la influencia y la importancia de tener presente al posible lector de los textos en la realización de la traducción, y en la redacción del texto original.

En el caso de la traducción literal, esta se puede señalar en los folletos 5 y 6. Después de examinar estos textos, se puede deducir que el traductor o los traductores no poseían en el momento de realizar esta traducción de los conocimientos necesarios para hacerlo. Las traducciones de algunas oraciones indican una falta de competencia lingüística en la lengua inglesa y un desconocimiento acerca de cómo trasladar mensajes de una lengua a otra. Por ejemplo, esto se puede observar en la traducción de algunas expresiones informales, para las

cuales una traducción literal provoca que los lectores no puedan comprender el mensaje que quería transmitir el emisor del texto original.

Tener en cuenta los sistemas lingüísticos de cada lengua y prestar atención al país de origen de los receptores de los textos, no quiere decir que se deba adaptar el contenido completamente. El folleto 1 contiene información acerca de diferentes tipos de medicamentos antidepresivos, y en él se incluyen los nombres de estos y varias marcas comerciales. En el folleto 2, que es la versión traducida al español, se ha optado por no adaptar estas marcas a las que podrían ser sus equivalencias en otros países. Esta es la decisión apropiada, puesto que los folletos están dirigidos a personas que residen en Australia.

Se ilustra así, de nuevo, la relevancia de tomar en consideración distintos factores en el proceso de traducción. Aunque el folleto 2 puede considerarse una traducción bastante adecuada, también se encuentran algunas inconsistencias en la traducción de varias abreviaturas. Se mantienen para algunas las presentes en el texto original en inglés, y para otras, se adaptan al término utilizado en español.

Se han podido incluir en estos análisis ejemplos de lo útiles que son algunos de los recursos terminológicos que se encuentran disponibles en distintos sitios web. Se podrían mencionar dos de los que se han utilizado en este trabajo. Estos son: el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, o *International Classification of Diseases (ICD)* en inglés. La Organización Mundial de la Salud habilita una página web (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>) para realizar búsquedas de términos en español y en inglés que aparecen en esta clasificación.

En España, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pone a disposición también una versión electrónica en español en la página web: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscaador.html#>. Se considera, por tanto, que para consultar terminología médica y, en concreto por el tema que se aborda en este trabajo, términos relacionados con la especialidad de la salud mental, estos recursos son valiosos para los traductores que trabajen con textos de estos ámbitos, sobre todo cuando estos son especializados.

Cabe mencionar que el recurso de la OMS, ofrece las definiciones de los términos que se aportan en inglés y en español y que se incluyen en esta clasificación. Se pueden encontrar términos relacionados tanto con trastornos mentales, como con enfermedades del sistema nervioso o del aparato digestivo.

En algunos de los folletos analizados se incluyen dos secciones que merecen ser comentadas. En el folleto 1, por ejemplo, se especifica que únicamente se ofrece información general. Se podría concluir que esto es cierto para todos los «folletos de salud mental». Varios de ellos contienen oraciones que indican a los lectores que deben consultar a un profesional para obtener más información. Por otro lado, en la mayoría de folletos redactados en Australia (Folletos 1, 2, 8 y 10) se hacen referencias al servicio de traducción e interpretación *TIS National*.

Debido al estado de la cuestión de la traducción e interpretación en España, y sobre todo por los años en los que se publicaron los folletos en este país, no sería extraño concluir que en estos folletos no se incluye esta información.

Con estos análisis, se han podido conseguir los objetivos presentados en la introducción con respecto a estos temas.

No debería considerarse que estas características encontradas en los folletos deban aparecer en todos los folletos de este tipo. No se deberían realizar generalizaciones. Se han analizado únicamente 11 folletos en total, siendo seis de ellos (Folletos 2, 5, 6, 8, 10, 11) traducciones de otros. Además, los países donde se publicaron los textos son de Australia y España únicamente.

Estas son unas de las limitaciones del trabajo. La cantidad de folletos seleccionados es limitada, al igual que el lugar de redacción de estos. Las conclusiones sacadas de los análisis, deberían por ello corresponder solo a estos textos. Con un análisis y comparación de un número significativo de folletos de salud mental, se podrían concluir algunas cuestiones de manera más firme.

Asimismo, la falta de información acerca de los folletos seleccionados ha impedido que se compararan otros asuntos. Por ejemplo, no se ha podido confirmar la fecha exacta de redacción de los documentos, y en las traducciones tampoco se ha podido comprobar a qué grupos de población iban dirigidos estos. Solo se podía asegurar la lengua de estos grupos, aunque no se han podido establecer una información más específica acerca de esta, como la variedad que se pretendía utilizar en los textos.

En cuanto a la comparación entre estos dos países con respecto a la atención psicológica a personas inmigrantes, esta no es exhaustiva. No se ha pretendido realizar una búsqueda en la que se encontraran y se documentaran todos los proyectos, servicios y documentos relacionados con la interpretación y traducción en este contexto existentes en cada país. Esto es, no se debería considerar que los únicos recursos que existen son los que se han mencionado en el trabajo. Sin embargo, se han expuesto los hallazgos más destacables y los más informativos en relación con los objetivos del trabajo. Se podría realizar en un futuro una búsqueda y una presentación de todos los recursos que se encuentran en estos dos países.

De una manera similar a los folletos, se han indicado algunas cuestiones para las que ha sido complicado obtener información, y que por ello, han limitado los posibles resultados presentados en el trabajo.

Estos están directamente relacionados con los intérpretes y los traductores. Se ha comprobado que en España varias organizaciones ofrecen recursos de salud mental a refugiados, inmigrantes y solicitantes de asilo, y que en estos se incluyen unos servicios de traducción e interpretación. Habría sido interesante y relevante para el trabajo haber podido investigar y determinar si las personas que realizar estas labores están cualificadas para ello. Puede que se traten en su mayoría de personas sin las competencias suficientes, o puede que estas organizaciones sí dispongan de profesionales.

Se podría realizar una investigación acerca de la interpretación en el área de la salud mental en las organizaciones dedicadas a responder a las necesidades de la población inmigrante. Asimismo, sería valioso para la investigación en el ámbito de la TISP llevar a cabo observaciones y análisis de interpretaciones en este contexto. Esto es, poder conocer qué herramientas utilizan los intérpretes, cómo se enfrentan al contenido tan complejo con el que pueden encontrarse, y cómo colaboran con los demás profesionales, entre otras cuestiones. Debido a algunos factores característicos de este campo, esto sería probablemente más difícil de conseguir. Sin embargo, en otros trabajos de investigación se podría contar con los testimonios de intérpretes que trabajen en estos contextos.

A pesar de todas estas limitaciones e imposibilidad de realizar una investigación más exhaustiva, con este Trabajo Fin de Máster se ha intentado exponer algunas cuestiones con las que se pretende colaborar en la investigación de la interpretación y traducción en el ámbito de salud mental, y en general en el campo de la TISP, y también poder contribuir de alguna manera a la comunidad académica.

La evolución de este campo en España no merece ser menospreciada, en un futuro se resolverán y mejorarán las cuestiones que se presentan en la actualidad. Con esta investigación, se ha concluido que comparar la situación de este país con otros como Australia puede servir para hacer frente a algunos asuntos, como la profesionalización, y puede alertar también de otros problemas que incluso en Australia están ocurriendo. Se considera aquí que la regularización de esta profesión influiría directamente en el ámbito de la salud mental. Si se

desarrolla un sistema de acreditación nacional, esto podría tener un impacto positivo en el reconocimiento de esta profesión. Además, se debería prestar atención a la especialización por ámbitos, puesto que la diversidad que existe entre ellos es enorme. Incluso si se considera únicamente el ámbito médico, se puede encontrar una gran cantidad de especialidades.

En el campo de la salud mental, para garantizar una atención de calidad a la población inmigrante, en cuanto a salud mental e interpretación, se debe tomar en consideración a diversos grupos de personas. Cuando avance el campo de la TISP y se reconozca más su importancia, se podrá también mejorar la labor de los intérpretes en este contexto, que deberían poseer las competencias necesarias y tener un cierto conocimiento de la salud mental para poder conseguir que la comunicación entre las personas implicadas sea eficaz.

Una de las cuestiones cruciales que deberían considerarse es el desarrollo de proyectos en los que se proporcione asistencia psicológica a estos grupos de inmigrantes, y que en ellos se colabore con profesionales de la interpretación con las cualidades y experiencia necesarias. Aunque se desarrollan proyectos e iniciativas de estas características en España, las organizaciones responsables necesitan ayuda económica de otras instituciones. Por todo ello, una de las conclusiones generales más fundamentales de este Trabajo Fin de Máster es que para conseguir que estas personas que viven situaciones de vulnerabilidad puedan ser atendidas de la manera más ideal y suficiente posible, se necesita la colaboración de todos y todas.

Bibliografía

- Acosta Artiles, F. J., & Bolaños Medina, A. (2017). Anglicismos léxicos evitables en artículos científicos de salud mental. *Panace@*, 18 (45), pp. 03-11
- Albeetar, Abdallah Jamal. (2019). Reseña del libro: Foulquié-Rubio, A. I., Vargas-Urpi, M. y Fernández Pérez, M. (eds.) (2018). Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades. *FITISPos International Journal: Public Service Interpreting and Translation*, 6, pp. 216-218
- Angora Cañego, R. (2020). Quiebra psicológica y conducta autolítica en los movimientos migratorios forzados. *RIECS*, 5 (1)
- ASeTTS. (2019). *Working with Interpreters – 12 November 2020*. <https://asetts.org.au/working-with-interpreters/>
- AUSIT. (2012). AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct.
- Australian Bureau of Statistics. (Commonwealth of Australia). (2019a). *3105.0.65.001 - Australian Historical Population Statistics, 2016*. <https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/3105.0.65.001>
- Australian Bureau of Statistics. (Commonwealth of Australia). (2019b). *3412.0 - Migration, Australia, 2017-18*. <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/3412.0Media%20Release12017-18>
- Australian Bureau of Statistics. (Commonwealth of Australia). (2020). *3101.0 - Australian Demographic Statistics, Sep. 2019*. <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3101.0>
- Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade. (2016). Australia in Brief.
- Australian Government Department of Home Affairs. (Commonwealth of Australia). (2020a). *Multicultural affairs. Australian Multicultural Council*. <https://www.homeaffairs.gov.au/about-us/our-portfolios/multicultural-affairs/about-multicultural-affairs/amc>
- Australian Government Department of Home Affairs. (Commonwealth of Australia). (2020b). *Multicultural affairs. Australia's multicultural policy history*. <https://www.homeaffairs.gov.au/about-us/our-portfolios/multicultural-affairs/about-multicultural-affairs/our-policy-history>
- Australian Government. (s.f.). *Mental Health*. <https://info.australia.gov.au/information-and-services/health/mental-health>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018a). Australia's health system. In Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's health 2018*, pp. 37-79. Canberra: AIHW
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018b). Causes of ill health. In Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's health 2018*, pp. 81-161. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018c). Prevention, treatment and health services. In Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's health 2018*, pp. 371-478. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2019). *Mental health services—in brief 2019*. Canberra: AIHW
- Australian Psychological Society. (2013). Working with Interpreters: A Practice Guide for Psychologists.
- Bartolomé Pina, M., & Cabrera Rodríguez, F. (2003). Sociedad multicultural y ciudadanía: hacia una sociedad y ciudadanía interculturales. *Revista de Educación*, núm. extraordinario, pp. 33-569
- Better Health Channel. (2015a). *Getting help for a mental illness*. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/ServicesAndSupport/getting-help-for-a-mental-illness>

- Better Health Channel. (2015b). *Headspace services*.
<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/ServiceProfiles/headspace-services>
- Better Health Channel. (2015c). *Lifeline*.
<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/ServiceProfiles/lifeline-service>
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91, pp. 131–140.
- Cachón Rodríguez, L. (2002). La formación de la "España inmigrante" mercado y ciudadanía. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97, pp. 95-126
- Campos López, J.G. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Jornades de Foment de la Investigació, Universitat Jaume-I*.
- Cedillo Corrochano, C.M. (2017). Radiografía de la traducción e interpretación en los servicios públicos en España. *Panacea*, XVIII (46), pp. 149-150
- Centre for Culture, Ethnicity and Health. (2014a). Communicating via an interpreter
- Centre for Culture, Ethnicity and Health. (2014b). Debriefing with an interpreter
- Centre for Culture, Ethnicity and Health. (2014c). Planning for translation
- Centre for Culture, Ethnicity & Health. (2019). *Find bilingual professionals and workers*.
<https://disability.ceh.org.au/find-bilingual-professionals-and-workers/>
- Centre for Culture, Ethnicity & Health. (2020a). *Health Translations Directory*.
<https://www.ceh.org.au/health-translations-directory/>
- Centre for Culture, Ethnicity & Health. (2020b). *Training*. <https://www.ceh.org.au/training/>
- Centre for Culture, Ethnicity & Health. (2020c). *Who we are*. <https://www.ceh.org.au/who-we-are/>
- Collins English Dictionary. (s.f.). *feeding*.
<https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/feeding>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). (s.f.-a). *Conócenos*.
<https://www.cear.es/conocenos/>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). (s.f.-b). *Traducción e Interpretación*.
<https://www.cear.es/projects/traduccion-e-interpretacion/>
- Commonwealth of Australia. (2012a). *History of TIS National*.
<https://www.tisnational.gov.au/en/About-TIS-National/History-of-TIS-National>
- Commonwealth of Australia. (2012b). *TIS National promotional materials catalogue*.
<https://www.tisnational.gov.au/About-TIS-National/Materials-to-help-you-access-an-interpreter/TIS-National-promotional-materials-catalogue.aspx>
- Commonwealth of Australia (Australian Government Department of Social Services). (2013). *Getting settled, women refugees in Australia*
- Commonwealth of Australia (Department of Social Services). (2017). *Multicultural Access and Equity in Australian Government Services Report 2013–2015*.
- Commonwealth of Australia. (2018). *The Multicultural Access and Equity Policy Guide*. For Australian Government departments and agencies.
- Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud
- Comunidad de Madrid. (s.f.). *Como paciente, te interesa saber. Teletraducción*.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/paciente-te-interesa-saber>
- De-Juan-Vigaray, M. D., Parra Meroño, M. C., & Beltrán Bueno, M. A. (2014). Multiculturalidad, Interculturalidad y Desarrollo Personal en el EEES. *Revista de Comunicación de la SEECI*, año XVII (35), pp. 46-63

- Department of Home Affairs. (Commonwealth of Australia). (2019a). *Settle in Australia. Language services*. <https://immi.homeaffairs.gov.au/settling-in-australia/settle-in-australia/language-services>
- Department of Home Affairs. (Commonwealth of Australia). (2019b). *Settle in Australia. National Interpreter Symbol*. <https://immi.homeaffairs.gov.au/settling-in-australia/settle-in-australia/language-services/national-interpreter-symbol>
- Department of Home Affairs. (2020a). *About this service. Free Translating Service*. <https://translating.homeaffairs.gov.au/en/about-this-service/>
- Department of Home Affairs. (Commonwealth of Australia). (2020b). *Settle in Australia. Free Interpreting Service*. <https://immi.homeaffairs.gov.au/settling-in-australia/settle-in-australia/language-services/free-interpreting-service>
- Department of Social Services. (Australian Government). (2018). Statement of Endorsement of NAATI's certification system.
- Direcció General de Planificació en Salut. (Departament de Salut [Generalitat de Catalunya]). (2016). Protocolo para la atención en salud mental de las personas refugiadas en Cataluña.
- Dixit, S K., & Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Medicine*, 6, pp. 1–14
- Echauri Galván, B. (2014). Acercar culturas para derribar barreras: traducción de textos (Inglés-Español) en el ámbito de la salud mental. *FITISPos International Journal*, 1, pp. 142-149
- Echauri Galván, B. (2018). *Understanding la Salud Mental: Traducción de materiales informativos en base a las necesidades de la comunidad hispana en EE. UU. Quaderns. Revista de Traducció*, 25, pp. 245-264
- Embrace Multicultural Mental Health. (s.f.). *About us*. <https://embracementalhealth.org.au/about-us>
- Embrace Multicultural Mental Health. (2020). FAQs about the Framework for Mental Health in Multicultural Australia.
- Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). (2008a). Adolescencia y Alimentación: para adolescentes. <http://www.riec.es/>
- Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). (2008b). Adolescencia y Alimentación: para padres y madres. <http://www.riec.es/>
- FASSTT. (2018). Never Turning Away: Australia's World-Leading Program of Assistance to Survivors of Torture and Trauma (PASTT).
- Faya Ornia, G. (2015a). Medical brochures translated into English and their comparison with source English and Spanish medical brochures. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 212, pp. 226 – 229
- Faya Ornia, G. (2015b). Medical brochures translated into English in Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 198, pp. 118 – 121
- Foundation House. (2020). Welcome to Foundation House Client Services.
- Fundació Bayt Al-Thaqafa. (2019). *La atención a la salud mental de las personas refugiadas*. <https://www.bayt-al-thaqafa.org/es/atencion-salud-mental-personas-refugiadas>
- Fundación La Merced Migraciones. (2019). Guía de Gestión de la diversidad cultural en los centros de salud.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14 (2), pp. 231–233.
- Generalitat de Catalunya. (2013). *061 CatSalut Respon*. https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/recursos/serveis_linguistics/eines_traduccio/061_catsalut_respon/

- Giallo, R., Riggs, E., Lynch, C., Vanpraag, D., Yelland, J., Szwarc, J.,... Brown, S. J. (2017). The physical and mental health problems of refugee and migrant fathers: findings from an Australian population-based study of children and their families. *BMJ Open*, 7, e015603
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información del SNS. (2020). Principales datos del Sistema Nacional de Salud.
- Goday, P.S., Huh, S.Y., Silverman, A., Lukens, C.T., Dodrill, P., Cohen, S.S.,... Phalen, J.A. (2019). Pediatric Feeding Disorder – Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68 (1), pp. 124-129
- Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., Garcia-Subirats, I., Hernando, C.,... Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25 (6), pp. 923–929
- Halliday, M. A. K. (1982). *El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado* (Ferreiro Santana, trad.). México: Fondo de Cultura Económica (obra original publicada en 1978)
- Harmony Place. (2020a). *About*. <http://harmonyplace.org.au/about/>
- Harmony Place. (2020b). *NDIS*. <http://harmonyplace.org.au/programs-for-individuals/>
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., & Borschmann, R. (2019). Self-harm in the Australian asylum seeker population: A national records-based study. *SSM - population health*, 8, 100452
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34 (2), pp.114–119
- Hlavac, J. (2016). Interpreter credentialing, testing and training in Australia: Past, contemporary and future directions. *FITISPos International Journal. Public Service Interpreting and Translation*, 3, pp. 59-81
- Improvements to NAATI Testing Project. (2015). NAATI Translator Certification: Knowledge, Skills and Attributes.
- Improvements to NAATI Testing Project. (2016). NAATI Interpreter Certification: Knowledge, Skills and Attributes.
- Iniesta, C., Sancho, A., Castells, X., & Varela, J. (2008). Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. *Med Clin (Barc)*, 130 (12), pp. 472-5
- Instituto Cervantes [Centro Virtual Cervantes]. (s.f.). *Registro*. https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/registro.htm
- Instituto Nacional de Estadística. (2020a). Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2019 Estadística de Migraciones (EM) Primer semestre de 2019 Datos provisionales
- Instituto Nacional de Estadística. (2020b). Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y lugar de nacimiento (agrupación de países)
- Junta de Andalucía. Distrito Sanitario Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Gobierno de España (s.f.). Estrategias en la Atención Sanitaria a la Población Inmigrante: La experiencia del Distrito Poniente de Almería. *1ª Jornada sobre inmigración y salud pública*
- Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 1625–1635
- La merced migraciones. (s.f.-a). *Acogida a personas refugiadas*. <https://lamercedmigraciones.org/index.php/acogida-refugio>
- La merced migraciones. (s.f.-b). *Conócenos*. <https://www.lamercedmigraciones.org/index.php/conocenos>

- La merced migraciones. (s.f.-c). *Mujeres*. <https://lamercedmigraciones.org/index.php/mujeres>
- La merced migraciones. (s.f.-d). *Salud Mental*. <https://lamercedmigraciones.org/index.php/salud-mental>
- Martín García-Sancho, J. C., Hernández Vera, M. R., Alarcón Terroso, R., Gea Serrano, A., Martínez Maurandi, J. M., Pedreño Planes, J. J. ... Vicente Garriga, M. (2009). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Murcia, España: Conserjería de Sanidad, Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental.
- Mayor Serrano, M.B. (2005). Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto «folleto de salud» e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos. *Panace@*, 6 (20), pp. 132-141
- Meadows, E. (2017). Navigating the language maze: Mental health in the context of migration Migrant Resource Centre Tasmania. (s.f.). *Phoenix Centre*. <https://mrctas.org.au/phoenix-centre/>
- Mikkelson, H. (1996). Community interpreting. An emerging profession. *Interpreting*, 1 (1), pp. 125-129.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). eCIE10ES Edición electrónica de la CIE-10-ES. <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Gobierno de España). (2011). Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Sistema de Información de Atención Primaria.
- Moreno Fernández, F. (2009). Integración sociolingüística en contextos de inmigración: marco epistemológico para su estudio en España. *Lengua y migración*, 1 (1), pp. 121-156
- National Accreditation Authority for Translators and Interpreters. (s.f.). *Become Certified*. <https://www.naati.com.au/become-certified/>
- National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI). (2019). NAATI Annual Report 2018-2019.
- Navaza, B, Estévez, L., & Serrano, J. (2009). Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace@*, 10 (30), pp. 141-156
- Nord, C. (1997). *Translating as a Purposeful Activity Functionalist Approaches Explained*. St. Jerome Publishing.
- NSW Government. (2019a). NSW Multicultural Health Communication Service Strategic Priorities 2019-2023
- NSW Government. (2019b). *NSW Health Care Interpreting Services*. <https://www.health.nsw.gov.au/multicultural/Pages/health-care-interpreting-and-translating-services.aspx>
- NSW Health. (2019). NSW Plan for Healthy Culturally and Linguistically Diverse Communities: 2019-2023
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Parque Sanitario San Juan de Dios. (2019). *Programas*. <https://www.pssjd.org/serveis-assistencials/xarxa-salut-mental/programes>
- Real Academia Española. (s.f). *alimentación*. <https://dle.rae.es/alimentaci%C3%B3n?m=form>
- Red Acoge. (2019). Protocolo para la acogida de personas solicitantes de protección internacional.
- Red Acoge. (s.f.-a). *Acogida*. <https://www.redacoge.org/es/quehacemos/acogida.html>
- Red Acoge. (s.f.-b). *Educación*. <https://www.redacoge.org/es/quehacemos/educacion.html>

- Red Acoge. (s.f.-c). *Federadas*. <http://www.redacoge.org/stakeholders/>
- Red Acoge. (s.f.-d). *Gestión de la diversidad cultural*. <https://www.redacoge.org/es/quehacemos/gestiondiversidad.html>
- Red Acoge. (s.f.-e). *Presentación*. <https://www.redacoge.org/es/quienessomos/presentacion.html>
- Renzaho, A., Polonsky, M., Mellor, D., & Cyril, S. (2016). Addressing migration-related social and health inequalities in Australia: call for research funding priorities to recognise the needs of migrant populations. *Australian Health Review*, 40, pp. 3–10
- Royal College of Psychiatrists. (2020a). *About us*. <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us>
- Royal College of Psychiatrists. (2020b). *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder>
- Royal College of Psychiatrists. (2020d). *Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)*. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/posttraumaticstressdisorder>
- Sales, D. (2005). Panorama de la mediación intercultural. *Translation Journal*, 9 (1)
- Schreiber, J.R., & Odell, M.S. (2014). The use of interpreters in medical settings and forensic medical examinations in Australia: The relationship between medicine and linguistics. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 25, pp. 85-90.
- Senado. (s.f.). Dirección de Documentación. Departamento de Documentación Autonómica. Regulación de lenguas oficiales.
- SEP. (s.f.). *Información sobre Salud Mental*. http://www.sepsiq.org/informacion_salud_mental
- Servicio Andaluz de Salud. (2019a). *Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/guia-de-autoayuda-para-la-depresion-y-los-trastornos-de-ansiedad>
- Servicio Andaluz de Salud. (2019b). *Salud mental. Documentos recomendados*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-documentos-recomendados>
- Servicio Andaluz de Salud. (2019c). *Salud Responde*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-responde>
- Smith, L. (2015). The health outcomes of migrants: a literature review. *Migration Council Australia*
- STARTTS. (2020). *Counselling*. <https://www.startts.org.au/services/clinical-services/counselling/>
- State of Queensland (Queensland Health). (2017). *Refugee Health and Wellbeing: A policy and action plan for Queensland 2017–2020*
- State of Queensland (Queensland Health). (2019). *Queensland Multicultural Action Plan - Queensland Health Annual Report 2018-19*
- State of Victoria. (2018). *Mental health*. https://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentEnglishResource?Open&x=&s=Mental_health
- State of Victoria. (2019a). *Depression - how medicine can help*. https://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentDetail?Open&s=Depression_-_how_medicine_can_help
- State of Victoria. (2019b). *What is a depressive disorder*. https://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentDetail?Open&s=What_is_a_depressive_disorder

- State of Victoria. (2019c). *What is an anxiety disorder*. <https://www.healthtranslations.vic.gov.au/bhcv2/bhcht.nsf/PresentDetail?Open&s=What is an anxiety disorder>
- State of Western Australia. (Department of Health. Government of Western Australia). (s.f.). *Migrant and refugee mental health*. https://www.healthywa.wa.gov.au/Articles/J_M/Migrant-and-refugee-mental-health
- Straiton, M., Grant, J. F., Winefield, H. R., & Taylor, A. (2014). Mental health in immigrant men and women in Australia: the North West Adelaide health study. *BMC Public Health*, 14
- TERMCAT, Centre de Terminologia. (2020a). *Cercaterm. Cognitive behavioral therapy*. https://www.termcat.cat/es/cercaterm/cognitive%20behavioral%20therapy?type=basic&thematic_area=&language=
- TERMCAT, Centre de Terminologia. (2020b). *Cercaterm. Selective serotonin reuptake inhibitor*. https://www.termcat.cat/es/cercaterm/Selective%20serotonin%20reuptake%20inhibitor?type=basic&thematic_area=&language=
- TERMCAT, Centre de Terminologia. (2020c). *Cercaterm. Trastorno de la conducta alimentaria*. https://www.termcat.cat/es/cercaterm/trastorno%20de%20la%20conducta%20alimentaria?type=basic&thematic_area=&language=
- Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs. (2018). Bridge the communication gap.
- Translating and Interpreting Service, & Department of Home Affairs. (2019). A guide to TIS National services.
- Tribe, R., & Lane, P. (2009). Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal of Mental Health*, 18 (3), pp. 233–241
- TTMHN (Tasmanian Transcultural Mental Health Network). (2018). Mental Health Interpreter Training.
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-a). *anafranil film-coated tablet 25 mg*. https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-anafranil+film-coated+tablet+25+mg-australia-n06aa04-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-b). *aurorix film-coated tablet 150 mg*. https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-aurorix+film-coated+tablet+150+mg-australia-n06ag02-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-c). *avanza tablet 30 mg*. https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-avanza+tablet+30+mg-australia-n06ax11-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-d). *depran capsule, hard 10 mg*. https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-depran+capsule%2C+hard+10+mg-australia-n06aa12-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-e). *Desvenlafaxina*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-desvenlafaxina-n06ax23>
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-f). *Equivalencias internacionales. Australia*. https://www.vademecum.es/equivalencias-internacionales-australia-8-a_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-g). *Leyenda abreviaturas*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-abreviaturas>
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-h). *N06A – Antidepressivos*. <https://www.vademecum.es/atc-n06a>
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-i). *N06AB - Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina*. <https://www.vademecum.es/atc-N06AB>

- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-j). *nardil film-coated tablet 15 mg*.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-nardil+film-coated+tablet+15+mg-australia-n06af03-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-k). *parnate film-coated tablet 10 mg*.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-parnate+film-coated+tablet+10+mg-australia-n06af04-au-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-l). *tofranil comp. recub. 25 mg*.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-tofranil+comp.+recub.++25+mg-espana-n06aa02-es-B-27_1
- Vidal Vademecum Spain. (s.f.-m). *zoloft film-coated tablet 100 mg*.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-zoloft+film-coated+tablet+100+mg-australia-n06ab06-au-B-27_1
- Valero-Garcés, C., & Lázaro Gutiérrez, R. (2016). Una Visión Retrospectiva sobre la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en la Última Década. Avances y Retos para el Futuro
- Valero-Garcés, C., & Pena, C. (2008). Investigación y práctica en T&ISP: Desafíos y alianzas. Introducción. En C. Valero-Garcés (Ed.), *Investigación y práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos. Desafíos y alianzas* (pp. 8-21)
- Valero Garcés, C. (2009). Inmigración y servicios de traducción en España. *Lengua y migración*, 1 (2), pp. 57-72
- Victorian Transcultural Mental Health. (2014). *Bilingual practitioners in Victoria*.
<http://www.vtmh.org.au/resources/bilingual-clinicians>
- Victorian Transcultural Mental Health. (2018). Victorian Transcultural Mental Health (VTMH).
- World Health Organization. (2019a). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- World Health Organization. (2019b). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (Regional Office for Europe). (2019c). Mental health: Fact sheet.
- World Health Organization. (2020). *Classification of Diseases (ICD)*.
<https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Folleto 1. DEPRESSION-how medicine can help

DEPRESSION

What else should I know about taking medicines for depression?

Antidepressant medicines can increase the risk of suicide, especially when you first start taking the medicine or when you increase the dose or amount you take. Contact your doctor immediately if your depression gets worse or you are thinking about hurting yourself.

Antidepressant medicines can cause a rare side effect called serotonin syndrome. The symptoms of serotonin syndrome are:

- Feeling confused
- Having hallucinations. A person who has hallucinations sees, hears, feels, smells or tastes something that is not actually there
- Feeling restless or anxious
- Fast heart beat
- Changes in blood pressure
- Fever
- Feeling sick and vomiting
- Muscle stiffness or tremor
- Seizure or convulsions

Contact your doctor immediately if you experience any of these symptoms.

Pharmacists and experts in medicine can also help with information on side effects caused by antidepressant medicines; however any medication changes should only be made by your doctor.

Keep a record of your symptoms and any side effects from your medicine. Take these notes when you visit your doctor and ask questions if you need more information about how antidepressants are working for you.

Friends and family are important for support and care but may not have the accurate answers for your questions. Every patient is different. Therefore, not all information available on the internet is accurate and specific to your illness.

Avoid or limit your use of alcohol (wine, beer and spirits including cocktails), tobacco or other drugs. Alcohol, tobacco and other drugs can affect the way that your medicine works.

The Medimate brochure, which is available in a number of languages, can help you understand and use antidepressants, or other medicines, in partnership with your doctor and pharmacist. This brochure and other useful information are available at the National Prescribing Service Medicine/Wise (NPS) website: www.nps.org.au/translated-health-information-about-medicines.

Someone I know also has depression. Should I give them my medicine?

Never share your medicine with anyone else. Your medicine has been prescribed for your symptoms and to suit your medical history. Your medicine may be harmful to someone else.



If someone you know seems to have similar symptoms to you, encourage them to visit the doctor.

What if I need help to speak in English?

Ask for an interpreter if you have difficulty communicating with your doctor or pharmacist. A professional interpreter should be used rather than a family member or friend. They are trained in understanding medical terms and are required to keep information confidential.

Your doctor or pharmacist can call the Translating and Interpreting Service (TIS) on 131 450. This service is free and available 24 hours a day, seven days a week.

This brochure contains general information and does not include all possible side effects or all brand names of medications.

Adapted from Sydney & South Western Sydney LHD Mental Health Services, Consumer Medication Brochure Series 2009.

DEPRESSION - how medicine can help

DEPRESSION

English

What is depression?

Depression is a medical illness that can have serious effects on physical and mental health.

The symptoms of depression include:

- Feeling sad most of the day, nearly every day
- Loss of interest in activities that you used to enjoy
- Lack of energy
- Changes in sleep habits
- Changes in appetite
- Changes in sex drive
- Feelings of hopelessness, helplessness, worthlessness or guilt
- Not being able to concentrate or make decisions
- Increased irritability or anger
- Increased anxiety
- Thoughts of death or suicide

If you experience from any of these symptoms for most of the day for at least two weeks, then you may have depression.

How common is depression?

Depression is a common illness in Australia. It is more common in women and can affect people of all ages, including children and young people.

What causes depression?

The exact cause of depression is not known. A number of factors are linked to depression, including:

- Family history of depression
- Distressing situations like unemployment, relationship problems, isolation or bereavement
- Other illnesses

Sometimes depression can occur without an obvious reason.

What treatments are available for depression?

Depression can be treated. Some treatments are listed below:

- Antidepressant medicines can help people with depression. They are effective in preventing recurrence and relapse when taken long-term. Medicines can only be prescribed by doctors, including your general practitioner or psychiatrist.
- Talking treatments such as cognitive behaviour therapy (CBT). This involves talking with a mental health professional such as a psychiatrist, psychologist, social worker or counsellor. Psychotherapy can help people solve problems and cope with challenges.
- Electro-convulsive therapy (ECT) is a safe and effective treatment for severe depression that has not responded to medicine or other treatments. Your doctor can tell you more about ECT if this treatment is recommended for you.

Many people use a combination of treatments to help manage depression.

How do antidepressant medicines work?

Antidepressant medicines help to restore and maintain healthy levels of brain chemicals. They are usually effective in controlling the symptoms of depression and help to stop the symptoms of depression from returning.

What does my doctor need to know to give me antidepressant medicines?

Tell your doctor as much information as possible about your symptoms and medical history, including any illnesses that you have or have had in the past.

Tell your doctor about any medicines and traditional or herbal remedies that you use. These can affect the way that your medicine works.

CONSUMER MEDICATION BROCHURE SERIES

DEPRESSION

You need to talk to your doctor if you are planning on having a baby or if you are already pregnant or breastfeeding your baby when taking medicines for depression.

How long will I need to take antidepressant medicines?

Medicines for depression will not stop your symptoms immediately. You usually need to take antidepressant medicine regularly for several weeks to get the full effect of the medicine. You will also need to continue to take antidepressant medicines for some time after full recovery from depression. Any changes to medication doses should be discussed with your doctor.

What are the different types of antidepressant medicines?

There are different types of antidepressant medicines. You may need to try different types of antidepressant medicines under the supervision of your doctor to find the best medicine for you.

What are the general side effects of antidepressant medicines?

Different types of antidepressant medicines have different side effects for different people. A side effect is an unwanted reaction to a medicine.

Antidepressant medicines are not known to cause any long term side effects and are not addictive.

Types of antidepressant medicines and their side effects

Tricyclic antidepressant (TCAs) medicines

Tricyclic antidepressant medicines can be very effective.

Generic name	Brand names
Amitriptyline	Endep
Clomipramine	Anafranil
Dothiepin	Prothiaden or Dothep
Doxepin	Deptran
Imipramine	Tofranil
Nortriptyline	Allegron

The common side effects of tricyclic antidepressant medicines include:

- Feeling sleepy
- Dry feeling in mouth
- Blurred vision
- Problems with urinating
- Dizziness (feeling that everything is spinning around you)
- Increase in weight
- Problems with having sex
- Constipation (difficulty with emptying the bowels)
- Fast or irregular heart rate

It is important to take tricyclic antidepressant medicines as directed by your doctor. Do not change the amount that you take. Tricyclic antidepressant medicines can be dangerous if you take more than your prescribed dose.

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

The symptoms of depression include:

This type of antidepressant medicine targets a specific brain chemical called serotonin.

Generic name	Brand names
Citalopram	Cipramil
Escitalopram	Lexapro
Fluoxetine	Lovan, Prozac
Fluvoxamine	Luvox
Paroxetine	Aropax
Sertraline	Zoloft

The common side effects of selective serotonin reuptake inhibitor medicines include:

- Feeling sick and vomiting
- Indigestion (discomfort in the upper abdomen, belching or uncomfortable feelings of being full when eating)
- Abdominal pain
- Diarrhoea
- Constipation (difficulty emptying bowels)
- Rash
- Excessive sweating
- Feeling anxious
- Headache
- Difficulties sleeping or feeling too sleepy
- Trembling
- Problems with having sex

DEPRESSION

Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs)

Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors targets two brain chemicals: serotonin and noradrenaline.

Generic name	Brand names
Venlafaxine	Effexor XR
Desvenlafaxine	Pristiq
Duloxetine	Cymbalta
Reboxetine (NARI)	Edronax

The common side effects of selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor medicines include:

- Feeling sick and vomiting
- Dizziness (feeling everything is spinning around you)
- Difficulties sleeping
- Unusual dreams
- Excessive sweating
- Constipation (difficulty with emptying the bowels)
- Trembling
- Feeling anxious
- Headache
- Problems with having sex

Noradrenalin and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs)

This type of antidepressant medicine may be prescribed if you also have problems with anxiety or sleeping. This type of medicine also targets two specific brain chemicals: serotonin and noradrenaline.

Generic name	Brand names
Mirtazapine	Avanza

The common side effects of selective noradrenalin and specific serotonergic antidepressant medicines include:

- Feeling sleepy
- Increase in appetite and weight gain

Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

Monoamine oxidase inhibitor antidepressant medicines are used less commonly than the other type of antidepressant medicines.

These medicines can be affected by the food you eat. You must be very careful with the food you eat when you are given this type of medicine. Your doctor can provide you a list of foods that you should avoid while taking this medicine.

You also must be careful with taking any other type of medicine, including herbal or traditional medicines. Talk to your doctor about this.

Generic name	Brand names
Phenelzine	Nardil
Tranylopramine	Parnate
Moclobemide (reversible inhibitor of MAO)	Aurorix, Moheval

The common side effects of monoamine oxidase inhibitor antidepressant medicines include:

- Dizziness (feeling everything is spinning around you)
- Changes in blood pressure
- Feeling sleepy
- Difficulties sleeping
- Headache
- Build up of fluid in the body (for example, swollen feet and ankles)
- Blurred vision
- Increase in weight

Can I stop taking my medicine if I start to feel well?

You should always take your medicine as directed by your doctor. Do not change the amount of medicine that you take. You must talk to your doctor before you stop taking your medicine. Suddenly stopping antidepressant medicines can cause severe illness.

Folleto 2. DEPRESIÓN- ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?

DEPRESIÓN

¿Qué más debo saber al tomar medicamentos para la depresión?

Los medicamentos antidepresivos pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente cuando comienzan a tomarlos, o cuando aumenta la dosis que toma. Consulte inmediatamente a su médico si su depresión empeora o está pensando en hacerse daño.

Los medicamentos antidepresivos podrían causar un efecto secundario inusual llamado síndrome de serotonina. Los síntomas de este síndrome son:

- Confusión
- Alucinaciones. Una persona con alucinaciones ve, escucha, siente, huele o saborea algo que en realidad no existe
- Agitación o ansiedad
- Latido del corazón acelerado
- Cambios en la presión arterial
- Fiebre
- Sentirse mal y vomitar
- Rigidez muscular o temblores
- Ataques o convulsiones

Contacte a su médico inmediatamente si experimenta cualquiera de estos síntomas.

Los farmacéuticos y especialistas en medicina pueden también ayudar dando información sobre efectos secundarios causados por los medicamentos antidepresivos; sin embargo, cualquier cambio en la medicación debe hacerlo solamente su médico.

Mantenga un registro de sus síntomas y de cualquier efecto secundario producido por sus medicamentos. Lleve estas notas cuando vaya al médico y hágale preguntas si necesita más información sobre cómo le afecta el medicamento antidepresivo.

Los amigos y familiares son importantes para apoyo y cuidado, pero podrían no tener respuestas correctas a sus preguntas. Cada paciente es diferente, por lo tanto no toda la información que aparece en internet es exacta y específica a su enfermedad.

Evite o limite el uso del alcohol (vino, cerveza y licores, incluso cócteles), tabaco y otras drogas. El alcohol, tabaco y otras drogas pueden afectar la forma en que actúa el medicamento.

El folleto *Medimate*, disponible en distintos idiomas, puede ayudarle, junto con su médico y farmacéutico, a entender y utilizar antidepresivos, u otros medicamentos. Este folleto y otra información útil están disponibles en el sitio web del National Prescribing Service Medicines Wise (NPS): www.nps.org.au/translated-health-information-about-medicines.

Un conocido mío también tiene depresión. ¿Puedo darle mi medicamento?

Nunca comparta su medicamento con otra persona. El medicamento le ha sido recetado para sus síntomas y se adecúa a su historia clínica. Su medicamento podría ser dañino para otras personas.

Si alguno de sus conocidos parece tener síntomas similares a los suyos, aléntelo a que vaya al médico.

¿Qué hago si necesito ayuda para hablar inglés?

Si tiene dificultad para comunicarse con su médico o farmacéutico, pida un intérprete. Se debe usar un intérprete profesional, en lugar de un familiar o amigo. Están capacitados para entender los términos médicos y mantener la información confidencial.

Su médico o farmacéutico puede llamar al Servicio de Traducción e Interpretación (Translating and Interpreting Service / TIS) al 131 450. Este servicio es gratuito y está disponible las 24 horas del día, siete días a la semana.

Este folleto contiene información general y no incluye todos los posibles efectos secundarios ni todas las marcas comerciales de medicamentos.

NSW Health Transcultural Mental Health Centre

Adapted from Sydney & South Western Sydney LHD Mental Health Services, Consumer Medication Brochure Series (2008).

DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?

DEPRESSION

Spanish / Español

¿Qué es la depresión?

La depresión es una enfermedad que puede tener serios efectos sobre la salud física y mental. Los síntomas de depresión incluyen:

- Sentirse triste la mayor parte del día, casi todos los días
- Falta de interés en actividades que solía disfrutar
- Falta de energía
- Cambios en los hábitos del sueño
- Cambios en el apetito
- Cambios en el impulso sexual
- Sensación de desaliento, desamparo, insignificancia o culpa
- No poder concentrarse o tomar decisiones
- Aumento de la irritabilidad o el enojo
- Aumento de la ansiedad
- Pensamientos de muerte o suicidio

Si usted experimenta cualquiera de estos síntomas durante la mayor parte del día, durante por lo menos dos semanas, podría tener depresión.

¿Cuán común es la depresión?

La depresión es una enfermedad común en Australia. Es más común en las mujeres y podría afectar a personas de todas las edades, incluyendo niños y jóvenes.

¿Qué causa la depresión?

La causa exacta de la depresión no se conoce. Hay una serie de factores vinculados con la depresión, incluyendo:

- Antecedentes familiares de depresión
- Situaciones afectivas como el desempleo, problemas de relación, aislamiento o duelo
- Otras enfermedades

A veces la depresión puede presentarse sin causa aparente.

¿Qué tratamientos existen para la depresión?

La depresión es tratable. Algunos tratamientos se listan abajo:

- Los medicamentos antidepresivos pueden ayudar a las personas con depresión. Cuando se los toma a largo plazo, son efectivos para prevenir la recurrencia y las recaídas. Los medicamentos solamente pueden ser recetados por los médicos, incluyendo a su médico de cabecera o psiquiatra.
- Tratamientos mediante el habla, como la terapia de conducta cognitiva (cognitive behaviour therapy / CBT), que involucra consultar con un profesional de salud mental, como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta/consejero. La psicoterapia puede ayudar a las personas a resolver problemas y afrontar desafíos.
- Terapia electro-convulsiva (electro-convulsive therapy / ECT) es un tratamiento seguro y efectivo para la depresión grave que no responde a los medicamentos y a otros tratamientos. Su médico puede hablarle más sobre la ECT si se le recomienda este tratamiento.

Muchas personas usan una combinación de tratamientos para ayudar a manejar la depresión.

¿Cómo actúan los medicamentos antidepresivos?

Los medicamentos antidepresivos ayudan a restaurar y mantener niveles saludables de las sustancias químicas del cerebro. Por lo general son efectivos para controlar los síntomas de la depresión e impedir que los mismos regresen.

¿Qué debe saber mi médico antes de recetarme medicamentos antidepresivos?

Díele a su médico la mayor cantidad posible de información sobre sus síntomas e historia clínica, incluyendo cualquier enfermedad que tiene o haya tenido en el pasado.

Informe a su médico sobre cualquier remedio tradicional o a base de hierbas que esté tomando. Estos pueden afectar la forma en que actúa el medicamento.

DEPRESIÓN

Debe consultar a su médico si planea tener un bebé, o si ya está embarazada o amamantando a su bebé, y tomando medicamentos para la depresión.

¿Cuánto tiempo deberá tomar los medicamentos antidepresivos?

Los medicamentos para la depresión no detendrán sus síntomas inmediatamente. Por lo general, usted deberá tomar el antidepresivo de forma regular durante varias semanas, para obtener su beneficio completo. También deberá continuar tomándolo por algún tiempo después de recuperarse totalmente de la depresión. Cualquier cambio en la medicación debe consultarlo con el médico.

¿Cuáles son los diferentes tipos de medicamentos antidepresivos?

Hay diferentes tipos de medicamentos antidepresivos. Usted podría tener que probar distintos tipos de antidepresivos, bajo la supervisión de su médico, para encontrar el mejor medicamento para usted.

¿Cuáles son los efectos secundarios generales de los medicamentos antidepresivos?

Los diferentes tipos de medicamentos antidepresivos tienen distintos efectos secundarios en distintas personas. El efecto secundario (side effect) es una reacción no deseada a un medicamento.

Se desconoce que los medicamentos antidepresivos causen efectos secundarios prolongados y no son adictivos.

Tipos de medicamentos antidepresivos y sus efectos secundarios

Medicamentos antidepresivos tricíclicos (TCA)

Los medicamentos antidepresivos tricíclicos pueden ser muy efectivos.

Nombre genérico	Nombre comercial
Amiripitina	Endop
Clomipramina	Anafranil
Dothiepiña	Proliadan o Dothep
Doxepina	Deptran
Imipramina	Tofranil
Nortriptilina	Allegran

Los efectos secundarios comunes de los antidepresivos tricíclicos incluyen:

- Somnolencia
- Boca seca
- Visión borrosa
- Problemas para orinar
- Mareos (sentir que todo gira alrededor suyo)
- Aumento de peso
- Problemas para tener sexo
- Estreñimiento (dificultad para evacuar el intestino)
- Ritmo cardíaco rápido o irregular

Es importante tomar medicamentos antidepresivos tricíclicos tal como lo indica su médico. No cambie la cantidad que toma. Los antidepresivos tricíclicos pueden ser peligrosos si toma más de la dosis prescrita.

Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los síntomas de depresión incluyen:

Este tipo de medicamento antidepresivo apunta a una sustancia química cerebral específica llamada serotonina.

Nombre genérico	Nombre comercial
Citalopram	Cipramil
Escitalopram	Lexapro
Fluoxetina	Lovan, Prozac
Fluvoxamina	Luvoc
Paroxetina	Aropax
Sertralina	Zoloft

Los efectos secundarios comunes de los medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incluyen:

- Sentirse mal y vomitar
- Indigestión (malestar en la parte superior del abdomen, eructos o sensación molesta de sentirse lleno al comer)
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento (dificultad para evacuar el intestino)
- Erupción cutánea
- Sudoración excesiva
- Ansiedad
- Dolor de cabeza
- Dificultades para dormir o sentirse demasiado somnoliento
- Temblores
- Problemas para tener sexo

DEPRESSION

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina actúan sobre dos sustancias químicas cerebrales: serotonina y noradrenalina.

Nombre genérico	Marca comercial
Venlafaxina	Effexor XR
Desvenlafaxina	Pristiq
Duloxetina	Cymbalta
Raboxetina (NARI)	Edranax

Los efectos secundarios comunes de los medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina incluyen:

- Sentirse mal y vomitar
- Mareos (sentir que todo gira alrededor suyo)
- Dificultades para dormir
- Sueños poco comunes
- Sudoración excesiva
- Estreñimiento (dificultad para evacuar el intestino)
- Temblores
- Ansiedad
- Dolor de cabeza
- Problemas para tener sexo

Noradrenalina y antidepresivos serotoninérgicos específicos (NaSSA)

Este tipo de medicamento antidepresivo se lo podrían recetar si además tiene problemas de ansiedad o para dormir. Este tipo de medicamento también actúa sobre dos sustancias químicas cerebrales específicas: serotonina y noradrenalina.

Nombre genérico	Marca comercial
Mirtazepina	Averzta

Los efectos secundarios comunes de los medicamentos inhibidores de la noradrenalina y antidepresivos serotoninérgicos específicos incluyen:

- Somnolencia
- Aumento del apetito y peso

Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)

Los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa se usan menos comúnmente que los otros tipos de medicamentos antidepresivos.

Los alimentos que usted ingiere pueden afectar a estos medicamentos. Debe tener mucho cuidado con lo que come cuando le dan este tipo de medicamento. Su médico puede darle una lista de alimentos que debería evitar mientras toma este medicamento.

También debe tener cuidado al tomar cualquier otra medicina, incluyendo hierbas o remedios tradicionales. Consulte a su médico sobre este tema.

Nombre genérico	Marca comercial
Fenelzina	Nardil
Tranilcipromina	Parnate
Moclobemida (inhibidor reversible de MAO)	Aurorix, Moxhexal

Los efectos secundarios comunes de los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa incluyen:

- Mareos (sentir que todo gira alrededor suyo)
- Cambios en la presión arterial
- Somnolencia
- Dificultades para dormir
- Dolores de cabeza
- Aumento de fluido en el cuerpo (por ej., pies y tobillos hinchados)
- Visión borrosa
- Aumento de peso

¿Puedo dejar de tomar el medicamento si comienzo a sentirme bien?

Usted debe siempre tomar el medicamento tal como lo ordenó su médico. No cambie la cantidad de medicamento que toma. Debe hablar con su médico antes de dejar de tomar el medicamento. Dejar de tomar de repente el medicamento antidepresivo puede causar enfermedades graves.

CONSUMER MEDICATION BROCHURE SERIES

Folleto 3. Adolescencia y alimentación: para adolescentes

IDEAS

- 1 Trata de ser sociable y **relacionarte** con los demás.
- 2 No te encierres en ti mismo. **Comparte** tus pensamientos y sentimientos.
- 3 Aprende a **hacer las cosas por ti mismo**. Si no puedes pide ayuda.
- 4 Todos tenemos problemas alguna vez. **Intenta solucionarlos** tú solo sin tener que depender siempre de alguien.
- 5 **Conseguir pequeñas metas** ahora es mejor que perderte en fantasías de grandes éxitos en el futuro.
- 6 No es posible ser perfecto: **date un respiro**.
- 7 **Mostrar afecto** no es una debilidad.
- 8 Respeta las normas pero **no te agobies** por ellas.
- 9 El peso, la talla o la figura **no son tan importantes** como para pasarlo mal por ellos.
- 10 **No te obsesiones** por la comida, las calorías y esos rollos.
- 11 **Respeta al otro sexo** (chicas/os): descubre lo igual y diferente que es del tuyo.
- 12 **Agredir** física o verbalmente a los demás (pegar o insultar) no es la mejor forma de resolver tus problemas. ¿Te gusta cuando te lo hacen a ti?





adolescencia y alimentación

PARA ADOLESCENTES



Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

adolescencia y alimentación

IMAGEN

- Hay muchos pesos normales para cada edad, sexo y talla.
- Cada figura tiene su atractivo: **acéptate como eres**.
- Tienes derecho a **sentirte bien** contigo mismo/a. No importa tu aspecto ni tu peso.
- Valora tu propio cuerpo y todas las posibilidades que te ofrece.

ALIMENTACIÓN

- La dieta normal nos aporta hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua: cada uno de ellos tiene su función. **Come de todo**.
- Acostúmbrate a comer a las horas: desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena. Sin picoteos ni desorden. Tu salud te lo agradecerá.
- Debemos empezar el día con un desayuno **"rico y abundante"** en el que no debe faltar un lácteo (leche, queso, yogur), zumo o fruta, cereales o galletas. Con él reponemos lo perdido durante el sueño y nos preparamos para aguantar las horas de clase o de trabajo. **¡No pases nunca de él!**


QUIÉRETE A TI MISMO (autoestima)

- **Respeta a los demás**. Acepta sus diferencias, comprende sus errores.
- **No es preciso ser perfecto** para ser feliz.
- Todos tenemos capacidades y limitaciones. Aprende a reconocerlas y aceptarlas.
- Toma conciencia de tus cualidades y logros. Siéntete orgulloso y felicítate. **Tú vales**.
- **Nadie es perfecto**. Todos cometemos errores. Es importante saber aceptarlos sin culpabilidad ni malos rollos.
- Aquellas personas que te quieren verdaderamente te quieren así, tal como eres.
- Acostúmbrate a decir, comunicar a los demás lo bueno que también tienen.

RELACIONATE (habilidades sociales)

- Aprende a ser crítico como lector, espectador o consumidor. **Ten tus propias ideas**.
- **Que no te manipulen**. No te dejes llevar (manejar) por las modas.
- **Defiende tus opiniones y derechos**. Sin agresividad pero con confianza en ti mismo.
- **No te cortes**. Converse con los demás chicos/as y pásatelo bien.

POR SI TE INTERESA



- No te dejes manipular por la publicidad: **no es necesario ser delgado** para triunfar y ser feliz.
- Flacos y gordos tenemos derecho a vivir y ser felices. Merecemos tu respeto.
- Mírate al espejo. Aprende a valorar lo positivo de tu cuerpo. **No hace falta ser perfecto** para estar bien.
- En la vida se disfruta de muchos momentos, relaciones, situaciones, posibilidades. Es una pena perderselos por tener reducida tu vida a estar pendiente de tu cuerpo, tu peso y aspecto físico.
- En la **variedad** está la salud: ningún alimento es bueno o malo por sí solo.
- Hacer dieta para adelgazar por tu cuenta **puede ser peligroso**. Consulta a tu médico.
- La alimentación variada y el ejercicio físico son una buena combinación. Haz deporte que es sano, pero sin hacer el salvaje (**no te pases**).
- **Comer en común** es buen momento para convivir con tu familia o tus amigos.
- **Disfruta de las comidas**: habla en ellas y comparte tus cosas: cómo te sientes y piensas, lo que te va y lo que te agobia.

Folleto 4. Adolescencia y alimentación: para padres y madres

DECÁLOGO

SUGERENCIAS PARA PADRES

- 1 Animar a nuestro hijo/a a ser sociable y relacionarse con los demás.
- 2 Animar a la independencia y autonomía personal a nuestro hijo/a.
- 3 Recompensar o premiar los pequeños logros en el momento es mejor que enfatizar mayores metas en el futuro.
- 4 No insistir en una conducta perfecta todo el tiempo.
- 5 No fijar patrones o normas imposibles o difíciles para su hijo/a.
- 6 Mostrar a su hijo/a amor y afecto sin sobreprotegerlo ni controlarlo excesivamente.
- 7 No dar una excesiva importancia al peso, la talla o la figura corporal.
- 8 No dar una excesiva importancia a la comida o la alimentación.
- 9 Educar sexualmente a su hijo/a.
- 10 No castigar físicamente a su hijo/a.

UNIDAD MIXTA DE INVESTIGACIÓN
Hospital Clínico Universitario - Lazzaro D'Ercole -
Universidad de Zaragoza

ESTUDIO CAMALEÓN

ARBADA
Asociación Aragonesa de Familias de Escolares
con Trastorno de la Conducta Alimentaria

GOBIERNO DE ARAGÓN
Departamento de Sanidad,
Consumo y Bienestar Social

adolescencia y alimentación

PARA PADRES Y MADRES

Prevención
de trastornos
de la conducta
alimentaria
en adolescentes

adolescencia y alimentación

SOBREPROTECCIÓN

- La sobreprotección, tan difícil de evitar en la relación con los padres, crea hijos a los que no ha costado esfuerzo personal resolver sus necesidades e incapaces de superar obstáculos.

AFECTIVIDAD

- Cuidar el ambiente afectivo es un objetivo educativo que no conviene descuidar.
- Hay que lograr que las personas que integran la familia se encuentren felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas en la convivencia cotidiana.
- El marco familiar es el principal referente al que el niño acude en busca de afecto, apoyo y ánimo, es su lugar seguro.
- En la adolescencia el grupo de iguales lo desplaza en parte, pero el adolescente sabe que su familia es la "tabla de salvación" a la que recurrir ante cualquier vicisitud.

adolescencia y alimentación

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Control de la TV y las revistas en etapas infantiles.
- Favorecer el desarrollo de una conciencia crítica como lectores, espectadores, consumidores: dialogar sobre las imágenes y mensajes erróneos.

ENTORNO FAMILIAR

COMUNICACIÓN

- Un diálogo abierto, un interés por su forma de pensar, sentir, y sus actividades, una escucha activa y constante a lo largo de toda la vida permiten conocer bien a cada hijo adolescente (sus puntos fuertes, debilidades, amistades, entorno, carácter).

VALORES

- Dar importancia más al ser que al poseer.
- Criticar lo superficial de la sociedad de consumo, el culto a la imagen.
- Resaltar las cualidades personales de su hijo/a sin criticarlo o menospreciarlo por su físico.
- Alabar sus logros y evitar las descalificaciones absolutas y permanentes (profecías autocumplidas).
- Enseñar a respetar a los demás aceptando las diferencias y comprendiendo los errores.
- No es preciso ser perfecto para ser feliz.

ALIMENTACIÓN

- Al menos una comida en común con toda la familia para dialogar, conocer los incidentes que cada uno ha afrontado en el día, comentar distintos acontecimientos, expresar opiniones, sentimientos y emociones.
- Acostumbrarse a comer ordenadamente en los mismos horarios como rutina: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, sin picoteos ni desorden.

Folleto 5. Adolescence and feeding: for adolescents

IDEAS

- 1 Try to be sociable and to have relations with the others.
- 2 Don't withdraw into yourself shell. Share your thoughts and feelings.
- 3 Learn how to make things by yourself. If you cannot, ask for help.
- 4 We all have problems at some time. Try to solve them alone without always having to depend on somebody.
- 5 Achieve small goals now is better than getting lost in fantasies of big successes in the future.
- 6 It is not possible to be perfect: dates a respiration.
- 7 To show affection is not a weakness.
- 8 Respect the norms but do not be overwhelmed by them.
- 9 The weight, the size or the figure are not so much important as to feel bad because of them.
- 10 Don't be obsessed by the food, the calories and those rolls.
- 11 Respect to the other sex (girls / boys): discover what is similar and different that is yours.
- 12 To attack the others physically or verbally (hit or insult) is not the best way to solve your problems. Would you like if they make the same thing to you?

ADOLESCENCE AND FEEDING

Image

- There are many normal weights for each age, sex and height.
- Each figure has its attractiveness: accept it as it is.
- You have right to feel well with yourself. Your aspect and your weight do not matter.
- Give value to your own body and all the possibilities that it offers you.

Feeding

- The normal diet brought to us hydrates of carbon, proteins, fat, minerals, vitamins and water: each one of them has its function. eat of everything.
- Get used to eat on the hours: breakfast, lunch, meal, tea time, dinner. Without interruption no disorder. Your health will thank you for it.
- We should begin the day with a breakfast "rich and abundant" in which should not miss milky products (milk, cheese, yogurt), juice or fruit, cereals or cookies. With that we restore we that lost during the dream and we prepare to tolerate the hours of class or work. Never miss it!

LOVE YOURSELF (self-esteem)

- * Respect to the others. Accept their differences; understand their errors.
- * It is not necessary to be perfect to be happy.
- * We all have capacities and limitations. Learn how to recognize and accept them.
- * Be aware of your qualities and achievements. Feel proud and congratulate yourself. You are worth it.
- * Nobody is perfect. We all make errors. It is important to know how to accept them without guilt neither bad rolls.
- * Those people that truly love you love you this way, just as you are.
- * Get used to say, to communicate with the others the good thing that they also have.

IF YOU ARE INTERESTED

- Don't be manipulated by advertising: it is not necessary to be thin to triumph and to be happy.
- Thin and fats have right to live and to be happy. We deserve your respect.
- Look at yourself to the mirror. Learn to value the positive side of your body. It is not necessary to be perfect to be well.
- In the life many moments are enjoyed, relationships, situations, and possibilities. It is a petty to lose them for to have reduced your life to be waiting for your body, your weight and physical aspect.

- In the variety there is health: no food is good or bad for itself.
- To make diet to lose weight by yourself can be dangerous. Consult your doctor.
- The varied feeding and the physical exercise are a good combination. Make sport that is healthy, but without making the hard one.
- To eat together is good moment to cohabit with family or your friends.
- Enjoy the meals: speak during them and share your things: how do you feel and think, what suits you and what overwhelms you.

HAVE RELATIONS (social abilities)

- Learn how to be critical as reader, spectator or consumer. Have your own ideas.
- Do not let them manipulate you. Do not be taken (managed) by the fashions.
- Defend your opinions and rights. Without aggressiveness but with trust in yourself.
- Do not intersect. Cohabit with the boys and girls and feel good.

Folleto 6. Adolescence and feeding: for parents

DECALOGUE

SUGGESTIONS FOR PARENTS

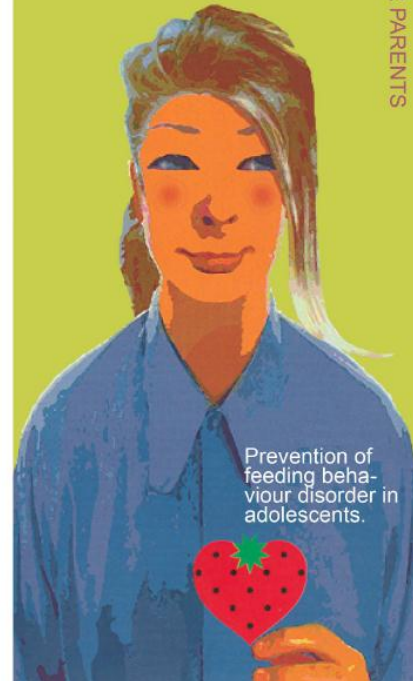
- 1 Encourage to our son / daughter be sociable and to be related with the other ones.
- 2 Encourage him/her to be independent and to have personal autonomy.
- 3 To reward the small achievements in the moment is better to emphasise goals in the future.
- 4 Do not insist on a perfect behaviour the whole time.
- 5 Do not fix patterns or impossible or difficult norms for your son / daughter
- 6 Show to your son / daughter love and affection without over protecting neither to control him/her excessively.
- 7 Do not give an excessive importance to the weight, the size or the corporal figure.
- 8 Do not give an excessive importance to the meal or the food.
- 9 Educate your son / daughter sexually.
- 10 Do not to punish physically your son / daughter.

ESTUDIO CUALITATIU



ADOLESCENCE AND FEEDING

FOR PARENTS



ADOLESCENCE AND FEEDING

OVERPROTECTION

The overprotection, so difficult to avoiding in the relationship with the parents, creates children who do not make personal effort to satisfy their needs and unable to overcome obstacles.

COMMUNICATION

An open dialogue, an interest your form of thinking, to feel, and your activities, an active listening and persisting along a lifetime, allow to know well every adolescent child (their strong points, weaknesses, friendships, environment, character).

Family



Surrounding

VALUES

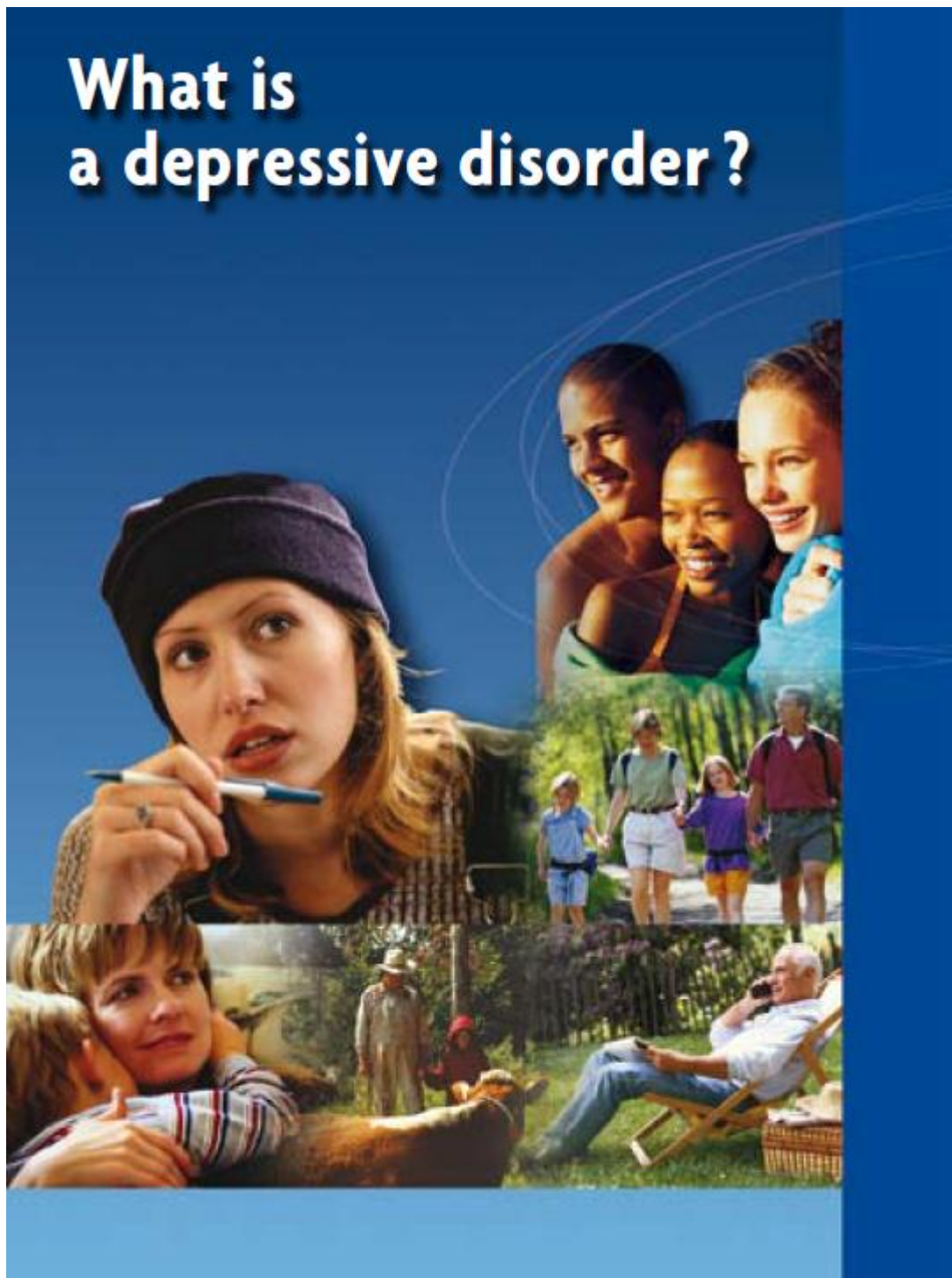
- Give importance more to what is than to what to possess.
- Criticize what is superficial in the society of the consumption, the cult than the image.
- Highlight the personal qualities of your son / daughter without criticizing or to minimizing them for his/her constitution.
- Praise their achievements and avoid the absolute and permanent disqualifications (self accomplished prophecies)
- Teach to respect to the others accepting the differences and understanding the errors.
- It is not necessary to be perfect to be happy.

MEANS OF COMMUNICATION

- Control the TV and the magazines in infantile stages.
- Favour the development of a critical conscience as readers, spectators, consumers: hold a dialogue on the images and erroneous messages.

FEEDING

- At least one meal in together with the whole family to hold dialogue, to know the incidents that each one has confronted in the day, comment on different events, to express opinions, feelings and emotions.
- Get used to eat orderly in the same hours like routine: breakfast, lunch, meal, tea time and it has dinner, without interruption or disorder.



What is a depressive disorder?

The word 'depression' is commonly used to describe the feelings of sadness that all of us experience at times in our lives. It is also a term used to describe a number of diagnosable depressive disorders.

Because feelings of depression are so common, it is important to understand the difference between unhappiness and sadness in daily life and the symptoms of a depressive disorder.

When faced with stress, such as the loss of a loved one, relationship breakdown or great disappointment or frustration, most people will feel unhappy or sad. These are emotional reactions that are appropriate to the situation and will usually last only a limited time. These reactions are not regarded as depressive disorder, but are part of everyday life.

Depressive disorders are a group of illnesses characterised by excessive or long-term depressed mood and loss of interest in activities that used to be enjoyable. The symptoms can severely disrupt the person's life.

Depressive disorders are common and around one in five people will

experience depressive disorder at some time during their lives.

Depressive disorders are serious and distressing illnesses with real risks to the person's life and well-being. Professional assessment and treatment is necessary. In severe instances, hospitalisation may be required initially. Fortunately, treatment of depression is usually very effective.

What are the main types of depressive disorder?

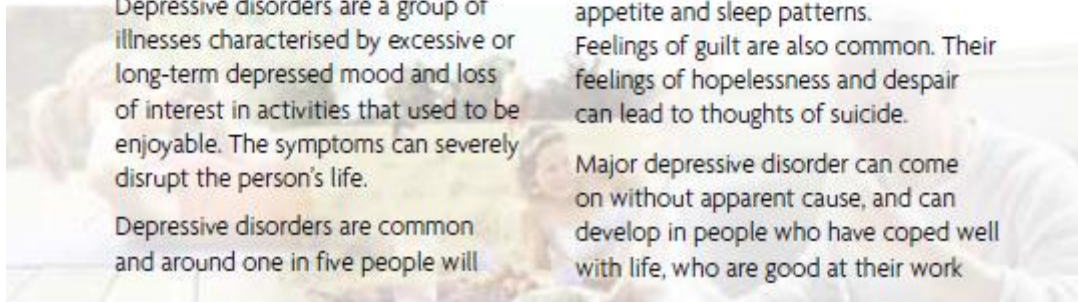
A number of different mental illnesses involve depression.

Major depressive disorder

This is the most commonly diagnosed depressive disorder. A person with major depressive disorder becomes very low spirited and loses their enjoyment of life. They lack concentration and energy and have changes in their appetite and sleep patterns.

Feelings of guilt are also common. Their feelings of hopelessness and despair can lead to thoughts of suicide.

Major depressive disorder can come on without apparent cause, and can develop in people who have coped well with life, who are good at their work



and happy in their family and social relationships. It can also be triggered by a distressing event that the person is unable to deal with.

When symptoms of major depressive disorder are fewer and milder, but last longer (for more than two years), the illness is called *dysthymic disorder*.

Adjustment disorder with depressed mood

People with this illness are reacting to a distressing situation in their life, such as the failure of a close relationship or loss of a job, but to a greater degree than is usual.

The feelings of depression are very intense and often include anxiety, poor sleep and appetite changes. The time the symptoms last may vary from weeks to years. People with this type of depression often require treatment to help them find ways to cope with the event and overcome their symptoms.

Post-natal depression

The so-called 'baby blues' affect about half of all new mothers. They feel mildly depressed, anxious, tense or unwell, and may have trouble sleeping even though they are tired most of the time. This type of depression may last only hours or a few days, then disappear.

However, for about 10 percent of mothers this feeling of sadness develops into a serious disorder called post-natal depression. Mothers with this illness find it increasingly difficult to cope with the demands of everyday life.

They can experience anxiety, fear, despondency, sadness and extreme tiredness. Some mothers have panic attacks or become tense and irritable. There may be a change in appetite and sleep patterns.

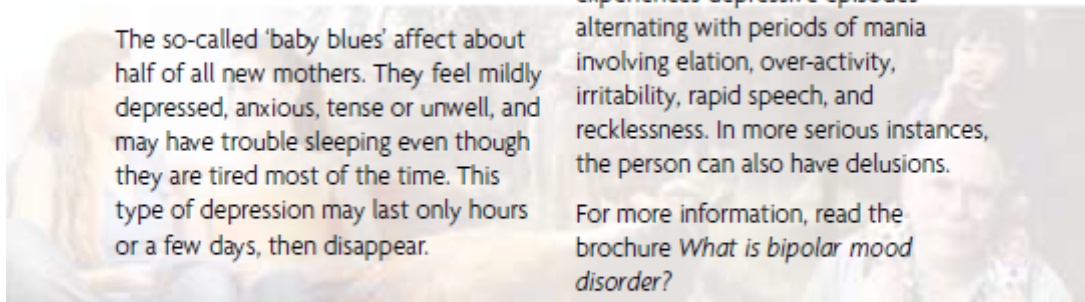
A severe, but rare, form of post-natal depression is called puerperal psychosis. The woman is unable to cope with her everyday life and can be disturbed in her thinking and behaviour.

It is essential for mother and child that post-natal depression is treated, and very effective treatments are available.

Bipolar mood disorder

A person with bipolar mood disorder (previously called manic depression) experiences depressive episodes alternating with periods of mania involving elation, over-activity, irritability, rapid speech, and recklessness. In more serious instances, the person can also have delusions.

For more information, read the brochure *What is bipolar mood disorder?*



Co-occurring mental health problems

People with depression very often experience symptoms of anxiety. For more information on anxiety, read the brochure *What is an anxiety disorder?*

Harmful alcohol and other drug use often co-occurs with depression. This makes treatment more complex, and effectively managing alcohol and other drug use is important.

Risk of suicide is also heightened for people with depression.

What causes depressive disorders?

Often there are many interrelated factors associated with depression.

Genetic factors

It is well established that the tendency to develop depression runs in families. This is similar to a predisposition to other illnesses, such as diabetes and heart disease.

Biochemical factors

Depressive disorders are thought to be due, in part, to a chemical imbalance in the brain. Anti-depressant medication treats this imbalance.

Stress

Stress is associated with the development of depressive disorders, particularly personal tragedies or disasters.

Depressive disorders are more common at certain stages of life that involve major life transitions, such as childbirth, menopause and bereavement.

Consequently, it is more common in young adults, women, older adults, and people with physical health problems.

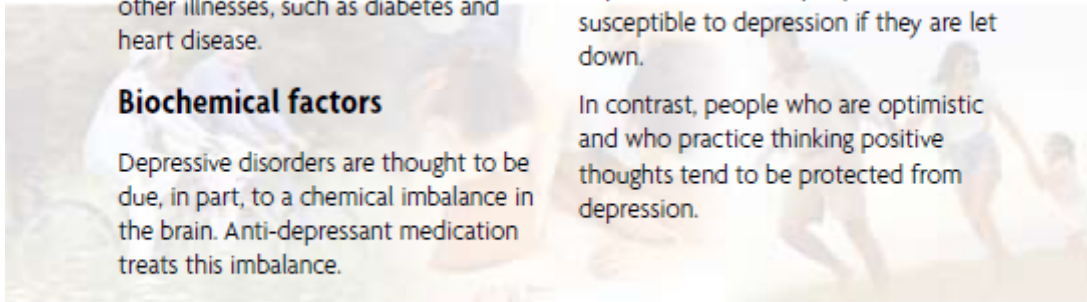
Temperament

People with certain temperaments are more prone to depressive symptoms.

Depression commonly occurs in people who are highly anxious, sensitive, emotional, and react strongly to and are easily upset by events in their lives.

People who are perfectionists and self-critical, and who set high standards for themselves and others, are vulnerable to depression. Those who are very dependent on other people are also susceptible to depression if they are let down.

In contrast, people who are optimistic and who practice thinking positive thoughts tend to be protected from depression.



Alcohol and other drug use

Harmful alcohol and other drug use makes people highly susceptible to depression. This also contributes to a high risk of suicide for people with depressive disorders.

What treatment is available?

Depressive disorders can be very effectively treated.

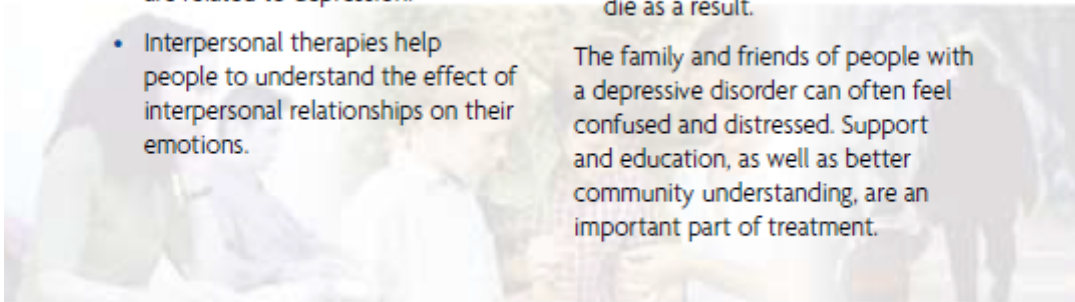
People experiencing feelings of sadness that have persisted for a long time, or that are affecting their lives to a great extent, should contact their family doctor or community health centre.

Treatment will depend on each person's symptoms, but will include one or more of the following.

- Psychological interventions, such as cognitive behavioural therapy (CBT), are aimed at changing patterns of thinking, behaviours and beliefs that are related to depression.
- Interpersonal therapies help people to understand the effect of interpersonal relationships on their emotions.

- Anti-depressant medications relieve depressed feelings, restore normal sleep patterns and appetite, and reduce anxiety. Unlike tranquillisers, anti-depressant medications are not addictive. They slowly return the balance of neurotransmitters in the brain, taking one to four weeks to achieve their positive effects.
- Specific medications help to manage mood swings, such as for bipolar mood disorder.
- Lifestyle changes, such as physical exercise and reducing harmful alcohol and other drug use, assist people to recover from depression.
- For some very severe forms of depression, electroconvulsive therapy (ECT), or shock treatment as it is sometimes misnamed, is a safe and effective treatment. It can be life saving for people at high risk of suicide or who, because of the severity of their illness have stopped eating or drinking, would die as a result.

The family and friends of people with a depressive disorder can often feel confused and distressed. Support and education, as well as better community understanding, are an important part of treatment.



Where to go for help

- Your general practitioner.
- Your community health centre.
- Your community mental health centre.

For information on services, check the Community Help and Welfare Services and 24-hour emergency numbers in your local telephone directory.

For immediate counselling assistance, contact Lifeline on **13 11 14**. Lifeline can also supply you with contacts, further information and help.

More information is available at:

www.beyondblue.org.au

www.blackdoginstitute.org.au

www.crufad.com

www.depressionet.com.au

www.ranzcp.org

www.reachout.com.au

www.sane.org

Insert local contact details here

About this brochure

This brochure is part of a series on mental illness funded by the Australian Government under the National Mental Health Strategy.

Other brochures in this series include:

- *What is mental illness?*
- *What is an anxiety disorder?*
- *What is bipolar mood disorder?*
- *What is an eating disorder?*
- *What is a personality disorder?*
- *What is schizophrenia?*

Free copies of all brochures are available from Mental Health and Workforce Division of the Australian Government Department of Health and Ageing:

GPO Box 9848
CANBERRA ACT 2601

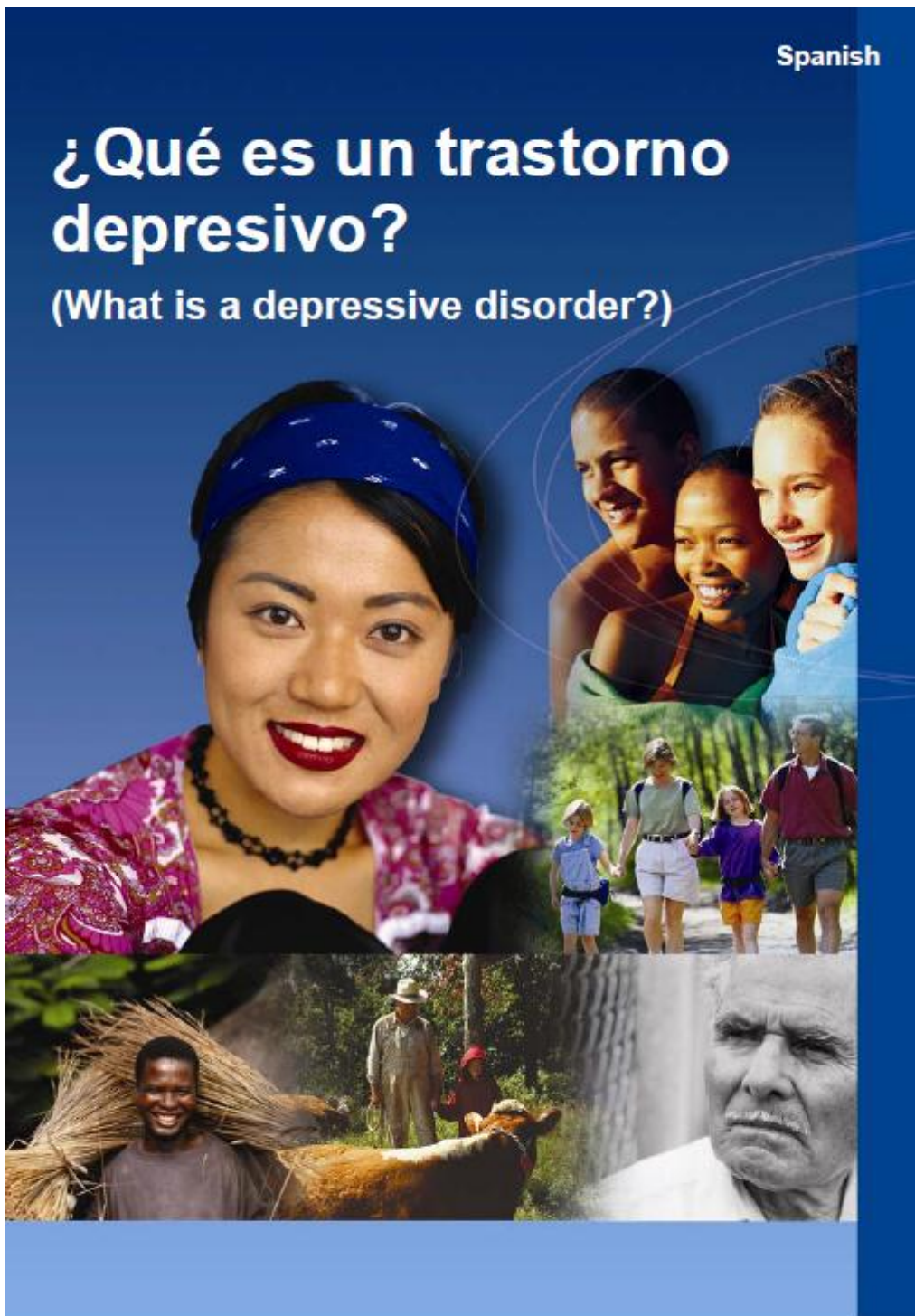
~~Tel 1800 066 247~~

~~Fax 1800 634 400~~

www.health.gov.au/mentalhealth

This brochure is no longer available in hardcopy





¿Qué es un trastorno depresivo?

La palabra 'depresión' se usa comúnmente para describir los sentimientos de tristeza que todos tenemos en algún momento de nuestra vida. También se usa para describir un número de trastornos depresivos diagnosticables.

Debido a que los sentimientos de 'depresión' son tan comunes, es importante entender la diferencia entre sentirse infeliz o triste en la vida diaria y tener síntomas de un trastorno depresivo.

La mayoría de las personas se sienten infelices o tristes ante episodios angustiantes, como lo son la pérdida de un ser querido, la rotura de una relación o cuando se siente gran desilusión o frustración. Estas son reacciones emocionales apropiadas a la situación y por lo general duran sólo un tiempo limitado. Estas reacciones no se consideran un trastorno depresivo, sino que son parte de la vida diaria.

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades caracterizadas por ánimo depresivo y pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaba, y que se extienden por un período excesivo o a largo plazo. Estos síntomas pueden perturbar gravemente la vida de la persona.

Los trastornos depresivos son comunes y cerca de una de cada cinco personas sufre uno en algún momento de su vida.

Los trastornos depresivos son enfermedades graves y angustiantes que presentan riesgos reales para la vida y bienestar de la persona. Se requiere evaluación y tratamiento profesional; y en casos graves, es posible que se requiera hospitalización. Afortunadamente, el tratamiento es generalmente muy efectivo.

¿Cuáles son los tipos principales de trastorno depresivo?

La depresión es parte de un número de enfermedades mentales.

Trastorno depresivo grave

Éste es el tipo más diagnosticado. Las personas con trastorno depresivo grave sufren abatimiento y pierden la alegría de vivir. No se pueden concentrar y tienen poca energía, sufren cambios en los patrones de apetito y de sueño. Es común tener sentido de culpa y sentimientos de desesperanza y desesperación que pueden llevar a pensamientos de suicidio.

El trastorno depresivo grave puede presentarse sin causa aparente, y se puede desarrollar en personas que sobrellevan bien sus vidas, que son buenos en sus trabajos y felices en sus relaciones familiares y sociales. También puede ser desencadenado por un evento angustiante el cual la persona no puede resolver.

Cuando los síntomas depresivos son pocos y leves, pero duran por largo tiempo (más de dos años), la enfermedad se llama *trastorno distémico*.

Depresión reactiva

Las personas con esta enfermedad están reaccionando ante alguna situación angustiante en su vida, como por ejemplo el fracaso de una relación cercana o la pérdida del trabajo, excepto que la reacción es mayor de lo que es usual.

Los sentimientos de depresión son muy intensos y a menudo incluyen ansiedad, no poder dormir bien y sufrir cambios en los deseos de comer. Estos síntomas pueden durar de semanas a años. A menudo, las personas que sufren este tipo de depresión requieren tratamiento para ayudarlas a encontrar maneras de sobrellevar el evento causante y para superar los síntomas.

Depresión post-parto (Post-natal depresión)

La llamada depresión puerperal 'baby blues' afecta a alrededor de la mitad de todas las nuevas madres, que se sienten levemente deprimidas, ansiosas, tensas y con malestar, y tal vez tengan dificultades en dormir a pesar de sentirse cansadas casi todo el tiempo. Este tipo de depresión puede durar sólo unas horas o unos pocos días y luego desaparece.

Sin embargo, en alrededor del 10% de las madres este sentimiento de tristeza se vuelve un trastorno grave llamado depresión post-parto. Las mujeres con

esta enfermedad encuentran que se les hace cada vez más difícil sobrellevar las demandas de la vida cotidiana.

Pueden sentir ansiedad, miedo, desaliento, tristeza y cansancio extremo. Algunas madres tienen ataques de pánico o se vuelven tensas e irritables. Tal vez se presenten cambios en los patrones de apetito y sueño.

Un tipo grave, pero poco común, de depresión post-natal se llama psicosis puerperal. La mujer no puede sobrellevar la vida cotidiana y puede tener perturbaciones en el pensamiento y el comportamiento.

Es esencial para madre y niño que la depresión post-parto reciba tratamiento, y hay tratamientos muy efectivos.

Trastorno bipolar del ánimo (Bipolar mood disorder)

La persona con trastorno bipolar del ánimo (antes conocido como trastorno maniaco-depresivo) sufre episodios depresivos de manera alternante: con períodos de manía que incluyen euforia, actividad extrema, irritabilidad, habla rápido e imprudencia. En los casos más graves, la persona puede tener alucinaciones.

Para más información, lea el folleto *¿Qué es el trastorno bipolar del ánimo?*

Problemas de salud mental co-ocurrentes

Muy a menudo, las personas con depresión sufren síntomas de ansiedad. Para más información lea *¿Qué es un trastorno de ansiedad?*

El consumo y uso dañino de alcohol y otras drogas co-ocurre a menudo con la depresión. Esto hace que el tratamiento sea más complejo, y el control efectivo del uso de alcohol y drogas es importante.

El riesgo de suicidio se eleva en las personas con depresión.

¿Qué causa los trastornos depresivos?

A menudo existen otros factores interrelacionados que están ligados a la depresión.

Factores genéticos

Bien se sabe que la tendencia a la depresión viene de familia. Esto es similar a la predisposición a otras enfermedades, como la diabetes y las enfermedades al corazón.

Factores bioquímicos

Se cree que los trastornos depresivos se deben, en parte, a un desequilibrio químico en el cerebro. Los medicamentos anti-depresivos tratan este desequilibrio.

Angustia

La angustia está asociada al desarrollo de los trastornos depresivos, particularmente las tragedias o desastres personales.

Los trastornos depresivos son más comunes en ciertas etapas de la vida que incluyen las transiciones, como lo son parto, menopausia y duelo.

Por lo tanto, es más común en adultos jóvenes, mujeres, adultos mayores, y personas con problemas de salud físicos.

Temperamento

Las personas con cierto tipo de temperamento tienen más tendencia a sufrir síntomas depresivos. La depresión ocurre comúnmente en las personas que son muy ansiosas, sensibles, emotivas, y que reaccionan de fuerte manera ante y se angustian fácilmente por los eventos de la vida.

Las personas que son perfeccionistas y auto-críticas, que tienen muchas expectativas para consigo mismo y para con otros, son vulnerables a la depresión. Los que son dependientes de otras personas también son susceptibles si se les desilusiona.

Por otro lado, aquellos que son optimistas y que piensan de manera positiva tienden a estar protegidos contra la depresión.

Uso de alcohol y otras drogas

El uso dañino de alcohol y otras drogas puede hacer que las personas sean muy susceptibles a la depresión. Esto contribuye a un alto riesgo de suicidio en los que sufren trastornos depresivos.

¿Qué tratamiento se haya disponible?

Los trastornos depresivos pueden ser tratados de manera muy efectiva.

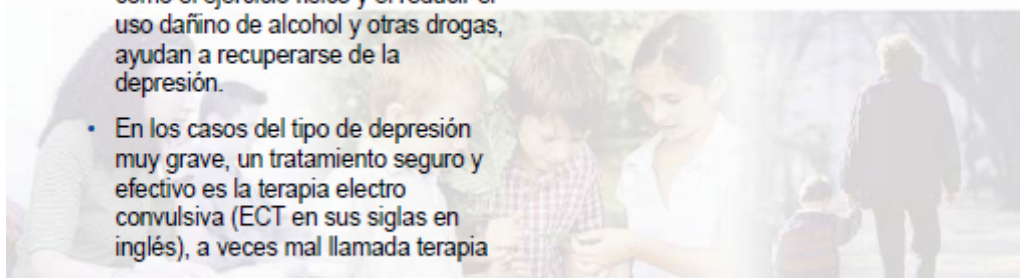
Las personas que tienen sentimientos de tristeza que persisten por mucho tiempo, o que afectan sus vidas de manera substancial, deben ver a su médico de cabecera o ir al centro comunitario para la salud.

El tratamiento dependerá de los síntomas de cada persona, pero puede incluir uno o más de lo siguiente.

- Intervención psicológica, como terapia cognitiva de comportamiento (CBT en sus siglas en inglés), que tiene como objetivo cambiar los patrones de pensamiento, comportamiento y creencias relacionadas con la depresión.
- Las terapias interpersonales ayudan a la persona a entender el efecto que las relaciones interpersonales tienen en sus emociones.
- Los medicamentos anti-depresivos alivian los sentimientos deprimentes, restauran los patrones de sueño normal y del apetito, y reducen la ansiedad. Los medicamentos anti-depresivos no son adictivos, como los tranquilizantes, sino que restauran el equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro, y llevan de una a cuatro semanas en lograr efectos positivos.
- Existen medicamentos específicos para controlar los cambios extremos de ánimo, como los presentes en el trastorno bipolar de ánimo.
- Los cambios en el estilo de vida, como el ejercicio físico y el reducir el uso dañino de alcohol y otras drogas, ayudan a recuperarse de la depresión.
- En los casos del tipo de depresión muy grave, un tratamiento seguro y efectivo es la terapia electroconvulsiva (ECT en sus siglas en inglés), a veces mal llamada terapia

de shock. Este tipo de terapia puede salvar la vida a las personas a riesgo de suicidio, ya que las personas que sufren de este grave tipo de depresión dejan de comer y beber, y, como consecuencia, pueden morir.

A menudo, la familia y los amigos de los que sufren trastorno depresivo pueden sentirse confusos y angustiados. Una parte importante del tratamiento es el apoyo y la educación sobre la enfermedad y un mejor entendimiento por parte de la comunidad.



Dónde buscar ayuda

- Su médico de cabecera
- Su centro comunitario de salud
- Su centro comunitario de salud mental

Para recibir información de nuestros servicios, busque ayuda comunitaria en *Community Help* y servicios del bienestar en *Welfare Services* y los números de emergencia de 24 horas en su guía telefónica.

Si necesita un intérprete llame a (TIS) al **13 14 50**

Para recibir ayuda inmediata de asesoría psicológica, llame a (Lifeline) al **13 11 14**. (Lifeline) también le puede proveer con contactos, y más información y ayuda.

Puede encontrar más información en:

www.mmha.org.au
www.beyondblue.org.au
www.blackdoginstitute.org.au
www.depressionet.com.au
www.reachout.com.au
www.ranzcp.org
www.sane.org
www.crufad.com

Insert your local details here

Sobre este folleto

Este folleto es parte de una serie sobre las enfermedades mentales financiada por el gobierno australiano bajo la Estrategia Nacional de la Salud Mental (National Mental Health Strategy)

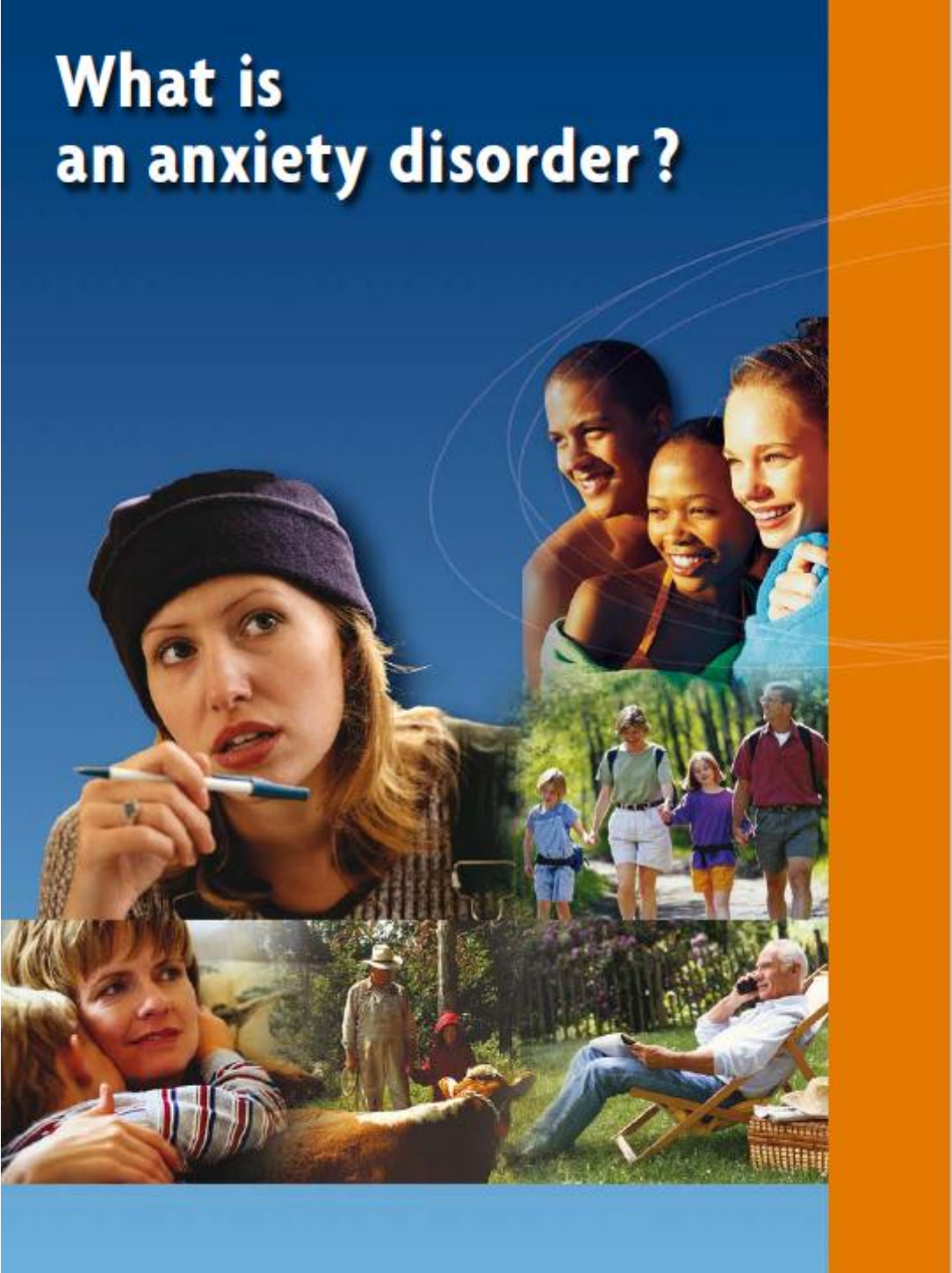
Otros folletos en esta serie incluyen:

- ¿Qué es la enfermedad mental?*
- ¿Qué es el trastorno de ansiedad?*
- ¿Qué es un trastorno de ansiedad?*
- ¿Qué es el trastorno de la alimentación?*
- ¿Qué es esquizofrenia?*
- ¿Qué es trastorno de la personalidad?*

Copias gratuitas de todos los folletos pueden conseguirse de Mental Health and Workforce Division of the Australian Government Department of Health and Ageing:

GPO Box 9848
CANBERRA ACT 2601
Tel 1800 066 247
Fax 1800 634 400
www.health.gov.au/mentalhealth

Para obtener copias en otros idiomas llame a: Multicultural Mental Health Australia al teléfono: **(02) 9840 3333**
www.mmha.org.au



What is an anxiety disorder?

Anxiety is a term used to describe a normal feeling people experience when faced with threat, danger, or when stressed. When people become anxious, they typically feel upset, uncomfortable, and tense.

Feelings of anxiety can be a result of life experiences, such as job loss, relationship breakdown, serious illness, major accident, or the death of someone close. Feeling anxious in these situations is appropriate and usually we feel anxious for only a limited time.

Because feelings of anxiety are so common, it is important to understand the difference between feeling anxious appropriate to a situation and the symptoms of an anxiety disorder.

Anxiety disorders are not just one illness but a group of illnesses characterised by persistent feelings of high anxiety, and extreme discomfort and tension.

People are likely to be diagnosed with an anxiety disorder when their level of anxiety becomes so extreme that it significantly interferes with their daily life and stops them doing what they want to do.

Anxiety disorders are the most common form of mental illness, and affect one

in 20 people at any given time. They often begin in early adulthood, but can start in childhood or later in life. Women are more likely to experience most anxiety disorders than men.

Anxiety disorders often come out of the blue, with no apparent reason. They are generally accompanied by intense physical sensations, such as breathlessness and palpitations. Other symptoms can include sweating, trembling, feelings of choking, nausea, abdominal distress, dizziness, pins and needles, feelings of losing control and/or feelings of impending doom.

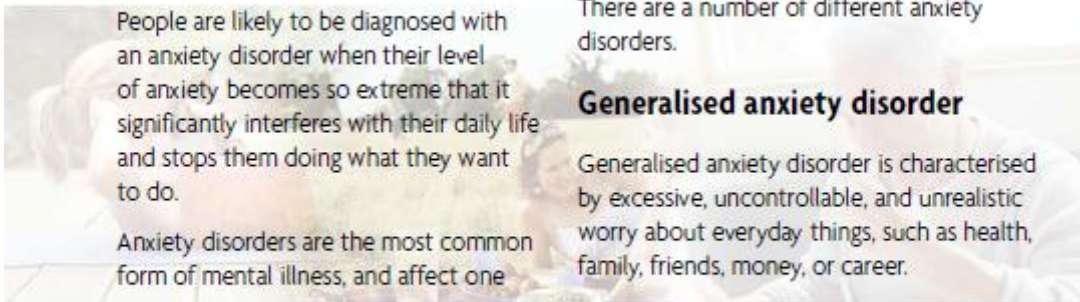
Anxiety disorders affect the way a person thinks, feels, and behaves and, if not treated, can cause considerable distress and disruption to the person's life. Fortunately, treatment of anxiety is usually very effective.

What are the main types of anxiety disorder?

There are a number of different anxiety disorders.

Generalised anxiety disorder

Generalised anxiety disorder is characterised by excessive, uncontrollable, and unrealistic worry about everyday things, such as health, family, friends, money, or career.



People with this disorder worry constantly and irrationally about harm affecting themselves or their loved ones, and the worry is accompanied by a feeling of constant apprehension.

Panic disorder with and without agoraphobia

People with this disorder experience extreme panic attacks in situations where most people would not be afraid.

The attacks are accompanied by very unpleasant physical symptoms of anxiety, such as feeling like you are having a heart attack. There is also fear of “going crazy” or fear that the attack will lead to death or a total loss of control.

These fears lead some people to start to experience agoraphobia, which can severely interfere with their lives.

Agoraphobia is not a specific disorder, but a component of anxiety characterised by fear of being in places or situations from which it may be difficult or embarrassing to get away, or the fear that help might be unavailable if needed.

People with agoraphobia most commonly experience fear in a cluster of situations such as supermarkets and department stores, crowded places of all kinds, confined spaces, public transport, lifts, and expressways.

People experiencing agoraphobia may find comfort in the company of a safe person or object. This may be a spouse, friend, pet, or medicine carried with them.

Specific phobia

Everyone has some irrational fears, but phobias are intense fears about particular objects or situations that interfere with a person's life. These might include fear of heights, water, dogs, closed spaces, snakes, or spiders.

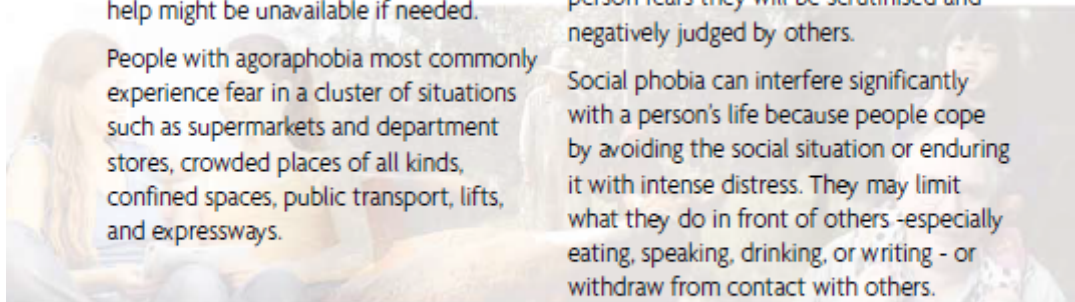
Someone with a specific phobia is fine when the feared object is not present. However, when faced with the feared object or situation, they can become highly anxious and experience a panic attack.

People affected by phobias can go to great lengths to avoid situations that would force them to confront the object or situation they fear.

Social phobia

Social phobia is a strong and persistent fear of social or performance situations. The person fears they will be scrutinised and negatively judged by others.

Social phobia can interfere significantly with a person's life because people cope by avoiding the social situation or enduring it with intense distress. They may limit what they do in front of others -especially eating, speaking, drinking, or writing - or withdraw from contact with others.



Obsessive compulsive disorder

This anxiety disorder involves constant unwanted thoughts, and often results in the performance of elaborate rituals in an attempt to control or banish the persistent thoughts.

The rituals are usually time consuming and seriously interfere with everyday life. For example, people may be constantly driven to wash their hands, recheck that the door is locked or the oven is turned off, or follow rigid rules of order.

People with obsessive compulsive disorder are often acutely embarrassed and keep their rituals a secret, even from their families.

Post traumatic stress disorder

People who have experienced major trauma, such as war, torture, vehicle accident, fire, or personal violence can continue to feel terror long after the event is over. Not everyone who experiences trauma develops post traumatic stress disorder (PTSD).

People with PTSD repeatedly re-live the traumatic event through intrusive, distressful recollections, such as nightmares or flashbacks. The flashbacks are often brought about by triggers related to the experience, which the person then tries to avoid. Becoming emotionally numb is also characteristic of PTSD.

Co-occurring mental health problems

People with one anxiety disorder are likely to have another, and also to experience depression. For more information on depression, read the brochure *What is a depressive disorder?*

Harmful alcohol and other drug use often co-occurs with anxiety. This makes treatment more complex, and effectively managing alcohol and other drug use is important.

What causes anxiety disorders?

There are many interrelated factors associated with anxiety disorders. The causes of a particular disorder vary, and it is not always easy to determine a cause in every case.

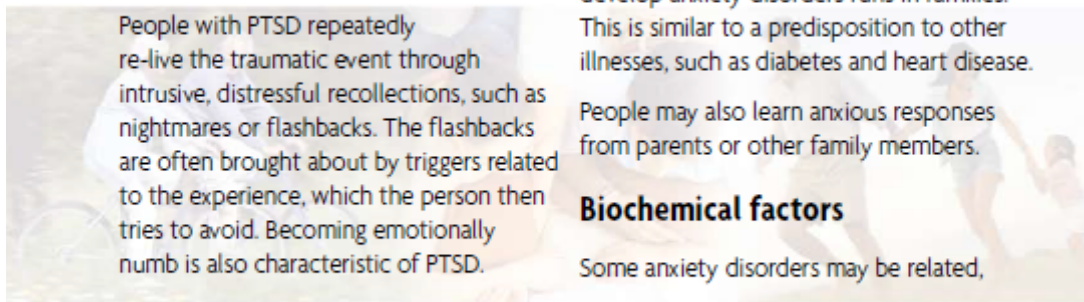
Genetic factors

It is well established that the tendency to develop anxiety disorders runs in families. This is similar to a predisposition to other illnesses, such as diabetes and heart disease.

People may also learn anxious responses from parents or other family members.

Biochemical factors

Some anxiety disorders may be related,



in part, to a chemical imbalance in the brain. The neurotransmitter that regulates feelings and physical reactions may be involved.

Temperament

People with certain temperaments are more prone to anxiety disorders.

People who are easily aroused and upset, and are very sensitive and emotional, are more likely to develop anxiety disorders.

People who as children were inhibited and shy may be prone to develop certain anxiety disorders, such as social phobia.

Learnt response

Some people exposed to situations, people or objects that are upsetting or anxiety-arousing may develop an anxiety response. This response can be re-activated when faced with or thinking about the situation, person, or object again.

Stress

Stressful life experiences are associated with the development of some anxiety disorders, particularly post traumatic stress disorder.

What treatment is available?

Anxiety disorders can be very effectively treated. Although each disorder has its own specific characteristics, most respond well to psychological treatments and/or medication.

Treatments combining both psychological therapy and medication often have better long-term results.

Effective treatments for anxiety disorders include the following:

- Psychological therapies, such as Cognitive Behavioural Therapy (CBT), are aimed at changing patterns of thinking, behaviours, and beliefs that may trigger anxiety. Therapy may also involve gradually exposing a person to situations that trigger their anxiety (desensitisation).
- Anxiety management and relaxation techniques.
- Anti-depressants play an important role in the treatment of some anxiety disorders as well as treating associated or underlying depression.
- Anti-anxiety medications that specifically influence the neurotransmitter system in the brain are sometimes useful. Medication will not cure anxiety disorders but can keep symptoms under control while a person receives psychological treatment.

The family and friends of people with anxiety disorders can often feel confused and distressed. Support and education, as well as better community understanding, are an important part of treatment.

Where to go for help

- Your general practitioner.
- Your community health centre.
- Your community mental health centre.

For information on services, check the Community Help and Welfare Services and 24-hour emergency numbers in your local telephone directory.

For immediate counselling assistance, contact Lifeline on **13 11 14**. Lifeline can also supply you with contacts, further information and help.

More information is available at:

www.beyondblue.org.au

www.betterhealth.vic.gov.au

www.adavic.org.au

www.crufad.com

www.ranzcp.org

www.sane.org

Insert local contact details here

About this brochure

This brochure is part of a series on mental illness funded by the Australian Government under the National Mental Health Strategy.

Other brochures in this series include:

- *What is mental illness?*
- *What is bipolar mood disorder?*
- *What is a depressive disorder?*
- *What is an eating disorder?*
- *What is a personality disorder?*
- *What is schizophrenia?*

Free copies of all brochures are available from Mental Health and Workforce Division of the Australian Government Department of Health and Ageing:

GPO Box 9848
CANBERRA ACT 2601

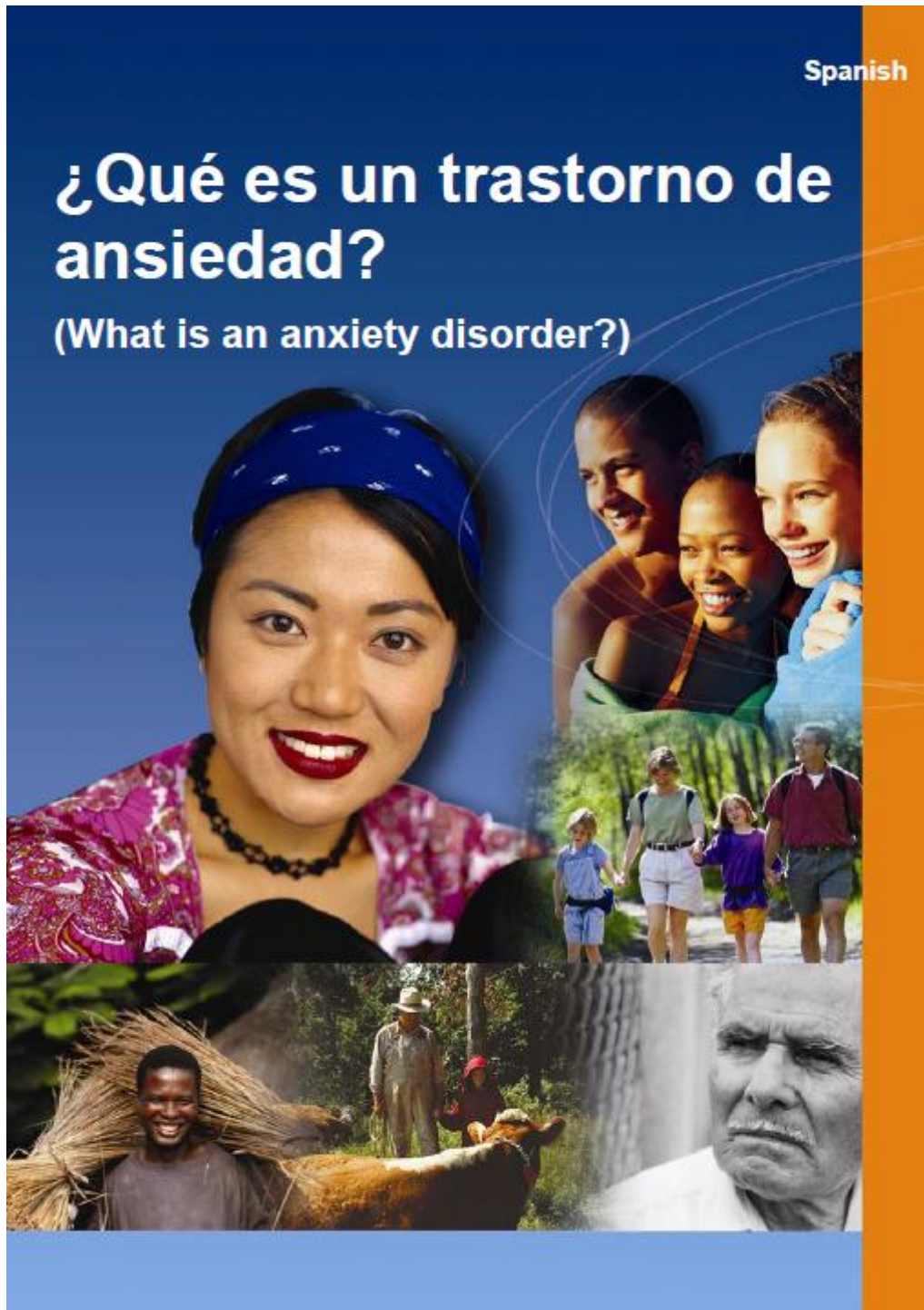
Tel 1800 066 247

Fax 1800 634 400

www.health.gov.au/mentalhealth

This brochure is no longer available in hardcopy





¿Qué es un trastorno de ansiedad?

La ansiedad es un término utilizado para describir una emoción normal que las personas sienten cuando se enfrentan con una amenaza, un peligro o cuando están con tensión. Cuando las personas se vuelven ansiosas, típicamente se sienten angustiadas, incómodas y tensas.

La sensación de ansiedad puede ser el resultado de experiencias de la vida, como la pérdida de trabajo, la ruptura de una relación personal, una enfermedad seria, un accidente grave o la muerte de alguien cercano. El sentirse ansioso en estas situaciones es apropiado y usualmente nos sentimos ansiosos sólo un periodo de tiempo limitado.

Debido a que las sensaciones de ansiedad son comunes, es importante entender la diferencia entre sentir ansiedad en relación propia a una situación y los síntomas de un trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad no son sólo una enfermedad sino un grupo de enfermedades caracterizados por sensaciones persistentes de alta ansiedad y extrema inquietud y tensión.

Es probable que a las personas se les diagnostique con un trastorno de ansiedad cuando su nivel de ansiedad se vuelve tan extremo que ésta interfiere en la vida diaria y les impide hacer lo que quieren.

Los trastornos de ansiedad son el tipo de enfermedad mental más común y afectan a una de cada 20 personas. A menudo comienzan a principios de la edad adulta, pero pueden comenzar en la niñez o más adelante. Es más probable que las mujeres los sufran más que los hombres.

Los trastornos de ansiedad a menudo surgen de la nada, sin ningún motivo

aparente. Generalmente van acompañados de sensaciones físicas como falta de aire y palpitaciones. Otros síntomas pueden incluir sudor, temblor, sensación de ahogo, náusea, malestares abdominales, mareos, hormigueos, sensaciones de perder el control y/o sensación de una inminente catástrofe.

Los trastornos de ansiedad afectan la manera en que una persona piensa, siente, se comporta; y si no son tratados, pueden causar considerable angustia e interrupción en la vida de la persona. Afortunadamente, el tratamiento para la ansiedad es usualmente muy efectivo.

¿Cuáles son los principales tipos de trastornos de ansiedad?

Hay un número de diferentes trastornos de ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada (Generalised anxiety disorder)

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva, incontrolable e irrealista respecto a asuntos cotidianos tales como la salud, familiares, amistades, dinero o profesión.

Las personas con este trastorno se preocupan constante e irracionalmente con que algo malo les afecte a ellos o a sus seres queridos y la preocupación va acompañada con una sensación de constante aprensión.

Trastorno de pánico con y sin agorafobia (Panic disorder with and without agoraphobia)

Las personas con este trastorno sufren ataques de pánico extremo en situaciones en las que la mayoría de las personas no

tendrían miedo. Los ataques van acompañados por síntomas físicos de ansiedad muy desagradables, tales como sentir que se está sufriendo un ataque al corazón. También hay temor de "volverse loco" o temor a que el ataque le llevará a la muerte o a la pérdida total de control.

Estos temores llevan a algunas personas a que comiencen a sufrir agorafobia, lo cual puede interferir gravemente en sus vidas. La agorafobia no es un trastorno específico, sino un componente de ansiedad caracterizado por temor de estar en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil o vergonzoso salir, o el temor a que no haya ayuda si se necesita.

Las personas con agorafobia comúnmente sienten temor en situaciones de grupo

tales como en supermercados y grandes almacenes, lugares llenos de gente, lugares estrechos, transporte público, ascensores y autopistas.

Las personas que sufren agorafobia pueden sentir alivio en la compañía de una persona u objeto seguro. Este puede ser el cónyuge, un amigo, una mascota o un medicamento que llevan consigo.

Fobias Específicas (Specific phobia)

Todos tenemos algún temor irracional, pero las fobias son temores intensos respecto a objetos en particular o situaciones que interfieren en la vida de una persona. Éstos pueden incluir temor a las alturas, agua, perros, lugares cerrados, serpientes o arañas.

Alguien con una fobia específica se siente bien cuando el objeto temido no está presente. Si embargo, cuando son enfrentados con el objeto o situación temidos, ellos se vuelven sumamente

ansiosos y experimentan un ataque de pánico.

Las personas afectadas por fobias son capaces de hacer cualquier cosa para evitar situaciones que les forzaría hacer frente al objeto o a la situación que ellos temen.

Fobia Social (Social phobia)

La fobia social es un fuerte y persistente temor a situaciones sociales o de desempeño. La persona teme que los demás le examinarán y juzgarán negativamente. La fobia social puede interferir de manera importante en la vida de una persona ya que los que la sufren le hacen frente evitando las situaciones sociales o soportándolas con intensa angustia. Tal vez limiten lo que hacen delante de los demás - especialmente comer, hablar, beber o escribir - o evitar el contacto con los demás.

Trastorno obsesivo compulsivo (Obsessive compulsive disorder)

Este trastorno de la ansiedad incluye constantes pensamientos indeseados y a menudo resulta en la ejecución de elaborados rituales en un intento de controlar o borrar los pensamientos persistentes.

Se pierde mucho tiempo con los rituales lo cual interfiere seriamente en la vida cotidiana. Por ejemplo, las personas sienten compulsión a lavarse las manos constantemente, a volver a revisar que la puerta esté cerrada con llave o a que el horno esté apagado, o a seguir rígidas reglas de orden.

A menudo, las personas con trastorno obsesivo compulsivo sienten gran vergüenza a causa de sus rituales y los mantienen en secreto.

Trastorno por estrés postraumático (Post traumatic stress disorder)

Las personas que han sufrido gran trauma, tales como la guerra, la tortura, un accidente automovilístico, incendio o violencia personal pueden seguir sintiendo terror mucho después del acontecimiento traumático. No todos los que sufren trauma llegan a tener trastorno por estrés postraumático (PTSD en sus siglas en inglés).

Las personas con PTSD re-viven repetidamente el acontecimiento traumático a través de memorias invasoras y angustiosas, tales como pesadillas o escenas retrospectivas. Las escenas retrospectivas a menudo son producidas por estímulos relacionados con la experiencia, lo que la persona trata entonces de evitar. El volverse emocionalmente insensible es también característico del PTSD.

Problemas de salud mental acompañantes

Es posible que las personas con un trastorno de ansiedad tengan otro trastorno y que también sufran depresión. Para mayor información acerca de la depresión, lea el folleto ¿Qué es un trastorno depresivo?

El consumo del alcohol y otras sustancias de manera dañina ocurre frecuentemente con la ansiedad. Esto hace que el tratamiento sea más complejo y que el control efectivo del alcohol y drogas sea importante.

¿Qué causa los trastornos de ansiedad?

Hay muchos factores interrelacionados asociados con los trastornos de ansiedad. Las causas de un trastorno en particular varían, y no es siempre fácil determinar una causa en cada caso.

Factores genéticos

Bien se sabe que la tendencia a tener trastornos de ansiedad existe en ciertas familias.

Esto es similar a una predisposición a otras enfermedades tales como la diabetes y las enfermedades del corazón.

Las personas también pueden aprender de los padres u otros miembros de la familia a reaccionar con ansiedad.

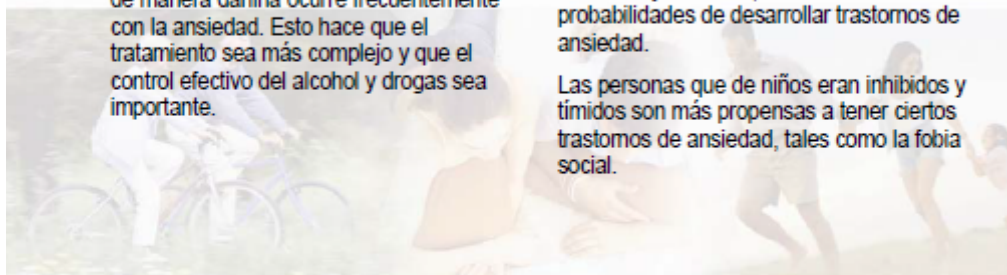
Factores bioquímicos

Algunos trastornos de la ansiedad pueden también estar relacionados, en parte, a un desequilibrio químico en el cerebro; y es posible que participe en esto el neurotransmisor que regula las emociones y las reacciones físicas

Temperamento

Las personas con ciertos temperamentos son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad. Las personas que se emocionan o se alteran con facilidad y son muy sensibles y emotivas, tienen más probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad.

Las personas que de niños eran inhibidos y tímidos son más propensas a tener ciertos trastornos de ansiedad, tales como la fobia social.



Respuesta aprendida

Algunas personas expuestas a situaciones, personas u objetos alterantes o que susciten ansiedad pueden llegar a tener una reacción ansiosa. Esta reacción puede ser reactivada cuando vuelve a enfrentarse o a pensar en la situación, persona u objeto.

Estrés

Las experiencias de vida estresantes están asociadas con la aparición de algunos trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno por estrés postraumático.

¿Qué tratamiento está disponible?

Los trastornos de ansiedad se pueden tratar con efectividad. Aunque cada trastorno tiene sus propias características específicas, la mayoría responde bien a tratamientos psicológicos y/o a medicamentos.

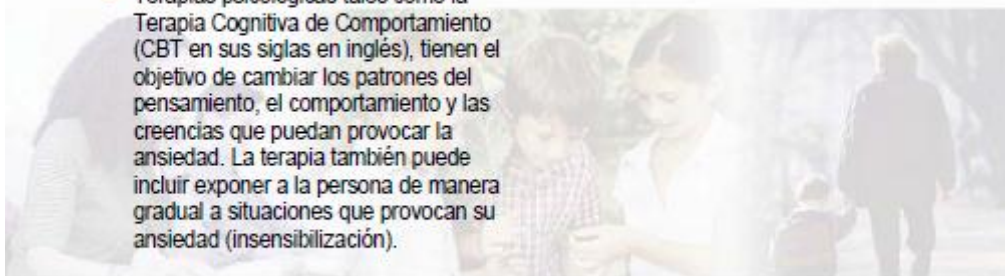
Los tratamientos que combinan terapia psicológica y medicamentos, normalmente tienen mejores resultados a largo plazo.

Los tratamientos efectivos para los trastornos de ansiedad incluyen los siguientes:

- Terapias psicológicas tales como la Terapia Cognitiva de Comportamiento (CBT en sus siglas en inglés), tienen el objetivo de cambiar los patrones del pensamiento, el comportamiento y las creencias que puedan provocar la ansiedad. La terapia también puede incluir exponer a la persona de manera gradual a situaciones que provocan su ansiedad (insensibilización).

- Manejo de la ansiedad y técnicas de relajamiento.
- Los antidepresivos juegan un importante papel en el tratamiento de algunos trastornos de la ansiedad además de tratar la depresión asociada o subyacente.
- Los medicamentos contra la ansiedad que influyen específicamente en el sistema neurotransmisor del cerebro son de ayuda a veces. Los medicamentos no curarán los trastornos de ansiedad pero pueden mantener los síntomas bajo control mientras que la persona recibe tratamiento psicológico.

Los familiares y amistades de las personas con trastornos de ansiedad a menudo se pueden sentir confundidos y angustiados. El apoyo y la educación, así como una mejor comprensión por parte de la comunidad, son parte importante del tratamiento.



Donde buscar ayuda

- Su médico de cabecera.
- Su centro de salud comunitario.
- Su centro comunitario de salud mental.

Para recibir información de nuestros servicios, busque ayuda comunitaria en *Community Help* servicios del bienestar en *Welfare Services* y los números de emergencia de 24 horas en su guía telefónica.

Si necesita un intérprete llame a (TIS) al **13 14 50**

Para recibir ayuda inmediata de asesoría psicológica, llame a Lifeline al **13 11 14**. Lifeline también le puede proveer con contactos, y más información y ayuda.

Puede encontrar más información en:

www.beyondblue.org.au
www.betterhealth.vic.gov.au
www.adavic.org.au
www.crufad.com
www.ranzcp.org
www.sane.org
www.mmha.org.au

Insert your local details here

Version 1 November 2007

Sobre este folleto

Este folleto es parte de una serie sobre las enfermedades mentales financiada por el gobierno australiano bajo la Estrategia Nacional de la Salud Mental (National Mental Health Strategy).

Otros folletos en esta serie incluyen:

- ¿Qué es enfermedad mental?
- ¿Qué es un trastorno bipolar del ánimo?
- ¿Qué es un trastorno depresivo?
- ¿Qué es un trastorno de la alimentación?
- ¿Qué es un trastorno de la personalidad?
- ¿Qué es la esquizofrenia?

Se pueden conseguir copias gratuitas de todos los folletos en: Mental Health and Workforce Division of the Australian Government Department of Health and Ageing:

GPO Box 9848
CANBERRA ACT 2601
Tel 1800 066 247
Fax 1800 634 400
www.health.gov.au/mentalhealth

Para obtener copias en otros idiomas llame a: Multicultural Mental Health Australia al teléfono: **(02) 9840 3333**
www.mmha.org.au



Folleto 11. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)



TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT): PUNTOS CLAVE

Cualquiera de nosotros puede pasar, sin previo aviso, por un suceso traumático insoportable, aterrador, que amenaza nuestra vida o la de otros y que escapa a nuestro control. Este podría ser:

- recibir el diagnóstico de una enfermedad grave
- tener (o ver) un accidente de tráfico grave
- la lesión inesperada o la muerte violenta de alguien cercano
- ser cogido como rehén
- ser prisionero de guerra

Tras un acontecimiento así, la mayoría de la gente se siente angustiada y puede tener síntomas que duren hasta seis semanas. Muchas personas lo superan sin necesidad de ayuda, pero aproximadamente una de cada tres continúan con estos síntomas durante muchos meses o años: esto es el Trastorno por Estrés Postraumático o TEPT.

Los traumas que duran más tiempo, aunque sean menos dramáticos, pueden tener un impacto similar. Estos incluyen el abuso físico o sexual continuo en el hogar, los malos tratos en las cárceles y la tortura.

¿Cuándo empieza el TEPT?

Normalmente los síntomas empiezan dentro de los primeros seis meses, y en ocasiones sólo pocas semanas después del trauma.

¿Qué se siente al tener un TEPT?

Tras un hecho traumático, uno puede sentirse desolado, deprimido, ansioso, culpable y enfadado. En el TEPT también puede:

- Tener flashbacks y pesadillas: revivir el suceso en su mente una y otra vez.
- Buscar estar ocupado y rehuir cualquier cosa o persona que le recuerde al acontecimiento para evitar pensar sobre ello y los síntomas acompañantes.
- Estar «en guardia», permanecer alerta todo el tiempo, no poder relajarse, sentirse ansioso y no poder dormir.

- Tener síntomas físicos: dolores, diarrea, palpitaciones, dolor de cabeza, sensación de pánico y de miedo, depresión.
- Empezar a beber mucho alcohol o a consumir fármacos en exceso (incluyendo analgésicos).

¿Por qué aparece el TEPT?

Hay varias razones posibles:

Motivos Psicológicos

- El recordar las cosas con claridad después de un shock puede ayudar a entender lo que pasó y, en determinadas circunstancias, a sobrevivir.
- Los flashbacks obligan a pensar en lo que ha sucedido y se puede decidir qué hacer si ocurre de nuevo.
- La evitación y el embotamiento ayudan a frenar el cansancio y la angustia de recordar el trauma. Esto mantiene el número de "repeticiones" a un nivel manejable.
- Estar «en guardia» lleva consigo poder reaccionar rápidamente si ocurriera otra crisis. Esto puede dar la energía necesaria para seguir adelante.

Motivos Físicos

- Los recuerdos vívidos de lo sucedido mantienen los niveles de adrenalina elevados y uno se siente tenso, irritable e incapaz de relajarse o de dormir bien.
- El hipocampo es la parte del cerebro que procesa la memoria. En el TEPT, los niveles elevados de las hormonas de estrés, como la adrenalina, pueden detener el procesamiento de los recuerdos del suceso, produciendo flashbacks y pesadillas de forma continuada.

Sobreviviendo al TEPT

Trate de volver a su rutina habitual. Hable acerca de lo sucedido con alguien de su confianza, haga ejercicios de relajación, coma con regularidad y pase tiempo con familiares y amigos. Trate de volver al lugar donde ocurrió el hecho traumático. Tenga cuidado conduciendo – tiene más probabilidad de tener un accidente mientras se siente así-. Hable con su médico y mantenga la esperanza.

No sea duro consigo mismo ni espere demasiado de sí mismo. Los síntomas del TEPT no son un signo de debilidad. Son una reacción normal de la gente normal a experiencias terribles. No evite a otras personas, no beba o fume mucho y no se salte comidas u horas de sueño.

¿Qué puede ayudar?

Psicoterapia- Al recordar el acontecimiento, analizarlo y darle sentido, su mente puede hacer su trabajo normal de almacenamiento de los recuerdos y puede pasar a afrontar cosas nuevas.

La terapia cognitiva conductual (TCC)- La TCC le ayuda a pensar de forma diferente acerca de sus recuerdos, de modo que se vuelven menos angustiosos y más manejables. Por lo general, implica relajación para ayudarle a tolerar la molestia derivada de recordar los hechos traumáticos.

Desensibilización y reproceso por el movimiento de los ojos (DRMO)- Utiliza los movimientos oculares para ayudar al cerebro a procesar los flashbacks y dar sentido a la experiencia traumática.

Hablando con un grupo de personas que han pasado por lo mismo o por acontecimientos traumáticos similares.

Terapia de grupo- Esto puede ayudarle a sentirse menos solo y aislado.

Medicación- Los antidepresivos reducen la intensidad de los síntomas de TEPT y alivian cualquier síntoma depresivo. Si los antidepresivos son eficaces, se debe continuar con ellos durante aproximadamente 12 meses antes de reducirlos lentamente. Si está tan triste que no puede dormir o pensar claramente, puede que necesite medicación ansiolítica, aunque no por más de 10 días.

Terapias centradas en el cuerpo tales como la fisioterapia y osteopatía, masajes, acupuntura, reflexología, yoga, meditación y Tai Chi. Estos pueden ayudar a controlar la angustia y reducir la sensación de estar "en guardia" todo el tiempo.

¿Qué tratamiento funciona?

La TCC, el método DRMO y los antidepresivos parecen ser lo más útil. La evidencia para otras formas de psicoterapia o de counselling es mucho más débil. Las psicoterapias centradas en el trauma (TCC o DRMO) se deben ofrecer, por lo general, antes de la medicación.

¿Cómo sé cuando he superado una experiencia traumática?

Cuando usted puede:

- Pensar en el suceso sin angustiarse
- No sentirse constantemente amenazado
- No pensar en ello en momentos inapropiados

¿Cómo puedo ayudar a alguien que tiene TEPT?

Recuerde que las personas que sufren TEPT están irritables y nerviosas porque, en cierto modo, parte de ellos está aún en la situación traumática. Deles tiempo para hablar de lo que pasó. Haga preguntas generales y no les interrumpa ni les hable de sus propias experiencias.

Producido por el Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Editor: Dr Philip Timms. Actualizado: Diciembre 2008. Traducido en Septiembre 2010 por la Dra. Nelida Parga. Revisión a cargo de la Dra. Carmen Pinto.

© 2010 Royal College of Psychiatrists. Este folleto se puede descargar, imprimir, fotocopiar y se distribuye gratuitamente, siempre y cuando el Royal College of Psychiatrists esté debidamente nombrado y sin ánimo de lucro. Debe obtenerse permiso para reproducirlo de cualquier otra forma del Jefe de Publicaciones. El Royal College of Psychiatrists no permite que aparezcan de sus folletos en otros sitios web, pero permite que se hagan vínculos directos.

Para obtener un catálogo de materiales de educación pública o copias de nuestros folletos, póngase en contacto con: [Leaflets Department](#), The Royal College of Psychiatrists, 17 Belgrave Square, London SW1X. Número de registro de la organización: 228636

Traducciones

1. Introduction

Nowadays, multiculturalism is a characteristic that can be found in different countries. The presence of this concept partly arises as a consequence of migratory movements. Its presence implies that people with diverse cultures and languages coexist in the same territory. The difficulty of access to services and linguistic and cultural barriers are among the problems that the immigrant population that does not master the official language or the most widely spoken language in the countries of arrival encounter.

It is essential that host countries implement initiatives that guarantee an equality with regards to the access to services and to promote the integration of these people. In populations as multicultural as the ones present in Australia and Spain, solutions can and should be sought to meet the needs of the entire immigrant population, whose characteristics are very varied.

In order to eliminate these linguistic and cultural barriers, translation and interpreting services should be provided, and there should be intercultural mediators, especially when the cultural difference is significant. The work of interpreters, translators and intercultural mediators is essential in collaboration with the professionals that work in different settings. These activities can occur in a variety of contexts and situations, for example in the public service setting.

Public Service Interpreting and Translation (PSIT) is a relatively recent field, in which interpreters and translators intervene to facilitate communication between immigrants and public service professionals. The contexts in which this profession can be practised are also varied. Schools, police stations, and hospitals, among others, may need these services.

It could not be stated that the origin and evolution of this field has occurred in the same way in each country, since the characteristics of each one of them in relation to immigration are also different. Consequently, the current panorama of this profession is varied.

Several settings can be distinguished within the PSIT field, and the main ones are the healthcare setting and the legal setting. If each of these is compared, it can be pointed out that not only does the terminology, among other aspects, vary, but there are also differences regarding the professionalisation and recognition of the professionals who interpret or translate in these contexts.

In healthcare settings, different areas of specialisation could be identified. In this way, the area of mental health can be highlighted, especially with regard to interpreting.

1.1. Justification

In Spain, the field of translation and interpreting in healthcare settings is not currently regularised. Ad hoc solutions seem to be frequent. Relatives and unqualified people take care of the interpretation tasks. It could be deduced that in the mental health area, the situation is the same.

Furthermore, research in the field of PSIT in Spain is remarkable. Research groups oriented to this field, such as *Red COMUNICA*, have been created (Valero-Garcés, & Lázaro Gutiérrez, 2016). A large number of articles have been published on interpreting and translation in the healthcare setting, especially in comparison with the ones related to the area of mental health.

Several articles with content that includes the topic of mental health and interpreting can be found. In general, a larger amount of resources and articles written in English than in Spanish can be observed. In Spanish, some of them seem to be focused on the possible emotional impact on interpreters, which is, no doubt, a very relevant topic in this context as well.

Echaury Galván has published several articles on translation in relation to the area of mental health, and they deserve to be mentioned. This author has carried out research on the translation of texts related to mental health, written in English and translated for people with Spanish as their mother tongue, and who reside in the United States (Echaury Galván, 2014; 2018). These articles defend the importance of taking into consideration and linguistically and culturally adapting these resources to the target users in order to meet their needs correctly.

Regarding the healthcare setting and translation, some articles have been published presenting the results of analyses of medical brochures, written in English and in Spanish; and also discussing the translations into Spanish of some texts in English of the same type. These are: the works of Mayor Serrano (2005) and Faya Ornia (2015a, 2015b). Although this type of texts is not focused on the area of mental health, these articles have partly served as an inspiration for some sections of this project.

One of the reasons why the topic of mental health interpreting has been addressed in this project is the fact that there seems to be a difference between different countries regarding the recognition and the importance of this specific type of interpreting. The amount of results found in Spanish are significantly lower than those found in English.

Lastly, another aspect that has prompted the choice of this topic, namely, mental health related-care for immigrants, should be explained. This is the importance of mental health in achieving a better social integration of these communities. The concept of mental health is considered by the World Health Organization as '*un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad*' ['a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community' (direct quotation retrieved from the same website)] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

It could be considered that when a person has mental health problems, such as mental illnesses or disorders, this person encounters more difficulties in making this contribution, among other issues. This situation could be worse for immigrants who also encounter linguistic and cultural barriers. These complicate the access to the services that may be available in the country of arrival to face these problems. Therefore, in this context, interpreting and translation may be considered vital.

This profession is necessary from two points of view in particular. On the one hand, it can facilitate the communication between users or people from these minority communities and mental health professionals, such as psychologists, who personally and directly respond to the needs of the patients who need it. On the other, providing correct psychological assistance to these communities will probably have an influence on their integration into society. It should be mentioned that the stigma that still exists regarding the mental health problems that a large number of people around the world suffer, should be dealt with. Unfortunately, the discrimination that the immigrant population may suffer can be intensified if these issues are taken into consideration.

For all these reasons, this project addresses the importance of adequately assisting the immigrant population in relation to mental health issues. In many occasions, this entails the presence of translation and interpreting professionals who have the required competences.

1.2. Objectives

The main objective of this project is to make a research contribution to the field of PSIT, and, in particular, to present a series of existing resources in different countries, and to generally provide information about mental health topics.

It was decided to investigate several issues in this context in two countries, Australia and Spain. In addition, these issues will be compared between these countries. The reason why these two countries have been chosen is based on their similarity but above all on their differences in relation to the professionalisation of interpreting and translation. Both countries have a population characterised by a diversity of cultures and languages, and therefore, both share the need for language services in this context. In Spain, the start of this profession is more recent. To a large extent, Australia may be considered to be a good example due to the evolution that the field of translation and interpreting has had. However, there are certain problems that need to be addressed and improved in both countries, especially in the mental health area.

The issues that are examined can be divided into two sections. These are: a section related to interpreting, and another related to translation. These sections represent two of the main objectives of the project as well.

Regarding mental health interpreting, it would have been interesting to find out how interpreters work in this context, but it has not been possible to carry out research on it. One of the objectives is to show, or at least raise awareness of the importance of training interpreters in this context. This is due to the factors that should be taken into account and that may not be present in other contexts. The necessary collaboration between both professionals, mental health professionals and interpreters, is also defended. These healthcare workers should have intercultural skills, on account of the negative consequences that could occur.

Additionally, it will be relevant to describe the current situation of both countries in terms of the existing resources oriented to psychologically assist the immigrant population. An investigation of the projects, strategies and initiatives that have been developed in the two countries will lead to an exposition of the resources that are already underway and to find out what could be improved.

Regarding translation, several mental health brochures written in English and in Spanish will be analysed. The most frequent text-external and text-internal aspects of this type of texts will be determined. For example, these are the structure, register and/or other linguistic elements. If these are compared with the analyses carried out by other authors, similarities and differences will be established. It will be useful to also indicate the terminology that can be found in these texts, and their content in general.

The different types, textual functions and purpose of the analysed documents, especially the brochures whose texts are translations of others, will be discussed. These brochures will also illustrate the different ways in which a text can be translated. It will be indicated that some are more appropriate than others, and some examples will demonstrate the different competencies that translators must have, indicating, therefore, the importance of having qualified professionals.

Additionally, due to the fact that these brochures are to a great extent reader-oriented, the influence of these participants, the receivers, on the writing and production of the texts, both the source texts and the translations, will be highlighted. The factors related to the participants that translators should take into consideration will be specified. Lastly, terminology resources will be searched on. These tools can be very useful for translators.

The sections into which this project is divided address to some extent the issues mentioned above. Before focusing on the main objectives, it was considered appropriate to give a brief overview of the field of public service translation and interpreting, and to then present the current situation of this field in Australia, on one side, and on the other, in Spain (2.1. Public Service Translation and Interpreting).

Next, specific aspects that affect interpreting in the context of mental health will be specified (3. Mental health interpreting). The following section will focus on the prevalence of mental health problems, and in particular it will be discussed whether the immigrant population

is at greater or lesser risk of suffering mental illnesses or disorders (4. Mental health and immigration).

Before discussing the results of the investigation of interpreting and translation in this field, a brief description of some relevant aspects of the countries addressed in this project will be provided (5. Panorama). First, a section about the cultural diversity that exists in each country is included. Some aspects such as immigration and policies or initiatives oriented to multiculturalism are discussed in that section. In the second section, the main characteristics of each country regarding their health systems and mental health, such as available services and the prevalence of problems that negatively affect the mental health of the population will be indicated in a non-detailed manner.

Section 6 (Comparison of care provided to immigrant population regarding mental health) and 8 (Analysis) are the main sections of the project. They are the result of two investigations. In the first one, several searches have been carried out to find the main initiatives developed by organisations and governments in each country, which were related to the provision of interpreting and translation services, and psychological assistance to immigrants, such as refugees and asylum seekers.

In the following section (8. Analysis) theories and articles that have influenced the analysis of the brochures are presented first. Then, 11 mental health brochures were examined, describing in each of them some linguistic elements and other aspects related to the structure, the format and the participants involved. The six analysed translations were compared with the source texts to determine the adequacy of the translations. Lastly, the most relevant and characteristic findings present in these type of brochures were discussed.

Finally, as a necessary part of any research project, a description of how the project was carried out is presented (7. Methodology). In particular, the process of searching for the mental health-related brochures that were chosen and analysed is discussed.

7. Methodology

The objective of this project is to compare the assistance received by groups of people with diverse languages and cultures residing in Spain and in Australia, regarding services and resources available to respond to the needs they may have in the area of mental health, and with special attention to interpreting and translation. In the previous section (6. Comparison of care provided to immigrant population regarding mental health), some of the interpreting services aimed at immigrants that exist in these countries were already discussed. Some documents will be analysed in the next section (8. Analysis). These are brochures with content related to mental health.

Research and published articles that include analyses of mental health brochures do not appear to be common, if the ones published before this project and written in English or Spanish are taken into account. Nevertheless, some authors have examined medical brochures written in English and in Spanish, such as Mayor Serrano (2005) and Faya Ornia (2015a, 2015b), and articles related to mental health can be found, such as the one published by Acosta Artiles and Bolaños Medina (2017). The articles of the first two authors are relevant because of the influence they have had on the next section (8. Analysis).

Before analysing the brochures, it will be convenient to discuss how the search and selection process of these has been. The previous comparison of the available resources in the two countries addressed in this project has been very useful for finding documents with information on mental health both in the official languages of the two countries and in other languages in the translations of these documents. It should be mentioned that in the case of Australia, finding these brochures, specially their corresponding translations, has been easier.

The websites of Transcultural Mental Health Centre (<https://www.dhi.health.nsw.gov.au/transcultural-mental-health-centre>) and Embrace

Multicultural Mental Health (<https://embracementalhealth.org.au/>) were searched on. In the first one, about 40 documents related to mental health and in English were found, accompanied by their corresponding translations into Spanish. In the second one, 10 documents related to the same field and in Spanish were found. These resources are translations of English texts, also available in the website. Health Translations is another resource initiated in Australia that was consulted. As it was previously mentioned, this is a directory that contains healthcare documents and is managed by the Centre for Culture, Ethnicity & Health (CEH, 2020a). There are many documents available in Spanish related to mental health, in particular about 60 were found (State of Victoria, 2018).

Among these, three have been chosen: ‘Depression - how medicine can help’ (Brochure 1), ‘What is a depressive disorder’ (Brochure 7), and ‘What is an anxiety disorder’ (Brochure 9). Their translations into Spanish were also found in this directory. These are: ‘*DEPRESIÓN - ¿Cómo pueden ayudar los medicamentos?*’ (Brochure 2), ‘*¿Qué es un trastorno depresivo?*’ (Brochure 8), and ‘*¿Qué es un trastorno de ansiedad?*’ (Brochure 10).

Regarding brochures 1 and 2, the organisation Transcultural Mental Health Centre appears as the one in charge of producing both (State of Victoria, 2019a). The selection of this document and its translation is founded on the relevance of the illness and antidepressant medicines in Australia. This was discussed in section 5.1.2. (Health system and mental health). Furthermore, this decision is based on the information it contains, as it will be valuable for the analysis of this text. The organisation EMBRACE Multicultural Mental Health (MHA) appears as the one in charge of brochures 7 and 8 and brochures 9 and 10 (State of Victoria, 2019b; 2019c).

Regarding the mental health documents produced in Spain, the organisations previously discussed (6. Comparison of care provided to immigrant population regarding mental health), do not provide resources, at least in their websites, in this context, on mental health or in different languages. It is worth noting that some services, such as the *Servicio Andaluz de Salud* [Health Service of *Andalucía*], have documents related to this field, written in Spanish (Servicio Andaluz de Salud, 2019b). Even though translations of these documents into English are not provided, it can be interesting to mention their process of production.

A series of self-help guides related to depression and anxiety is offered (Servicio Andaluz de Salud, 2019a). The professionals in charge had other documents in English, and therefore, they had to translate, and to review several times ‘*para detectar posibles áreas de conflicto en la adaptación al contexto español*’ [in order to detect possible areas of conflict in the adaptation to the Spanish context] and to ‘*mejorar la comprensibilidad y adaptación cultural*’ [improve comprehensibility and cultural adaptation] (Servicio Andaluz de Salud, 2019a).

It was not possible to get brochures with translations into English related to this field. Therefore, other resources were searched for. The *Centro de Recursos IEC para población inmigrante* (Immigration Health Information, Education and Communication Resource Center, in English) (<http://www.riec.es/>) was found. As the name implies, a list of resources on different topics and in several languages is provided. Some of the brochures chosen for the analysis were found in this web page. These are: ‘*Adolescencia y alimentación: para adolescentes*’ (Brochure 3) and ‘*Adolescencia y alimentación: para padres y madres*’ (Brochure 4); and their corresponding translations into English, ‘Adolescence and feeding: for adolescents’ (Brochure 5), and ‘Adolescence and feeding: for parents’ (Brochure 6). Although it is true that a great number of documents are included in the list of resources, their production date does not appear to be very recent, at least in the case of the ones that deal with mental health topics. Either way, this is a useful resource as the translations made several years ago can be accessed and assessed. To some extent, this has been what has influenced the selection of the documents.

It was considered necessary to add more documents that were produced in Spain and that dealt with topics related to mental health. Relevant websites of societies, confederations and associations from this country and related to this area were accessed. Specifically, in the websites of the *Confederación SALUD MENTAL España* [Mental Health Spain Confederation] (<https://consaludmental.org/>) and of the *Sociedad Española de Psiquiatría* [Spanish Society of Psychiatry] (<http://www.sepsiq.org/>) documents were searched for. In this last one, several brochures produced in collaboration with the Royal College of Psychiatrists, from the United Kingdom (SEP, s.f.) were found. One of these was chosen for the analysis. This is: ‘*Trastorno por estrés postraumático (TEPT)*’ (Brochure 11). This brochure is a translation of another text written in English. For the purpose of discussing certain aspects of the text in Spanish, the original information will be consulted. This can be found on the website of the Royal College of Psychiatrists (<https://www.rcpsych.ac.uk/>) (Royal College of Psychiatrists, 2020b).

The analysis of the brochures (1-11) follows a structure, and it is based on several theories and previous investigations, similar, in a way, to the one carried out in this project. These are essentially some translation theories, supported by important figures such as Christiane Nord, and the articles of Mayor Serrano (2005) and Faya Ornia (2015a, 2015b).

It was considered convenient to investigate and determine first which theories would be the most appropriate ones to base the analysis on and to specify the purpose and the factors included in it. Some of the objectives are to identify the functions of the texts, to determine if the receiver has been taken into account in the translations, and to compare the source texts with the target texts. In addition, other publications that discussed text analysis in similar settings were searched for. Aside from the articles of Mayor Serrano (2005) and Faya Ornia (2015a, 2015b), it is worth mentioning that other relevant articles were found, like for example the one published by Acosta Artiles and Bolaños Medina (2017) that deals with the issue of lexical anglicisms in articles on mental health topics (Acosta Artiles, & Bolaños Medina, 2017).

Lastly, some documents and websites have been consulted, and they have been used as terminology resources, for a terminology comparison between some source texts and their corresponding translations, for example in the analysis of the brochures 1 and 2, 3 and 5, 4 and 6, 7 and 8, and the brochures 9 and 10.

The terminology resource TERMCAT (<https://www.termcat.cat/es/cercaterm>) offers terms related to different subject areas in different languages. The website <https://www.vademecum.es/> provides a significant amount of information in Spanish on medications, such as types, active ingredients, and brand names available in Spain. Moreover, equivalent brand names that exist in different countries are provided.

Two more resources have been used, due to their considered value for the terminology. These are the diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, and the International Classification of Diseases (ICD), or *Clasificación Internacional de Enfermedades* in Spanish. In both, lots of terms frequently used in the mental health field, and their definitions in some occasions, can be searched for. They have been used for the analysis of the brochures 9 and 11.

The classification ICD, or *CIE* in Spanish, has been consulted on one of the websites of the WHO (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>), and in Spanish, in the web page of the *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* [Ministry of Health, Consumer Affairs and Social Welfare] (<https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabusador.html#>). The latest electronic versions available, of 2019 and 2020, have been accessed.

In the case of the DSM-IV-TR, this document has not been accessed as such. The terms, mentioned in the analysis of a brochure (8) in section 8.5. (What is a depressive disorder, What is an anxiety disorder, and *Trastorno por estrés postraumático [TEPT]*), that appear in this manual have been found in another document, in: *Guía de práctica clínica de los trastornos*

depresivos, where the manual is cited as a source. This was published in 2002 (Martín García-Sancho et al., 2009).

9. Conclusions

The multiculturalism that is so frequently found around the world, brings a coexistence of people with different cultures and languages. This, as a consequence, can lead to situations of discrimination, unfortunately. On the contrary, the concept of interculturalism can also be found in multicultural communities. That is, positive relationships between people with different cultures, in which that diversity is respected, can be established.

In many occasions, the immigrant population that arrives to a country that is very different to his/her own country regarding language and culture, can encounter some difficulties as a result of these differences, and therefore, the interaction with the rest of people is affected in a negative way. These linguistic and cultural barriers can arise in different contexts, for example in the educational context or the judicial context.

Although it is true that in every setting, the communication between different people is fundamental in order to assist and to be cared for properly, this importance is significantly defended in healthcare settings, and in particular in the area of mental health. Communication between health professionals and patients should be effective. If communicative problems arise, the consequences are considerable and they could for example entail errors in diagnoses and in proposed treatments to be made.

These problems in communication can be due to certain aspects, such as the difference between languages and cultures. The work of an interpreter in these situations can eliminate these barriers. It is also relevant to point out that it is easier to transmit thoughts and emotions in a mother tongue than in a second or third language, especially if the communication is also affected by other matters, such as the state of the patient or if he/she has a language disorder.

There is no doubt that problems that have a negative impact on mental health can affect anyone, in any part of the world. This project is especially focused on the mental health of immigrants. As a consequence of the resettlement and journey to another country, these people can experience traumatic events, or suffer problems such as anxiety, among others. Even though several studies have been carried out with the purpose of comparing the health of the immigrant population with the health of the citizens of the same country, some limitations were found in them. Therefore, even though some have found a greater prevalence of these problems in immigrants, a conclusive statement cannot be made.

Generalisations in this and other contexts are not recommended. On the one hand, in the group considered as 'immigrant', people with a significant diversity regarding place of origin and mother tongue are included in it. It would also be a mistake to put students and refugees together on the same group, as students probably have significant resources. Thus, it was decided to specify that in this project, the word 'immigrant' especially refers to people who are in a more vulnerable situation, such as asylum seekers and refugees.

Australia and Spain were the countries chosen to be addressed and compared in the project. In both, an awareness regarding the need for assisting immigrants in the context of mental health has been found. The importance of having qualified interpreters in this setting is stated in different resources produced in each of these two countries. The development of several organisations and projects seems to indicate the recognition of many of the work of interpreters, together with intercultural mediators and translators.

However, the real situation may greatly differ from what can be defended in a written text. Among the findings, a series of positive aspects and other issues that each country could improve can be pointed out. Regarding the field of public service interpreting and translation, significant differences are found.

Before this is addressed, it would be appropriate to mention other differences that have an influence on what is considered as the current situation of the PSIT in each country. On the one side, the origin of this field did not occur in the same years. In Australia, in the mid-20th century and especially in the 1970s translation and interpreting services started to be developed. In Spain, this date could be determined to be in the 1980s, when the number of immigrants who arrived to the country increased considerably. On the other, the population that currently resides in Australia is estimated at around 25 million of people, and out of them 7 million come from different countries, while in Spain the population is 47 million people, and the documented immigrant population is 5 million people, up to the date of writing this project.

Regarding translation and interpreting, in Australia there is a translating and interpreting service known as TIS National, that offers these services in a large number of languages and it facilitates the communication between different communities in a variety of settings. The service operates in different parts of the country, but some states also propose their own interpretation services. Additionally, there is a national system of accreditation for these professionals, and the responsible organisation is NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters).

Professional translators and interpreters must abide by a code of ethics, and they must possess certain skills. These issues are intended to enable these professionals to provide quality services, paying attention to aspects such as confidentiality, language competence and intercultural competence. Even though the evolution that this profession has had is generally remarkable, the existence of some problems have recently been uncovered. These are: the conditions and pay rates are worse, and it has been determined that these professionals should have more knowledge regarding medical terminology, and recommendations to solve this have been done.

In Spain, this professionalisation has not been achieved yet. It is frequent to find relatives and unqualified people acting as interpreters in different situations, in healthcare settings among them. There is not an accreditation system, as is the case in Australia. Nevertheless, more options regarding the training of interpreters and translators in the context of public services are being found, and research in this field should also be mentioned.

Even though an interpreting service as TIS National is not available, some companies offer these services in different regions of the country. In healthcare settings professionals can use these and other telephone interpreting services.

In the area of mental health, both countries offer resources related to translation and interpreting directed at people with mother tongues different to the official languages of these two countries in each case. The distribution of information in several languages and certain interpreting services are included among these resources.

In Australia, people who do not speak English but who need to contact some of the available lifelines, they can do that by contacting TIS National. In crisis situations, these lines are very valuable and the possibility of accessing them seems to be quite significant.

The development of policies and organisations focused on and created for the multiculturalism that characterises this country could be considered one of the most relevant aspects. The recognition of different cultures and languages present in a country can considerably influence the establishment of others. That is, there are organisations not only dedicated to the multicultural society, but others have been created with more specific purposes. Among them, the ones oriented to meet the needs of different communities installed in the country in terms of mental health can be found.

Some organisations (Embrace Multicultural Mental Health, and Centre for Culture, Ethnicity & Health) provide resources and information related to mental health, for example through lists of resources. They also offer information on how to work with interpreters and on translation in general. They both offer services and collaborate with organisations or

companies, to help these improve the assistance they provide to communities with different cultures.

Other organisations focused on people who require psychological assistance (FASSTT) and state governments, like the one of Queensland, defend the importance of having professional interpreters. Lastly, in this country some courses directed at interpreters that want to keep training especially in the area of mental health are organised.

In Spain, the most relevant and interesting initiatives regarding the attention to the needs of the immigrant population belong to the projects developed by different organisations. In some of the discussed ones, such as *Red Acoge* and *CEAR*, the resources they provide are related to reception, assistance and psychological and social care, and in some of their projects translating and interpreting services are included. In particular, around 30% of the actions of the interpreting service of *CEAR* in 2019 were related to psychological assistance.

In addition, the actions that these organisations perform are important because the integration into society of the people they attend to is included among their objectives. As it was discussed in the introduction of this project, this integration could also be beneficial for the people who suffer mental health-related problems.

Over the last decade, documents have been produced and published oriented to the needs of the population in the area of mental health. In one of these documents, a guide published by the *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad* [Ministry of Health, Social Policy and Equality], the usefulness of having interpreters, mediators and translators in this context was defended. In another guide that was mentioned, published in one of the autonomous communities, it was stated that mental health professionals should have an intercultural competence, and the use of mediators was supported. Lastly, it should be mentioned that in the mental health plan of the *Comunidad de Madrid* [autonomous community of Madrid], one of the proposed objectives is the improvement of the telephone interpreting service available in the community.

To conclude, several issues can be discussed regarding the psychological assistance to immigrants. One of the key factors that occurs in both countries is that awareness of the importance of meeting the needs of the different communities. The initiatives, projects and documents that have been found are a positive sign of the will to meet these needs. However, an improvement should occur in both countries. It is not enough to defend these issues, such as the importance of having qualified professionals in these contexts. That is, more resources that guarantee quality care should be developed. It is clear that the spreading of these ideas and the recognition that it implies, are positive aspects. In particular, as it has been documented in other works, healthcare workers should consider the benefits of the work that interpreters do, and the importance of collaborating with them.

A crucial topic, especially in the case of Spain, is the regularisation and professionalisation of interpreters and translators, in public service settings. When this is achieved, the quality of the provided services will probably be guaranteed. Even though this is important, this matter may not solve all the problems that may occur. The case of Australia is a good example of this.

In the area of mental health, one of the essential aspects that the interpreter must master is the terminology. In Australia, for example, there is a need for the improvement of the training of interpreters regarding the terminology used in healthcare settings.

As it has been proven, communication in the area of mental health is very important. On-site interpreting is the preferable and more advisable type of interpreting in this context. Nevertheless, telephone interpreting is also useful for people who need to communicate.

Patients or users and professionals of different specialities can also communicate in a written way. It has been decided to examine one of the types of text that can be found in this context. This is the 'mental health brochure'. 11 brochures (Brochures 1-11) related to mental

health have been chosen to be analysed and compared, and to finally determine the most frequent characteristics of this type of documents. Some were produced in Australia, and others in Spain. Six of these brochures (Brochures 2, 5, 6, 8, 10, 11) are translations of others, and they were also chosen to discuss aspects related to translation. The languages these resources were written in are English and Spanish.

These brochures are used to illustrate the way in which different factors influence the final result, that is, both in the source text and in the translation. These are focused on the users or receivers. It could be concluded in all the cases that these are people interested in or affected by the issues addressed in each brochure, such as patients or relatives. It is relevant to make a distinction between these texts and other texts more specialised directed at other type of readers, like healthcare workers. This difference can be observed in all the texts, as in all of them it is possible to determine one way or another to whom they are addressed. For example, in the title of brochures 3 and 4, it is specified that these documents have been produced for adolescents, and for parents, respectively.

In addition, on the basis of the content, the used terminology and the way the text is written in general, it is indicated that the readers do not have to be experts on the topic to be able to understand and use the text. Among the analysed brochures a variety can be observed with regard to the content and the specialised language. In some of the brochures (Brochure 11, 1 and 2) some terms are included and they are explained and clarified for the reader, and in others (Brochures 3 and 4) there are not any words or expressions that may cause problems of comprehension for the readers. The brochures provide information on different topics, such as depression (Brochures 1 and 2, 7 and 8), anxiety (Brochures 9 and 10), the prevention of eating disorders (Brochures 3-6), and post-traumatic stress disorder (Brochure 11).

If all the brochures are compared, differences regarding format and macrostructure, and their year of publication can be observed. Some brochures (Brochures 3-6) were produced following one of the most characteristic models of this type of text: the tryptic format. Additionally, nothing can be highlighted regarding the general format of the brochure 11. The extension also varies.

The year in which each brochure was published is one of the elements that could not be confirmed in many cases. In most of the brochures (Brochures 1, 2, 4, 5, 6, 7 and 9) a date related to this was not provided. In the web pages and lists where these resources were found, some dates were indicated (State of Victoria, 2019a; 2019b; 2019c; EASP, 2008a; 2008b), but it was not clear if these referred to the years of publication, revision or production. In any case, the dates that can be found indicate that the analysed brochures are not recent. At least, many brochures do not seem to have been modified in the last decade.

Some of the included sections, or in general the content present inside of them, are similar if the different brochures are compared. For example, with regard to the mental health issues addressed in these texts, a series of symptoms are provided in brochures 1, 2 and 11, in brochures 1, 2, 7, 8, 9, 10 and 11, some of the available treatments are exposed, and several types of disorders (Brochures 7-10) and antidepressant medicines (Brochures 1 and 2) are also briefly described.

One of the characteristics that have been found to a large extent in all the brochures are similar text functions. These texts are mainly informative, and an appellative function can also be found in some of them. As a consequence, some resources are frequently used, and these are recommendations and instructions, and explanations of terms through definitions and brief clarifications. Regarding linguistic elements, the use of the imperative in sentences is frequently observed in the brochures.

Among the involved participants of the texts, different senders can be found such as organisations (Brochures 1, 2, 7-10) and departments of the government of an autonomous community in the case of Spain (Brochure 3-6). In one of the documents, the responsible person

for the translation is specified (Brochure 11) but in the majority of them (Brochures 2, 5, 6, 8 and 10) this information is unknown.

Regarding the translations, translators have sometimes opted for literal translations, and others have made more appropriate translations. These brochures can illustrate the influence and the importance of taking into consideration the possible reader of the texts when translating, and writing the source text.

In the case of the literal translation, this is present in brochures 5 and 6. After examining these texts, it can be deduced that the translator or translators did not have the necessary skills to translate these texts, when they had to do it. The translations of some sentences indicate a lack of language competence in English and a lack of expertise in terms of how to transmit messages from one language to another. For example, this can be observed in the translation of some informal expressions, for which a literal translation causes a lack of understanding of the message that the sender of the source text wanted to transmit to the readers.

Taking into account the linguistic systems of each language and the country of origin of the receivers of the texts does not mean that the content should be adapted completely. Brochure 1 contains information about the different types of antidepressant medicines, and their names and several brand names are included in it. In brochure 2, which is the translated version into Spanish, it was decided not to adapt these brands to the ones that could be their equivalent brand names in other countries. This is the appropriate decision, due to the fact that the brochures are directed at people who reside in Australia.

The relevance of taking into consideration different factors in the process of translating is once again demonstrated. Even though it could be considered that the translation present in brochure 2 is quite adequate, there are also some inconsistencies in the translation of some abbreviations. Some are adapted to the term used in Spanish and others are the same as the ones used in the source text in English.

Examples of how useful some of the terminology resources that are available in different websites are, are included in these analyses. Two of the ones used in this project could be mentioned. These are: the diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, and the International Classification of Diseases (ICD), or *Clasificación Internacional de Enfermedades* in Spanish. The World Health Organization has a web page (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) to search for terms in Spanish and in English that appear in this classification.

In Spain, the *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* [Ministry of Health, Consumer Affairs and Social Welfare] also makes available an electronic version in Spanish in the web page: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html#>. It is considered, then, that to consult medical terminology and, especially because of the topic addressed in this paper, terms related to the area of mental health, these resources are valuable for the translators that work with texts in these settings, especially when these are specialised.

It should be mentioned that the resource of the WHO offers definitions of the terms they provide in English and in Spanish, and that are included in this classification. Terms related to both mental disorders and diseases of the nervous system and the digestive system can be found there.

In some of the analysed brochures two sections that are included should be discussed. In brochure 1, for example, it is specified that only general information is provided. It could be concluded that this is true for all 'mental health brochures'. Several of them contain sentences that indicate readers that they should consult a professional to obtain more information. Additionally, in most of the brochures written in Australia (Brochures 1, 2, 8 and 10) there are references to the translating and interpreting service TIS National.

Due to the situation of the field of translation and interpreting in Spain, and above all because of the years in which these brochures were published in this country, it would not be strange to conclude that in these brochures this information is not included.

With these analyses, the objectives presented in the introduction regarding these topics have been achieved.

It should not be considered that the characteristics found in the brochures must appear in all the brochures of the same type. Generalisations should not be made. Solely 11 brochures have been analysed in total, with six of them (Brochures 2, 5, 6, 8, 10, 11) being translations of others. Moreover, the countries where these texts were published in are only Australia and Spain.

These are some of the limitations of the project. The amount of selected brochures is limited, as it is the place they were written in. The conclusions of the analyses should, thus, correspond only to these texts. A more firmly conclusion regarding some issues could be drawn if a comparison and analysis of a significant number of mental health brochures was carried out.

Additionally, the lack of information regarding the selected brochures has prevented the comparison of other aspects. For example, the exact date the documents were written could not be confirmed, and which groups of population the translations were addressed to could not be confirmed either. The language is the only aspect that was known for sure, even though more specific information about it could not be established, such as the variety that was intended to be used in the texts.

As for the comparison between these two countries in relation to the psychological care for immigrants, this is not exhaustive. It has not been intended to carry out a search in which all the projects, services and documents related to interpreting and translation in this context existing in each country would be found and documented. That is, it should not be considered that the only resources that exist are those mentioned here. However, the most salient and informative findings in relation to the objectives of the work have been presented. A search and presentation of all the resources found in these two countries could be made in the future.

In a similar way to the brochures, some issues have been indicated for which it has been difficult to obtain information, thus limiting the possible results presented in the project.

These are directly related to the interpreters and translators. It has been found that several organisations in Spain offer mental health resources to refugees, immigrants and asylum seekers, and that these include translation and interpreting services. It would have been interesting and relevant for the project to research and determine whether the people who perform these tasks are qualified to do so. It may be that they are mostly people without sufficient skills, or it may be that these organisations actually have professionals.

Research could be conducted on mental health interpreting in organisations dedicated to respond to the needs of the immigrant population. It would also be valuable for the research on PSIT to carry out observations and analyses of interpretations in this context. That is, to be able to know what tools interpreters use, how they deal with the complex content they may encounter, and how they collaborate with other professionals, among other issues. Due to some factors characteristic of this field, this would probably be more difficult to achieve. However, other research could rely on testimonies of interpreters working in these contexts.

Despite all these limitations and the impossibility of carrying out more exhaustive research, this Master's Degree Project has attempted to set out some issues, which may contribute to the research on interpreting and translation in the field of mental health, and in general in the field of the PSIT, and also to contribute in some way to the academic community.

The evolution of this field in Spain does not deserve to be underestimated, in the future, the issues that arise today will be resolved and improved. With this research, it has been

concluded that comparing the situation of this country with others like Australia can serve to address some issues, such as professionalisation, and can also alert of other problems that are occurring even in Australia. It is considered here that the regularisation of this profession would directly influence the field of mental health. If a national accreditation system is developed, this could have a positive impact on the recognition of this profession. In addition, attention should be paid to specialisation by field, since the diversity between fields is enormous. Even if only the medical field is considered, a large number of specialities can be found.

In the field of mental health, in order to guarantee quality of care for the immigrant population, various groups of people must be taken into consideration in terms of mental health and interpreting. As the field of PSIT advances and its importance is more widely recognised, the work of interpreters in this context can also be improved. They should have the necessary skills and a certain knowledge of mental health in order to be able to achieve effective communication between the people involved.

One of the crucial issues that should be considered is the development of projects that provide psychological assistance to these groups of immigrants, and that collaborate with professional interpreters with the necessary qualities and experience. Although projects and initiatives of this type are being developed in Spain, the organisations responsible need financial assistance from other institutions.

For all these reasons, one of the most fundamental general conclusions of this Master's Degree Project is that in order to ensure that these people who live in situations of vulnerability are attended to in the most ideal and sufficient manner possible, the collaboration of everyone is required.

6. Comparison of care provided to immigrant population regarding mental health

In immigrant and refugee receiving countries such as Australia and Spain, there is a need for resources that can meet the needs of these groups. Comprehensive care is vital. A fundamental issue is mental health assistance. When there are linguistic and cultural barriers, it is essential to have professionals that facilitate the communication between healthcare workers and these people, that is, to have interpreters, translators and/or intercultural mediators. A brief presentation of the current situation regarding these issues is presented next.

6.1. Australia

In Australia, there is a variety of available services related to mental health. Some operate nationally and others are only present in one of the states or territories of the country. Recognizing the multiculturalism of the population and the needs of culturally and linguistically diverse communities, organisations dedicated to improving the health and especially the mental health of minority groups are being developed, and some states are also launching projects and initiatives to this end.

For people with mental health problems, lifelines can be very useful (Better Health Channel, 2015a). The services of Headspace and the line Lifeline offer help in this context, and non-English speaking people can access these through the translating and interpreting service TIS National, which was discussed in section 2.1. (Public Service Interpreting and Translation) (Better Health Channel, 2015b; 2015c).

The organisation Mental Health Australia has developed a project at a national level called Embrace Multicultural Mental Health with the objective of enabling communities with different languages and cultures to obtain mental health services, resources and information (Embrace Multicultural Mental Health, s.f.). Through this project a system has been implemented, whereby interested organisations can check if their services meet the needs of a multicultural population and they can receive recommendations to improve (Embrace

Multicultural Mental Health, 2020). Additionally, on their website (<https://embracemantalhealth.org.au/>) a series of documents about topics related to mental health, such as the most common disorders, are available in a variety of languages, with Spanish among them.

With a similar objective, Centre for Culture, Ethnicity & Health is dedicated to train organisations on cultural aspects, so that they can better communicate with different communities, for example with refugees; and they also provide information on language services, in particular on interpreting and translation (Centre for Culture, Ethnicity & Health [CEH], 2020b). This centre started in the state of Victoria at the end of the past century (CEH, 2020c).

Regarding these services, very informative documents on how to work with interpreters are provided, mentioning the importance of good organisation before and during the discussion, and of knowing certain relevant aspects so that the communication between the involved people is as effective and appropriate as possible (CEH, 2014a). Having a conversation with the interpreter at the end is recommended, especially if controversial or emotional topics have been dealt with (CEH, 2014b). Regarding translation, a directory, Health Translations, with resources of the mental health field available in different languages is managed, and it is supported by the Government of Victoria (CEH, 2020a).

Lists and information for people who want to find bilingual professionals, for example psychologists and psychiatrists, are provided (CEH, 2019). This is also provided by another organisation from the same state, which is Victorian Transcultural Mental Health (Victorian Transcultural Mental Health [VTMH], 2014). This organisation also works with organisations to ensure equality in regard to the access to mental health services and to improve the wellbeing of different communities, giving emphasis to the relevant role of culture in this context (VTMH, 2018).

In the state of New South Wales (NSW), there is a service called NSW Multicultural Health Communication Service (MHCS) (<https://www.mhcs.health.nsw.gov.au/>). It ensures that healthcare services and programs can establish an appropriate communication with people with different cultures and languages, and it provides information about health in different languages (NSW Government, 2019a). They work with other services such as NSW Refugee Health Service, Transcultural Mental Health Centre and Health Care Interpreter Translation Services (NSW Government, 2019a). In this state, several interpreting services in this setting are available, and these are the Health Care Interpreter Services (HCIS) (NSW Government, 2019b). Professional interpreters should be made available when the communication is crucial between patients who are not fluent in English and healthcare workers (NSW Government, 2019b). In this regard, it could be considered that in the area of mental health, having interpreters available is essential. Additionally, the New South Wales Government also has the centre Transcultural Mental Health Centre (TMHC), dedicated to the mental health and wellbeing of the multicultural and multilingual population of the state (NSW Health, 2019).

The Government of the state of Queensland has developed a strategy to respond to the health-related needs of the refugee population (State of Queensland [Queensland Health], 2017). This plan considers mental health as part of these needs, and promotes the use of professional interpreting services (State of Queensland [Queensland Health], 2017). On the other hand, the Queensland Transcultural Mental Health Centre service (<https://metrosouth.health.qld.gov.au/qtmhc>) works with people from different communities with different cultures and languages and with mental health professionals to improve the wellbeing and the care received by these groups in this area (State of Queensland [Queensland Health], 2019).

In the same state, the non-governmental organisation Multicultural Centre for Mental Health and Wellbeing (Harmony Place) has the same objective, and they provide different programs

and support to achieve it (Harmony Place, 2020a). For people who do not have English as their mother tongue, accredited interpreters can be available (Harmony Place, 2020b).

Lastly, the FASSTT (the Forum of Australian Services for Survivors of Torture and Trauma) network, which is formed by services present in each state and territory directed at refugees who have experienced traumatic events, should be mentioned (FASSTT, 2018). In the area of mental health, it is indicated that interpreters are used when it is necessary (FASSTT, 2018). In particular, this is exposed by, for example, the organisation that works in the state of Victoria, Foundation House (Victorian Foundation for Survivors of Torture), STARTTS from New South Wales, and Phoenix Centre from Tasmania (Foundation House, 2020; STARTTS, 2020; Migrant Resource Centre Tasmania, s.f.). This centre in Tasmania also manages the Tasmanian Transcultural Mental Health Network (TTMHN), which has offered interpreters training related to mental health (TTMHN, 2018). Additionally, the association ASeTTs in Western Australia gives a course on working with interpreters in this context (ASeTTs, 2019).

It can be concluded that in this country there is an awareness of the needs different communities have in healthcare settings, and in particular regarding mental health. Different organisations implement plans and services to enable an effective communication between people with different cultures and languages and professionals and other organisations in the area of mental health. They seem to be aware of the importance of using professional interpreters. Even if good practice is promoted, in reality the use of these professionals may not be very frequent. Having real data that can demonstrate this could be beneficial. Similarly, it would be relevant to learn more about the training of professional interpreters in the field of mental health.

6.2. Spain

In Spain, different organisations carry out projects related to the reception and psychosocial support directed at asylum seekers and refugees. These also provide translation and interpreting services. Some autonomous communities make services available for the population, such as telephone interpreting services in healthcare settings.

The work of *Red Acoge* in the field of mental health and the immigrant assistance they provide should be discussed. The federation *Red Acoge* started at the end of the last century, and it is formed by several organisations that can be found in different parts of the country (Red Acoge, s.f.-c; s.f.-e). Some of their objectives are the integration of the immigrant and refugee population, and the protection of their rights (Red Acoge, s.f.-e). Regarding the promotion of social integration, they take into consideration the importance of education, and in particular teaching the language or languages of the country (Red Acoge, s.f.-b). Among their actions, they also collaborate with interested companies that support the diversity and inclusion of people (Red Acoge, s.f.-d). In the area of mental health, reception and support programs for immigrants are carried out, and for example in particular they are collaborating in the development of a program directed at people who are in situations of vulnerability (Red Acoge, s.f.-a). In the case of applicants for international protection, they promote a protocol that highlights actions related not only to accommodation but also to psychosocial assistance and translation and interpreting (Red Acoge, 2019). The work of translators and interpreters is considered important to achieve an understanding between the people involved, it is also recommended to meet them before and to provide an appropriate place for the activity (Red Acoge, 2019).

Two of the organisations that are members of *Red Acoge* are *Bayt Al-Thaqafa* and *València Acull* [*Valencia Acoge*] (Red Acoge, s.f.-c). The foundation *Bayt Al-Thaqafa*, established in *Cataluña*, has implemented a program aimed at asylum seekers, and through it, assistance and psychosocial and psychiatric care are provided for them (Fundació Bayt Al-Thaqafa, 2019). For this program, the foundation collaborates with the *Parque Sanitario San*

Juan de Dios through their *Servicio de Atención a la Migración (SATMI)* [Migration Assistance Service], focused on mental health assistance (Fundació Bayt Al-Thaqafa, 2019; Parque Sanitario San Juan de Dios, 2019).

The foundation *La Merced Migraciones* has similar objectives and actions. They organise reception and support programs for immigrants and refugees (La merced migraciones, s.f.-b). Regarding mental health, they develop a project, *Recurso residencial de salud mental para personas refugiadas* [Residential mental health resource for refugees], that assists refugees and applicants for international protection that have problems in this area, offering ‘*un recurso de enfoque transcultural, psicosocial y comunitario, entendiéndolo como un recurso de recuperación, prevención de recaídas y acompañamiento especializado*’ [a resource with a transcultural, psychosocial and community approach, understood as a resource for recovery, relapse prevention and specialised support] (La merced migraciones, s.f.-d). Additionally, through some of their projects aimed at refugees, support, psychological assistance and translation and interpreting services are provided (La merced migraciones, s.f.-a; s.f.-c). Lastly, it has recently developed a guide designed to improve the care provided by healthcare workers and received by immigrants with diverse cultures (Fundación La Merced Migraciones, 2019). In it, the figure of the intercultural healthcare and social mediator is highlighted, considering it as a very valuable resource to facilitate the communication between these groups of people, and also valuing the importance of culture (Fundación La Merced Migraciones, 2019). This last point is the reason why the presence of intercultural mediators in the activities with communities with different cultures in the area of mental health should be considered.

The *Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)* [Spanish Commission for Refugees] also carries out activities of reception, support, psychological and social assistance, and of translation and interpreting, directed at refugees (Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR], s.f.-a). In 2018, 5% of the activities were related to translation and interpreting, and 37% to psychological and social activities (CEAR, s.f.-a). Regarding languages, in 2019, out of all the interpreting that was carried out, the most worked with language was Arabic (western and eastern varieties), followed by French (CEAR, s.f.-b). Regarding the different areas, 31% was the percentage of interpreting interventions in the Psychological Service (CEAR, s.f.-b).

In 2011, the *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad* [Ministry of Health, Social Policy and Equality] published a guide that could serve as a resource ‘*para que los responsables de las instituciones que atienden a las personas con problemas de salud mental pudieran autoevaluar su competencia intercultural.*’ [to enable those in charge of the institutions that care for people with mental health problems to self-evaluate their intercultural competence] (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 9). Having interpreters, translators and/or cultural mediators is recommended, as their work is considered crucial (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Linguistic barriers and a lack of understanding of non-verbal language can result in an ineffective communication between the patient and the professional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Additionally, whenever possible, on-site interpreting is preferable to telephone interpreting especially when the intervention is a psychological or psychiatric one (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). A benefit of having interpreters and/or mediators in mental health contexts is that when using his/her language, the patient can communicate better his/her thoughts and emotions, something which is definitely valuable also to the attending professional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). In this document the role of culture in healthcare settings, and especially in mental health ones, and the need to take into account this aspect in the process of getting a diagnosis are also considered (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

In *Cataluña*, a more recent document was produced with the purpose of meeting the needs of refugees in the mental health field (Direcció General de Planificació en Salut, 2016). The use of intercultural mediators is defended and training healthcare workers so they acquire an intercultural competence is recommended (Direcció General de Planificació en Salut, 2016). ‘[Una] adecuada adaptación cultural’ [appropriate cultural adaptation] is necessary in order for ‘cualquier intervención psiquiátrica o psicosocial con personas refugiadas o inmigrantes’ [any psychiatric or psychosocial intervention with refugees or immigrants] to be effective (Direcció General de Planificació en Salut, 2016, p. 15).

In this community, a telephone interpreting service is available through *061 CatSalut Respon*, through which healthcare workers and patients that need it can communicate even if they do not speak the same language (Generalitat de Catalunya, 2013). In the *Comunidad de Madrid* [autonomous community of Madrid], in the *Servicio Madrileño de Salud* [Health Service in Madrid], there is a mediation and interpreting service available in hospitals, mental health services and in different emergency departments, among others, that belong to the *Sistema Sanitario Público* [Public Health System] of the *Comunidad de Madrid* (Comunidad de Madrid, s.f.). This is a telephone interpreting service available in more than 50 languages (Comunidad de Madrid, s.f.). In addition, improving this telephone interpreting service is one of the objectives proposed in their recent mental health plan (Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud, 2018). Lastly, in *Andalucía* healthcare workers can access and use a service of ‘language translation’ available in 64 languages through *Salud Responde* (Servicio Andaluz de Salud, 2019c).

It can be seen that psychosocial assistance and different services directed at immigrants, refugees and asylum seekers in Spain are included in the projects and initiatives developed by foundations and organisations present across the country. These seek the inclusion of these groups of people in society and some of their projects are focused on mental health care. However, they depend on the help of volunteers and on achieving funding. For example, *Red Acoge* collaborates on the program *Alojamiento temporal para personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad* [Temporary accommodation for immigrants in situations of vulnerability] and has the financial support of the *Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social* [Ministry of Labour, Migrations and Social Security] (Red Acoge, s.f.-a). The implication of the Government on these matters is important. Different autonomous communities make telephone interpreting services available to healthcare workers, which is a very useful resource. Additionally, there seems to be an awareness of the need for interpreters or intercultural mediators in activities related to mental health, and also an awareness of the relevance of culture in healthcare settings and especially in the area of mental health. Finally, as it was stated in the discussion of the situation of Australia, it would be convenient to find out more about the training of the interpreters and translators that collaborate in these actions, and above all to investigate whether mental health issues are included in this training.

3. Mental health interpreting

‘Comunicarse con el usuario implica entender, comprender y ser comprendidos’ [Communicating with the user implies understanding, comprehending and being understood] (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 35). Communication in the context of mental health and psychology is crucial, both verbal and non-verbal, with regard to the process of diagnosing and treating mental health problems (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Meadows, 2017). Communication between patients and the involved professionals must be effective in order to achieve an appropriate service (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013). It should be mentioned that even if they speak the same language, communication problems can still arise if their cultures are different (Meadows, 2017). When there are linguistic barriers, this can lead

to errors being made in proposed interventions and diagnoses, and it can have a negative effect on the relationship between patient and psychologist (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013).

The work of interpreters in this setting is very necessary in order to avoid these situations and to help both the patient and the professional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017). When the client does not have a sufficient level of the language that the psychologist uses, interpreters are recommended (Australian Psychological Society, 2013). It can also be a good decision to have an interpreter when the person is having a moment of stress as he/she may not master his/her second language (Australian Psychological Society, 2013). The presence of the interpreter also allows the person being cared for by the professional to use his/her mother tongue, and this may enable him/her to transmit his/her ideas and emotions in an easier way, and also this person may more easily express complex topics (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013).

It is fundamental to have professional interpreters and not people without the necessary training, such as relatives, for example (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Australian Psychological Society, 2013). It should be kept in mind that working with people that should not be acting as interpreters, can have serious consequences, such as translation errors being made due to a lack of knowledge of the terminology, consequences related to confidentiality, omitted information, and more stress being generated in the involved people (Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017). Even though it may not always be possible, having a professional interpreter with training related to mental health and interpreting in this setting will be convenient (Meadows, 2017).

It should be noted that some added difficulties may occur when working in this context. These correspond to the specific topic of this field and to the state of the patient (Meadows, 2017). Interpreting is not easy when issues like hallucinations, mood swings, illogical thoughts, among others, are included in the conversation between patient and mental health professional (Meadows, 2017). A person may suffer from a thought or language disorder, and as a consequence, the messages he/she expresses may not be comprehended clearly (Australian Psychological Society, 2013). In this context, the interpreter should not modify the message in a way that it makes sense in the other language, but the same information that the patient had expressed should be transmitted (Australian Psychological Society, 2013).

In view of this, the professional and the interpreter could meet before the start of the consult with the patient (Tribe, & Lane, 2009; Australian Psychological Society, 2013). If the patient has one of the previously mentioned disorders, the mental health professional could inform the interpreter beforehand (Australian Psychological Society, 2013). Likewise, a prior conversation between these two professionals may be beneficial for the interpreter, especially to clarify terminology and to obtain more information on what will happen in the meeting with the patient, whenever possible (Australian Psychological Society, 2013). Furthermore, the field in which this profession is practised should not be forgotten. The content of the conversation between patient and professional may be tough, it may affect the interpreter and thus, this prior meeting can be useful in the sense of preparing the interpreter to some extent (Australian Psychological Society, 2013).

The interpreter and the professional can meet again and they can address certain issues after the psychological care for the patient is over (Australian Psychological Society, 2013). In particular, checking if the interpreter has been affected in any way by the discussed topics is recommended (Tribe, & Lane, 2009; Australian Psychological Society, 2013). Additionally, it is recommended in the practice guide for psychologist on working with interpreters produced by the Australian Psychological Society (2013) that if no problems have occurred, the same interpreter should be used if there are going to be more sessions with the same client.

It should be mentioned that the dynamic between the involved people is not the same, as it happens in other interventions with interpreters (Australian Psychological Society, 2013). Aside from the duration of the conversations between the professionals before and after the meeting with the client, it should be considered that more time may be needed, in comparison with the time that would be needed if interpreter was not present and people could communicate in the same language (Tribe, & Lane, 2009).

The importance of the presence of an interpreter in conversations between patients and mental health professionals has been discussed. As it has already been seen, on-site interpreting is not the only way of having the service of an interpreter. Thus, telephone interpreting can be mentioned. Even though it is true that there are some benefits linked to using this type of interpreting in this setting, such as for example the anonymity it implies, on-site interpreting is preferable, as far as this is possible (Australian Psychological Society, 2013). On the one hand, the relationship between the people involved may be improved, and on the other, the interpreter can benefit from non-verbal communication (Australian Psychological Society, 2013; Meadows, 2017).

Lastly, it is essential that professionals act and have the appropriate attitudes regarding the diversity of cultures, and that for that they acquire an intercultural competence that allows them to provide services in an appropriate way for the different groups of people in this area (Australian Psychological Society, 2013; Direcció General de Planificació en Salut, 2016).

It can be concluded that the psychological assistance to people with languages and cultures that differ from the languages and cultures of their mental health professionals can be negatively affected by these linguistic and cultural barriers. The work of interpreters in this context is very necessary. Interpreters, who should be professional, must face some difficulties, such as the transmission of messages with complex content, regarding both terminology and the emotional impact of the conversation between patient and psychologist. Healthcare professionals who work in this setting must know how to collaborate with interpreters and they must also have an intercultural competence. Everyone should have the opportunity to be comprehended and to receive quality care, no matter their culture or mother tongue.

In the following section, it is considered relevant to indicate how important it is to provide mental health-related assistance to/for the immigrant population, due to the risk of suffering problems that affect negatively their mental health and because of the language and cultural barriers that occur.

4. Mental health and immigration

A large number of people around the world suffer problems related to mental health (World Health Organization, 2019b). These types of problems are not only limited to the most vulnerable groups of people, but any community or individual can experiment them. As this project focuses in general on the immigrant population, it is relevant to discuss some aspects regarding this group, such as the prevalence of mental disorders and the barriers that complicate the access to and the use of mental health services.

Mental health can be defined as ‘un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad’ [‘a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community’ (direct quotation retrieved from the same website)] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). It should be taken into consideration that this concept can vary in different cultures, and after considering this definition provided by the WHO, some authors have opted for a more inclusive one (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015). Both the characteristics of each person and the

environment and social situations have an influence on this wellbeing (World Health Organization, 2019c).

Each community formed by immigrants varies with regard to cultures and languages, and therefore, topics related to the immigrant population should not be addressed in a way that leads to generalisations. Even in the same country, significant differences can be found, for example in the area of mental health, as it will be discussed in this section.

The people who arrive to Australia to settle in the country can enter with temporary visas, used by international students for example, or with permanent visas (Smith, 2015). In addition, there are humanitarian programs and programs for the entrance of refugees (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016). There are several types of humanitarian visas, for example the ones directed at refugees and at women at risk (Commonwealth of Australia, 2013).

When the topic of the health situation of the immigrant population is addressed, it is not uncommon to find references to the concept known as ‘healthy immigrant effect’, that indicates that immigrants have better health in comparison with the citizens of the country (Straiton, Grant, Winefield, & Taylor, 2014; Smith, 2015; Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016). It is possible that in Australia this effect is a consequence of the requirements that immigrants must pass to be able to resettle in the country (Smith, 2015). However, it cannot be assumed that this concept is true for all immigrants, for example for the group formed by refugees (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016).

In the area of mental health, immigrants can be affected by grief, anxiety, loss, traumas suffered before and after, and stress, as consequences of the process of settling in a new country and the journey to that place (Angora Cañego, 2020; State of Western Australia, s.f.). Regarding the access to and the use of the available mental health-related services, a series of difficulties that complicate the assistance of this group in this context can occur. The cultural and language barriers are the main ones, especially for people that come from non-English speaking countries (Smith, 2015; State of Western Australia, s.f.). It should be mentioned that each culture may have different concepts with regard to mental health, and it is important to also take into account these aspects (Karasz, 2005; Smith, 2015).

Regarding the prevalence of problems related to mental health in the immigrant population, although it is true that some studies have been carried out to compare this issue between different communities, these studies have some limitations. On one hand, the studies carried out were only in English, so people who did not master this language were excluded from them, and whose participants were people who had been in the country for a considerable amount of time, even though they spoke other languages. On the other, while immigrants can be divided on the basis of whether or not their mother tongue is English, the group of non-English speakers is still very diverse in terms of the diversity of cultures, languages and countries (Renzaho, Polonsky, Mellor, & Cyril, 2016; Giallo et al., 2017).

For instance, in a study carried out in the state of South Australia, higher rates of depression in women whose mother tongue was not English were found, and it was also indicated that the treatment rates for men with this difference regarding their mother tongue were not higher even though they had a greater risk of having mental health problems (Straiton, Grant, Winefield, & Taylor, 2014). Another study examined the self-harm rates of asylum seekers in this country and it found that they were high in comparison with Australians, and especially in the asylum seekers who were in detention facilities (Hedrick, Armstrong, Coffey, & Borschmann, 2019). In Spain, a study in 2006 found that immigrant women had worse mental health, while the mental health of men was better in comparison with the Spanish population, and later in 2012, it was observed that the immigrant population did no longer had better health, and the economic crisis and unemployment were considered as some of the reasons behind this (Gotsens et al., 2015).