

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN
INSTITUTO DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
VALPARAÍSO**

**TRADUCCIÓN COMENTADA DE UN FRAGMENTO DEL ARTÍCULO
CIENTÍFICO *RISK OF SUICIDE IN ADOLESCENTS WITH SYMPTOMS OF EATING
DISORDERS AND DEPRESSION***

Proyecto de Titulación para optar al Grado Académico de
Licenciado en Lengua Inglesa y al Título
Profesional de Traductora Inglés-Español

Estudiante: María Jesús Godoy Severino
Profesora Guía: Marcela Cuadra Silva
2017

Agradecimientos

Quiero comenzar por agradecer a las personas que me ayudaron con sus conocimientos durante la realización de mi tesis: a Sofía Monzón, estudiante de último año de Ingeniería en Información y Control de Gestión en la Universidad Diego Portales, por apoyarme con sus conocimientos de estadística siempre que lo necesité durante la traducción de mi texto y a Ronald Dotte, profesor de inglés y Carolina López, profesora de castellano, por ayudarme con sus conocimientos en las respectivas lenguas.

También muchísimas gracias a Rocío Rivera, por ser la profesora de inglés con más vocación que he conocido; muchas gracias por su paciencia y dedicación durante mis primeros años en la carrera. Un especial agradecimiento a mi profesora guía, Marcela Cuadra, por toda la disposición que tuvo para ayudarme durante este proceso y por creer en mí más de lo que yo creo en mí misma.

Gracias a mis maravillosos amigos, Arenda Delgado, Carolina Encalada, Luis Escobar, Alejandra Henríquez, Francisca Galeas, Paula Gálvez y Constanza Olivares, por hacer mi estadía en la Universidad una de las mejores experiencias de mi vida.

También quisiera agradecer a Micaela Ignacia, mi mejor amiga, quien ha estado presente tanto en los malos momentos como en los más buenos.

Finalmente, quiero agradecer a toda mi familia por su constante apoyo, en especial a mis padres, Héctor Godoy y Margarita Severino, las personas que sin importar mi estado de ánimo siempre estuvieron presentes, incluso cuando no quise que estuvieran, y quienes me inspiran a querer ser mejor cada día. Gracias por enseñarme a creer en mí misma y a ser humilde al mismo tiempo y sobre todo, gracias, porque aunque comencé este viaje por ustedes, terminé haciéndolo por mí.

Resumen

El presente trabajo consiste en la traducción del inglés al español de un fragmento de 2335 palabras del artículo de investigación *Risk of suicide in adolescents with symptoms of eating disorders and depression* y la elaboración de un comentario crítico sobre la traducción, el cual consta de cinco capítulos. En el primer capítulo se contextualiza el texto fuente y se describe el correspondiente encargo de traducción. En el segundo, se realiza un análisis de los aspectos más importantes para traducir el texto fuente, de acuerdo a los criterios establecidos por Nord (1991, en Pobocikova, 2012, pp. 16-27), mientras que en el tercero, se detallan los pasos que se siguieron en el proceso de traducción. En el cuarto capítulo se hace una breve mención a las herramientas de traducción utilizadas y a las ventajas y desventajas de su uso. Finalmente, en el quinto capítulo se exponen cinco problemas de traducción en base a la clasificación de Hurtado Albir (2001, p. 288).

Palabras clave: Traducción científico-técnica, traducción comentada, análisis textual, problemas de traducción.

Abstract

This project deals with the translation of a 2335-word fragment of the research paper entitled ‘Risk of suicide in adolescents with symptoms of eating disorders and depression’ from English into Spanish, and producing a critical comment on such translation. The comment consists of five chapters. The first chapter is a contextualization of the source text and a description of the corresponding brief translation. The second chapter corresponds to an analysis of the most important aspects to consider during the translation of the source text, based on the criteria proposed by Nord (1991, in Pobocikova, 2012, p. 16-27), whereas in the third chapter a description of the steps followed in the translation process is given. The fourth chapter is a brief comment on the use of computer-assisted translation tools and its advantages and disadvantages. Finally, the fifth chapter deals with five translation issues, based on Hurtado Albir’s classification (2001, p. 288).

Key words: Scientific and technical translation, annotated translation, text analysis, translation issues.

Índice

Listado de imágenes	vi
Listado de anexos	vi
Glosario de siglas	vi
Texto fuente.....	vii
Texto meta	x
Introducción.....	14
Capítulo 1: Contextualización	15
1.1 Traducción científico-técnica	15
1.2 Elección del texto	15
1.3 Encargo de traducción	16
Capítulo 2: Análisis del texto fuente	17
2.1 Elementos extratextuales	17
2.1.1 Emisor.....	17
2.1.2 Tipología textual.....	18
2.1.3 Función	18
2.1.4 Formato y diagramación.....	19
2.2 Elementos intratextuales.....	19
2.2.1 Estructura textual.....	19
2.2.2 Léxico	20
2.2.3 Sintaxis	21
2.2.4 Elementos no verbales.....	22
Capítulo 3: Proceso de traducción	24
3.1 Lectura del TF	24
3.2 Documentación.....	24
3.3 Creación del glosario.....	24
3.4 Confección del borrador.....	25
3.5 Revisión y edición	25

3.6 Diagramación y conversión del formato	26
Capítulo 4: Memoria de Traducción.....	26
4.1 Ventajas	26
4.2 Desventajas.....	27
Capítulo 5: Problemas de traducción.....	27
5.1 Problemas extralingüísticos.....	27
5.1.1 Variación terminológica	27
5.2 Problemas lingüísticos.....	29
5.2.1 Redundancia	29
5.2.2 Sintaxis compleja.....	30
5.2.3 Inconsistencia en la ortotipografía del inglés	31
5.2.4 Inconsistencia en el uso de siglas	32
Conclusión.....	34
Referencias	35
Anexo	37

Listado de imágenes

Imagen 1: Ejemplo de la diagramación del texto

Listado de anexos

Anexo 1: Encargo de traducción

Anexo 2: Glosario y textos paralelos

Anexo 3: Memoria de traducción

Glosario de siglas

ET: Encargo de traducción

MT: Memoria de traducción

PT: Proceso de traducción

TF: Texto fuente

TM: Texto meta



Risk of Suicide in Adolescents with Symptoms of Eating Disorders and Depression

Juliana Lourenço-De Araújo Veras^{1*}, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹, Flávia Maria Nassar De Vasconcelos¹ and Everton Botelho Sougey¹

Department of Neuropsychiatry and Behavioural Sciences, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brazil

Abstract

Objective: The aim of the present study was to determine the risk of suicide in adolescents with symptoms of eating disorders and depression.

Methods: A population-based, cross-sectional study was conducted with 1379 students of public schools aged 10 to 17 years. The following evaluation tools were employed: A socio-demographic questionnaire, Eating Attitudes Test (EAT-26), Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), Children's depression inventory (CDI) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. – Brazilian version 5.0.0). Data analysis involved one-dimensional and two-dimensional tables with absolute and relative frequencies as well as the calculation of odds ratios (OR) and respective 95% confidence intervals associated with the levels described using Pearson's chi-square test. In the multivariate analysis, a binary logistic regression model was adjusted, including variables with a p-value <0.05 in the binary analysis as possible explanatory variables.

Results: Through the ORs, it was estimated that the probability of an adolescent in the population analysed of being at risk of suicide was higher when the adolescent was older than 11 years, of the female gender, had symptoms of an eating disorder and had depressive symptoms.

Conclusion: The risk of suicide is not restricted to clinical samples of adolescents with eating disorders, but can also be detected in non-clinical samples. Moreover, the risk is higher among adolescents with symptoms of both eating disorders and depression.

Keywords: Eating disorders; Suicide; Adolescent; Depression

Introduction

Suicide is an important public health problem [1] and one of the main causes of death among individuals with eating disorders [2], as such disorders share numerous risk factors for suicide [3], such a purging, depression, substance abuse, anxiety and impulsiveness [4].

Eating disorders are among the most common disorders associated with the onset of adolescence, especially among girls [5], and represent a life risk that affects physical, emotional, behavioural and social development in adolescents [6]. In some cases, depression seems to aggravate the severity of eating disorders [7, 8]. Thus, depression may be an important link between eating disorders and suicide in adolescents, which may even exclude the direct influence of such disorders on suicidal behaviour in this population [9].

Studies that investigate suicidal behaviour among adolescents with eating disorders [8,10-12], including depression [8,13], have been conducted involving adolescents diagnosed with eating disorders without offering information on individuals with only some symptoms (no conclusive diagnosis). However, it is important to recognize suicidal behaviour such individuals, as adolescents in the subclinical phase are more frequent than those with a conclusive diagnosis of an eating disorder [14]. Moreover, previous studies only offer information on suicidal ideation, which demonstrates that knowledge on the correlates of the risk of suicide in adolescents with eating disorders is limited, since the risk of suicide encompasses both thoughts (suicidal ideation) as well as planning a suicide attempt and

is manifested in different manners [15]. Thus, identifying the risk of suicide is fundamental to patient management and the prevention of such events [16].

Thus, the question arises as to the extent of the risk of suicide among adolescents with simultaneous symptoms of both eating orders and depression. The aim of the present study was to determine the risk of suicide in adolescents with concomitant symptoms of eating disorders and depression, since the determination of depressive symptoms may be significant in the evaluation of the risk of suicide in adolescents with eating disorders.

***Corresponding author:** Juliana Lourenço-De Araujo Veras, Department of Neuropsychiatry and Behavioural Sciences, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brazil, Tel: +0813204-0846; E-mail: jullylow@yahoo.com.br

Received December 16, 2016; **Accepted** March 09, 2017; **Published** March 13, 2017

Citation: Veras JLA, Ximenes RCC, De Vasconcelos FMN, Sougey EB (2017) Risk of Suicide in Adolescents with Symptoms of Eating Disorders and Depression. J Depress Anxiety 6: 274. doi: 10.4172/2167-1044.1000274

Copyright: © 2017 Veras JLA, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Variable	N	%
Eat-26^(a)		
Positive	351	25.5
Negative	1028	74.5
Bite^(b) – symptoms		
None	931	67.5
Medium score	404	29.3
High score	44	3.2
Bite^(b) – severity		
Non-significant	1313	95.2
Significant	61	4.4
Strong intensity	5	0.4
Total	1379	100.0
(a): EAT-26 - Eating Attitudes Test.		
(b): BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh.		

Table 1: Distribution of adolescent analysed according to clinical data.

Materials and Methods

Design and sample

A population-based, cross-sectional study was conducted during a four-month period in 2014 in the city of Recife (northeast Brazil) involving individuals aged 10 to 17 years.

The sample size was calculated based on the population of students enrolled in the state-run public education system in Recife in the target age group. According to the State of Pernambuco Secretary of Education, 85,149 students between 10 and 17 years of age were enrolled in this public system in 2013. The EPI-INFO program (version 7) was used to determine the sample size based on a 3.0% error, 95.0% reliability and 33.1% expected proportion of symptoms of eating disorders [14], totalling 936 adolescents. A cluster sampling was employed, this number was multiplied by 1.2 due to the design effect, resulting in 1123, to which 20% was added to compensate for possible dropouts without compromising the representativeness of the sample. Thus, the total number of adolescents to be evaluated was 1347. However, 1379 adolescents were evaluated, as no adolescents who agreed to participate in the study (through a statement of informed consent) were excluded.

Procedures and ethical considerations

Eighteen public schools were randomly selected from a list provided by the Pernambuco State Secretary of Education to participate in the present study. The principals of the schools were first contacted, received clarifications regarding the objectives of the study and granted official authorization for the participation of their schools. The assessment tools were administered in the school setting during regular school hours. Prior to administration, statements of informed consent were sent to the parents/guardians of the students in compliance with the norms stipulated in Resolution 466 of December 12th, 2012 of the National Board of Health of the Brazilian Health Ministry regarding studies involving human subjects. Each adolescent also signed a statement of consent agreeing to participate. This study received approval from the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco, Brazil.

Measures

Socio-economic and demographic data on each participant, along with data regarding symptoms of eating disorders, depressive symptoms and the risk of suicide, were acquired using different questionnaires.

Eating disorders

Eating Attitudes Test (EAT-26): While EAT-26 does not allow a diagnosis of eating disorders; it assists in the detection of clinical cases in populations at high risk and the identification of individuals with abnormal concerns regarding eating and weight. EAT-26 is widely used in screening studies for the early identification of symptoms of eating disorders. EAT-26 [17] has been translated and validated in Portuguese [18] and adapted to the adolescent population [19], demonstrating internal consistency of 0.82.

Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE): The BITE was used for the identification of symptoms of bulimia nervosa [20]. The Brazilian version of this questionnaire was translated into Portuguese [21] and adapted for use on Brazilian adolescents [22], with internal consistency of 0.76. BITE was developed by Henderson and Freeman in 1987 for the screening and evaluation of the severity of bulimia nervosa based on the evaluation of cognitive and behavioural aspects. BITE furnishes results on two scales: one on symptoms (30 yes/no items with the score ranging from 0 to 30) and another on severity (three dimensional items). These two scores are summed to obtain the total score. On the symptoms scale, a high score (≥ 20) indicates compulsive eating behaviour with considerable possibility of bulimia, medium scores (10 to 19 points) suggest an unusual eating pattern that requires an evaluation through a clinical interview and scores lower than 10 points indicate an eating practice within the limits of normality. On the severity scale, a score of >5 is considered clinically significant and ≥ 10 indicates a high degree of severity.

Depressive symptoms: The Children's depression inventory (CDI) was used for the identification of depressive symptoms [23]. The CDI was proposed by Kovacs in 1983 and has been adapted for use on the Brazilian population [24], with internal consistency of 0.80. This 27-item self-report scale is widely used in epidemiological studies [25] for the identification of symptoms of depression among individuals seven to 17 years of age.

Risk of suicide: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. - Brazilian version 5.0.0) - Module C was used to evaluate the risk of suicide. The adolescents were identified as either "at risk of suicide" or "with no risk of suicide". The M.I.N.I. 5.0.0 constitutes a short, standardized interview for a diagnostic classification compatible with the criteria of the DSM-IV and was developed by researchers of the Pitié-Salpêtrière Hospital in Paris and the University of Florida in the USA. The M.I.N.I. 5.0.0 has been validated for use in Brazil by Amorim [26]. This interview has satisfactory reliability and validity and can be used for the rapid selection of homogeneous populations in epidemiological studies.

Data analysis

The data were entered into a databank with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21. Descriptive and inferential statistics were used for the data analysis. Descriptive analysis was used to characterise the sample based on the calculation of measures of central tendency and dispersion for the variables of interest. Inferential statistics were used to analyse associations between categorical variables using Pearson's chi-square test. Odd ratios (OR) and respective confidence intervals (CI) were calculated to determine the strength of associations between the independent variables and outcome (risk of suicide). 5% was used as the margin of error and 95% was used for the confidence interval.

Results

In the present study, 65.5% of the adolescents were female. Mean age was 13.80 years (standard deviation: 1.76 years) and median age was 14 years.

Variable	Risk of suicide (MINI)				Total		p-value	OR (95% CI)
	Yes		No		n	%		
	n	%	n	%				
EAT-26^(c)								
Positive	150	42.7	201	57.3	351	100	p ^(a) < 0.001*	2.22 (1.72 to 2.86)
Negative	259	25.2	769	74.8	1028	100		1.00
BITE^(d) – Symptoms								
None	205	22.0	726	78.0	931	100	p ^(a) < 0.001*	1.00
Medium score	179	44.3	25	55.7	44	100		2.82 (2.19 to 3.62)
High score	25	56.8	19	43.2	44	100		4.66 (2.52 to 8.63)
BITE^(d) – Severity								
Non-significant	383	29.2	930	70.8	1313	100	p ^(b) = 0.104	**
Significant	23	37.7	38	62.3	61	100		**
Strong intensity	3	60.0	2	40.0	5	100		**
Total group	409	29.7	970	70.3	1379	100		

(*): Significant association to 5.0% level
(**): Not possible to determine due to frequencies of nulls and very low scores
(a): Pearson's chi-square test
(b): Fisher's exact test
(c): EAT-26 - Eating Attitudes Test
(d): BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

Table 2: Evaluation of risk of suicide according to clinical data.

Variable	Bivariate results			
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Age group				
10 to 11	1.00	p ^(a) = 0.003*	1.00	0.003*
12 to 13	1.64 (1.02 to 2.61)		1.78 (1.09 to 2.92)	0.022*
14 to 15	2.10 (1.34 to 3.31)		2.29 (1.42 to 3.71)	0.001*
16 to 17	2.27 (1.38 to 3.72)		2.41 (1.42 to 4.08)	0.001*
Sex				
Male	1.00	p ^(a) < 0.001*	1.00	<0.001*
Female	2.06 (1.59 to 2.68)		1.81 (1.37 to 2.38)	
EAT-26^(b)				
Positive	2.22 (1.72 to 2.86)	p ^(a) < 0.001*	1.58 (1.20 to 2.10)	0.001*
Negative	1.00		1.00	
BITE^(c) – Symptoms				
None	1.00	p ^(a) < 0.001*	1.00	<0.001*
Medium score	2.82 (2.19 to 3.62)		2.18 (1.67 to 2.84)	<0.001*
High score	4.66 (2.52 to 8.63)		1.89 (0.97 to 3.68)	0.060
Children's Depression Inventory				
Positive	3.40 (2.52 to 4.59)	p ^(a) < 0.001*	2.67 (1.92 to 3.71)	<0.001*
Negative	1.00		1.00	

(*): Significant association to 5.0% level
(a): Pearson's chi-square test
(b): EAT-26 - Eating Attitudes Test
(c): BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

Table 3: Results of multivariate logistic regression for percentage with risk of suicide.

Table 1 shows that 25% of the 1379 adolescents surveyed were considered positive for inadequate eating behaviour based on EAT-26 and 29.3% has a medium score for bulimia nervosa. On the BITE severity scale, only 0.4% was classified with highly intensive severity.

Table 2 shows that the prevalence of the risk of suicide was much higher among the adolescents who had a positive EAT-26 and high BITE symptoms score. With the exception of the BITE severity score, all other variables exhibited a significant association with the risk of suicide (p < 0.001).

Table 3 displays the relationships between each independent variable and the response variable in the logistic regression analysis. Bivariate analysis was performed first using Pearson's chi-square test for the selection of variables for the adjustment of the logistic regression model. All five variables were incorporated: age group, sex, EAT-26 scale, BITE scales and CDI were significant (p ≤ 0.05). The

logistic regression model for the risk of suicide was calculated considering input variables with a maximum p-value of 0.05. Through the ORs, it was estimated that the probability of an adolescent in the population analysed of being at risk of suicide was higher when the adolescent was older than 11 years, of the female gender, had inadequate eating pattern, had symptoms of bulimia nervosa and had depressive symptoms. The model was accepted (p < 0.001). The Lemeshow test demonstrated the fit of the data to the model (p = 0.580) and the rate of correct classification was 70.3%.

Tables 4 and 5 display the estimate percentage probabilities of the risk of suicide based on the regression model. In the presence of both inadequate eating behaviour and depressive symptoms, the risk of suicide would be 61.9%. In the case of positive symptoms for bulimia nervosa and depressive symptoms, the probability would be 63.4%.



Riesgo de suicidio en adolescentes con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión

Juliana Lorenzo-De Araújo Veras^{1*}, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹, Flávia Maria Nassar De Vasconcelos¹ y Everton Botelho Sougey¹

Departamento de Neuropsiquiatria y Ciencias del Comportamiento, Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brasil

Resumen

Objetivo: el estudio tuvo como objetivo determinar el riesgo de suicidio en adolescentes con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión.

Métodos: se llevó a cabo un estudio transversal de la población con 1.379 alumnos de 10 a 17 años de escuelas públicas. Se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación: un cuestionario socio-demográfico, el Test de Actitudes de Alimentarias (EAT-26), el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, versión brasileña 5.0.0). Para analizar los datos se utilizaron tablas de distribución unidimensionales y bidimensionales con frecuencias absolutas y relativas, y también se calcularon los odds ratios (OR) y los respectivos intervalos de confianza (IC) del 95 %, asociados a los valores descritos mediante la prueba de la χ^2 de Pearson. En el análisis multivariado se ajustó un modelo de regresión logística binaria que incluyera variables con un valor $p < 0,05$ en el análisis binario a modo de posibles variables independientes.

Resultados: mediante los OR, se determinó que la probabilidad de que un adolescente de la población analizada presentara riesgo de suicidio era más alta cuando este era mayor de 11 años, de sexo femenino y con síntomas de trastorno de la conducta alimentaria y de depresión.

Conclusión: el riesgo de suicidio no se limita a muestras clínicas de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, sino que también se puede detectar en muestras no clínicas. Además, el riesgo es mayor entre los adolescentes con síntomas de depresión y de trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, suicidio, adolescentes, depresión.

Introducción

El suicidio es un problema importante de salud pública y una de las principales causas de muerte entre individuos que padecen trastornos de la conducta alimentaria, debido a que estos trastornos comparten diversos factores de riesgo de suicidio, tales como la purga, depresión, toxicomanía, angustia e impulsividad.

Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran entre los trastornos más comunes que se presentan al inicio de la adolescencia, especialmente en mujeres, y representan un riesgo para la vida, lo cual afecta el desarrollo físico, emocional, conductual y social de los adolescentes. En algunos casos, la depresión parece empeorar la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que podría estar estrechamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria y el suicidio en adolescentes, e incluso podría descartar la influencia directa de estos trastornos sobre la conducta suicida en esta población.

Se han llevado a cabo estudios que investigan la conducta suicida en adolescentes que padecen trastornos de la conducta alimentaria y depresión. Sin embargo, dichos estudios no incluyen información de individuos que padezcan sólo algunos de los síntomas de trastornos alimentarios (sin un diagnóstico definitivo). No obstante, es importante detectar conductas suicidas en estos individuos, ya que los casos de adolescentes en etapa subclínica son más frecuentes que aquellos que

cuentan con un diagnóstico definitivo de trastorno de la conducta alimentaria. Por otra parte, estudios previos solo ofrecen información sobre ideas de suicidio, lo que demuestra que el conocimiento sobre la correlación entre el riesgo de suicidio en adolescentes y los trastornos de la conducta alimentaria es limitado, puesto que el riesgo de suicidio abarca tanto las ideas de suicidio, como también la planificación de un intento de suicidio, y se manifiesta de diferentes maneras. Por lo tanto, identificar el riesgo de suicidio es fundamental para tratar a los pacientes y prevenir el suicidio.

De esta manera, surge la pregunta de en qué medida existe riesgo de suicidio entre adolescentes con síntomas simultáneos de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión.

* **Correspondencia a:** Juliana Lorenzo De Araujo Veras, Departamento de Neuropsiquiatria y Ciencias del Comportamiento, Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brasil. Tel: +0813204-0846. Correo electrónico: jullylow@yahoo.com.br

Recibido el 16 de diciembre de 2016. **Aceptado** el 9 de marzo de 2017. **Publicado** el 13 de marzo de 2017.

Cómo citar este artículo: Veras JLA, Ximenes RCC, De Vasconcelos FMN, Sougey EB. (2017). Riesgo de suicidio en adolescentes con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión. J Depress Anxiety 6: 274. doi: [10.4172/2167-1044.1000274](https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000274)

Copyright: © 2017 Veras JLA, et al. Este es un artículo de libre acceso, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción mediante cualquier medio, siempre y cuando se le de crédito al autor original y a la fuente.

Variable	nº	%
Eat-26^(a)		
Positivo	351	25,5
Negativo	1028	74,5
Bite^(b) – síntomas		
Ausencia de síntomas	931	67,5
Puntuación media	404	29,3
Puntuación alta	44	3,2
Bite^(b) – gravedad		
Fuera de riesgo	1313	95,2
Grave	61	4,4
Muy grave	5	0,4
Total	1379	100

(a): Test de Actitudes Alimentarias.
(b): Test de Bulimia de Edimburgo.

Cuadro 1: Distribución de los adolescentes analizados según los datos clínicos.

El objetivo del presente estudio fue determinar el riesgo de suicidio en adolescentes con síntomas simultáneos de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión, puesto que determinar los síntomas de depresión podría ser importante para evaluar el riesgo de suicidio en adolescentes con dichos trastornos.

Materiales y métodos

Diseño y muestra

Se realizó un estudio transversal de la población durante un período de 4 meses en el año 2014 en la ciudad de Recife (nordeste de Brasil) con individuos de 10 a 17 años de edad.

El número de participantes se calculó en base a la población de alumnos inscritos en el sistema de educación pública estatal de Recife que estuviesen dentro del grupo etario de interés. Según el Secretario de Educación del Estado de Pernambuco, 85.149 estudiantes de entre 10 y 17 años estaban inscritos en este sistema público en 2013. Se utilizó el programa EPI-INFO (versión 7) para determinar el tamaño de la muestra, en base a un margen de error del 3 %, de fiabilidad del 95 % y una proporción prevista de los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria del 33,1 %, lo que obtuvo un total de 936 adolescentes. Se trabajó con un muestreo por conglomerados y, debido al diseño del estudio, el número total se multiplicó por 1,2, lo que tuvo como resultado 1.123, cifra a la cual se le agregó un 20 % para no comprometer la representatividad de la muestra en caso de que algún participante decidiera retirarse del estudio. Por lo tanto, el número total de adolescentes a evaluar fue de 1.347. Sin embargo, se evaluaron 1.379 adolescentes debido a que no se excluyó a ninguno de los que aceptó participar en el estudio (mediante una declaración de consentimiento informado).

Procedimientos y consideraciones éticas

Se seleccionaron 18 escuelas públicas al azar para participar en este estudio a partir un listado entregado por el Secretario de Educación del Estado de Pernambuco. Primero se contactó a los directores de las escuelas, para aclararles la información en cuanto a los objetivos del estudio y para entregarles autorización oficial para que sus escuelas pudiesen participar. Los instrumentos de evaluación se aplicaron en las escuelas durante el horario escolar normal. Previamente, se enviaron declaraciones de consentimiento a los padres/tutores de los estudiantes conforme a las normas estipuladas en la Resolución 466 del 12 de diciembre del 2012 de la Junta Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Brasil con respecto a estudios aplicados en seres humanos. Los adolescentes también firmaron una declaración de consentimiento en la cual aceptaban participar en el estudio. Este estudio fue aprobado por

el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Federal de Pernambuco, Brasil.

Instrumentos

Tras emplear diferentes cuestionarios, se obtuvo la información socio-económica y demográfica de cada participante, así como también información relacionada al riesgo de suicidio y a síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y de depresión.

Trastornos de la conducta alimentaria

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26): Aunque el EAT-26 no permite diagnosticar trastornos de la conducta alimentaria, sí ayuda a detectar casos clínicos en poblaciones de alto riesgo y a identificar individuos que sienten una preocupación anormal por comer y por su peso. El EAT-26 se utiliza con frecuencia en estudios de exploración para detectar con anticipación síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. El cuestionario se validó y se tradujo al portugués para adaptarlo a la población adolescente, con una consistencia interna de 0,82.

Test de Bulimia de Edimburgo (BITE): El BITE se utilizó para identificar síntomas de bulimia nerviosa. La versión brasileña de este cuestionario se adaptó para poder aplicarlo en adolescentes brasileños mediante su traducción al portugués, con una consistencia interna de 0,76. El BITE fue creado por Henderson y Freeman en 1987 para detectar sistemáticamente la bulimia nerviosa y así evaluar la gravedad del trastorno en función de la evaluación de aspectos cognitivos y conductuales. Este cuestionario presenta resultados en dos escalas: una de síntomas (30 preguntas dicotómicas de "sí" o "no" con una escala de puntuación del 0 al 30) y otra de gravedad del trastorno (3 preguntas de alternativa). La suma de ambos resultados entrega la puntuación total. En la escala de síntomas, una puntuación alta (≥ 20) indica una conducta de ingesta compulsiva con alta posibilidad de bulimia; una puntuación media (10-19 puntos) sugiere un hábito alimenticio inusual que requiere ser evaluado mediante una anamnesis; y puntuaciones inferiores a 10 puntos indican un hábito alimenticio dentro del límite normal. En la escala de gravedad, una puntuación > 5 se considera grave y ≥ 10 se considera muy grave.

Síntomas de depresión: Se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) para identificar síntomas depresivos. En 1983, Kovacs propuso el CDI, que para el propósito de esta investigación se adaptó para utilizarlo en la población brasileña, con una consistencia interna de 0,80. Esta escala de autoinforme de 27 preguntas es muy utilizada en estudios epidemiológicos para identificar síntomas de depresión en personas de entre 7 a 17 años de edad.

Riesgo de suicidio: Para evaluar el riesgo de suicidio se utilizó el módulo C de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, versión brasileña 5.0.0). Se clasificó a los adolescentes como "en riesgo de suicidio" o "sin riesgo de suicidio". El MINI 5.0.0 es una entrevista breve y estandarizada para obtener una clasificación de diagnóstico compatible con los criterios del DSM-IV y fue creado por investigadores del Hospital Pitié-Salpêtrière en París y la Universidad de Florida en Estados Unidos. Amorim validó el MINI 5.0.0 para su uso en Brasil. Esta entrevista posee una validez y fiabilidad satisfactoria y se puede utilizar para seleccionar rápidamente poblaciones homogéneas para estudios epidemiológicos.

Análisis de datos

Los datos se ingresaron en una base de datos con la ayuda de la versión 21 del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se analizaron con métodos de estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó el análisis descriptivo para caracterizar a la

Variable	Riesgo de suicidio (MINI)						valor p	OR (IC 95%)
	Sí		No		Total			
	nº	%	nº	%	nº	%		
EAT-26^(c)								
Positivo	150	42,7	201	57,3	351	100	$p^{(a)} < 0.001^*$	2,22 (1,72 a 2,86)
Negativo	259	25,2	769	74,8	1028	100		1
BITE^(d) – síntomas								
Ausencia de síntomas	205	22	726	78	931	100	$p^{(a)} < 0.001^*$	1
Puntuación media	179	44,3	225	55,7	404	100		2,82 (2,19 a 3,62)
Puntuación alta	25	56,8	19	43,2	44	100		4,66 (2,52 a 8,63)
BITE^(d) – gravedad								
Fuera de riesgo	383	29,2	930	70,8	1313	100	$p^{(b)} = 0,104$	**
Grave	23	37,7	38	62,3	61	100		**
Muy grave	3	60	2	40,0	5	100		**
Grupo total	409	29,7	970	70,3	1379	100		

(*): Las variables son significativas de acuerdo con el 5 % establecido.
(**): Imposible de determinar debido a la frecuencia de los valores nulos y a puntuaciones muy bajas
(a): Prueba de la χ^2 de Pearson
(b): Prueba exacta de Fisher
(c): Test de Actitudes Alimentarias
(d): Test de Bulimia de Edimburgo

Cuadro 2: Evaluación del riesgo de suicidio conforme a los datos clínicos

Variable	Resultados del análisis bivariado		Resultados del análisis multivariado ajustado	
	OR (IC 95%)	valor p	OR (IC 95%)	valor p
Grupo etario				
10 a 11	1	$p^{(a)} = 0.003^*$	1	0,003*
12 a 13	1,64 (1,02 a 2,61)		1,78 (1,09 a 2,92)	0,022*
14 a 15	2,10 (1,34 a 3,31)		2,29 (1,42 a 3,71)	0,001*
16 a 17	2,27 (1,38 a 3,72)		2,41 (1,42 a 4,08)	0,001*
Sexo				
Hombre	1	$p^{(a)} < 0.001^*$	1	< 0,001*
Mujer	2,06 (1,59 a 2,68)		1,81 (1,37 a 2,38)	
EAT-26^(b)				
Positivo	2,22 (1,72 a 2,86)	$p^{(a)} < 0.001^*$	1,58 (1,20 a 2,10)	0,001*
Negativo	1		1	
Bite^(c) – síntomas				
Ausencia de síntomas	1	$p^{(a)} < 0.001^*$	1	< 0,001*
Puntuación media	2,82 (2,19 a 3,62)		2,18 (1,67 a 2,84)	< 0,001*
Puntuación alta	4,66 (2,52 a 8,63)		1,89 (0,97 a 3,68)	0,060
Inventario de Depresión Infantil				
Positivo	3,40 (2,52 a 4,59)	$p^{(a)} < 0.001^*$	2,67 (1,92 a 3,71)	< 0,001*
Negativo	1		1	

(*): Las variables son significativas de acuerdo con el 5 % establecido.
(a): Prueba de la χ^2 de Pearson
(b): Test de Actitudes Alimentarias
(c): Test de Bulimia de Edimburgo

Cuadro 3: Resultados de la regresión logística multivariada del porcentaje de participantes con riesgo de suicidio.

muestra en base al cálculo de parámetros de la salud bucal y a la dispersión de las variables de interés. La estadística inferencial se utilizó para analizar relaciones entre variables categóricas, utilizando la prueba de la χ^2 de Pearson. Los odds ratios (OR) y los respectivos intervalos de confianza (IC) se calcularon para determinar cuán estrecha es la relación entre las variables independientes y la variable dependiente (riesgo de suicidio). Se determinó un margen de error del 5 % y un IC del 95 %.

Resultados

En el presente estudio, el 65,5 % de los adolescentes eran mujeres. La edad media fue de 13,80 años (desviación estándar: 1,76 años) y la edad mediana fue de 14 años.

El cuadro 1 indica que, de acuerdo al EAT-26, el 25 % de los

1.379 adolescentes encuestados obtuvieron resultados que revelaron hábitos alimenticios inapropiados, un 29,3 % obtuvo una puntuación media en la escala de síntomas del BITE y sólo el 0,4 % fue clasificado como “muy grave” en la escala de gravedad del BITE.

El cuadro 2 demuestra que la prevalencia del riesgo de suicidio fue mucho más alta entre los adolescentes que obtuvieron resultados positivos en el EAT-26 y un puntaje alto en la escala de síntomas del BITE. A excepción de la puntuación de gravedad del BITE, se comprobó que las otras variables poseen una estrecha relación con riesgo de suicidio ($p < 0,001$).

El cuadro 3 presenta las relaciones entre cada variable independiente con la variable dependiente en el análisis de regresión logística. Primero se llevó a cabo el análisis bivariado, utilizando la prueba de la χ^2 de Pearson para seleccionar variables y adaptar el mo-

delo de regresión logística. Se incorporaron las siguientes cinco variables: grupo etario, sexo, escala del EAT-26, escalas del BITE y CDI, todas con alto nivel de significancia ($p \leq 0,05$). El modelo de regresión logística para el riesgo de suicidio se calculó considerando las variables iniciales con un valor p máximo de 0,05. Con los OR se estimó que la probabilidad de riesgo de suicidio para un adolescente en la población analizada era más alta cuando el este era mayor de 11 años, de sexo femenino, con hábitos alimenticios inadecuados y con síntomas de bulimia nerviosa y de depresión. Por lo tanto, se aceptó el modelo ($p < 0,001$). La prueba de Hosmer-Lemeshow demostró que los datos se ajustaban al modelo ($p = 0,580$) y la tasa de clasificación correcta fue de un 70,3 %.

Los cuadros 4 y 5 muestran las probabilidades del porcentaje estimado de riesgo de suicidio basado en el modelo de regresión. Cuando se presentan síntomas de hábitos alimenticios inapropiados y de depresión simultáneamente, el riesgo de suicidio es de 61,9 %. Por otra parte, cuando se presentan síntomas de bulimia nerviosa y de depresión, la probabilidad es de un 63,4 %.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo poner a prueba y demostrar los conocimientos adquiridos durante la formación en la carrera de Traducción inglés-español, mediante la traducción del inglés al español de un fragmento de 2335 palabras del texto *Risk of suicide in adolescents with symptoms of eating disorders and depression* y la elaboración de un comentario crítico sobre la traducción.

El comentario contiene cinco capítulos. En el primer capítulo se contextualiza el texto fuente y se describe el correspondiente encargo de traducción. En el segundo, se realiza un análisis de los aspectos más importantes para traducir el texto fuente de acuerdo a los criterios establecidos por Nord (1991, en Pobocikova, 2012, p. 16-27), mientras que en el tercero, se detallan los pasos que se siguieron en el proceso de traducción. En el cuarto capítulo se hace una breve mención a la memoria de traducción utilizada y a las ventajas y desventajas de su uso. Finalmente, en el capítulo cinco se exponen cinco problemas de traducción en base a la clasificación de Hurtado Albir (2001, p. 288).

Capítulo 1: Contextualización

1.1 Traducción científico-técnica

Desde sus inicios, la traducción científico-técnica ha fomentado la divulgación de los nuevos descubrimientos. Sin embargo, no fue hasta el siglo XV que alcanzó su auge, con la invención de la imprenta de tipos móviles y la consiguiente producción masiva de libros de diversas ciencias (Byrne, 2014, p. 3). La industria se expandió aún más en los últimos cien años, un período caracterizado por incontables descubrimientos científicos y la necesidad de divulgar y aprender sobre ellos (ibíd., p. 4).

Así, actualmente, la traducción científico-técnica es uno de los principales ejes de la traducción, puesto que gran parte de la demanda de traducciones corresponde a textos científico-técnicos, siendo las industrias de la salud, de programación y la industria manufacturera los sectores que más invierten en traducciones (Olohan, 2015, p. 15).

1.2 Elección del texto

El texto fuente (TF) es un texto del área de la psiquiatría llamado *Risk of suicide in adolescents with symptoms of eating disorders and depression*, publicado en el *Journal of Depression and Anxiety*.

Se escogió este texto puesto que ya se cuenta con experiencia en la traducción de textos médicos. Además, se considera una temática interesante, ya que los trastornos alimentarios y la depresión afectan en gran medida a la sociedad actual y necesitan mayor investigación y difusión.

Lo anterior se ve reforzado con las afirmaciones de Gaete, López y Matamala (2012, p. 567), quienes explican que los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en la última década y que tanto médicos como el público general desconoce sus características, lo que

muchas veces resulta en diagnósticos equivocados. Por otro lado, en cuanto a la depresión, el Ministerio de Salud de Chile (2013, p. 12) afirma que esta patología es la causa principal de discapacidad en el mundo debido a sus síntomas y a la manera en que estos afectan la vida cotidiana de las personas.

De este modo, traducir este texto ayudará a que el público se informe debidamente sobre estas enfermedades y a que las personas que las padecen puedan obtener la ayuda pertinente.

1.3 Encargo de traducción

El encargo de traducción (ET) es un concepto introducido en el enfoque funcionalista, que se centra en la función del TF y del texto meta (TM), la cual, idealmente, se establece en el ET (Veermer, 1989, en Venuti, 2000, p. 229).

Mossop (2014, p. 121) define el ET como el conjunto de instrucciones que recibe el traductor cuando se le encomienda la tarea de traducir un texto. Los traductores experimentados en la mayoría de los casos no necesitan especificaciones al momento de traducir. Sin embargo, los traductores en formación no pueden interpretar tan fácilmente dicha situación, puesto que no poseen la experiencia suficiente (Nord, 1997, p. 47).

En base a lo anterior, se creó un ET ficticio (Anexo 1), en el cual se incorporaron algunos criterios mencionados por Nord (1997, pp. 47-48), tales como el receptor del TM, la fecha de entrega de la traducción y las razones por las que se requiere la traducción; además de algunos propuestos por Byrne (2014, p. 139), como la lengua origen, lengua meta y su variación dialectal, tema, tipo de texto y otros requerimientos del cliente.

Capítulo 2: Análisis del texto fuente

Nord (2005, p. 1) afirma que el análisis del TF es importante para comprender el texto y para fundamentar las decisiones y estrategias utilizadas en el proceso de traducción (PT). A continuación, se analizarán los aspectos más importantes del TF, en base a los criterios propuestos por Nord (1991, en Pobocikova, 2012, p. 16-27), clasificados en factores extratextuales, es decir, elementos que se encuentran fuera del texto; e intratextuales, elementos dentro del texto. Además, se incluirá un breve análisis de la tipología textual y la diagramación y formato del texto.

2.1 Elementos extratextuales

2.1.1 Emisor

Los emisores del texto son Juliana Vera, Rosana Ximenes, Flávia De Vasconcelos y Everton Sougey, Doctores de la Universidad de Pernambuco, Brasil. Tras investigar mediante el motor de búsqueda Escavador,¹ se determinó que todos son de origen brasileño, por lo tanto, el texto no está escrito en el idioma nativo de los autores.

Lo anterior se debe a que el empoderamiento científico de Estados Unidos (Navarro, 2001, p. 37) ha provocado que los científicos se vean en la obligación de escribir en inglés (Claros, 2006, p. 89). Al no ser siempre nativos del inglés, tienden a escribir textos de baja calidad en términos sintácticos y gramaticales (Montalt Resurrecció y González Davies, 2007, p. 22), por ende, la autoría es un problema potencial para los traductores.

¹ Escavador. Disponible en: <https://www.escavador.com/>

De acuerdo a lo anterior, en el TF se identificaron errores de ortografía y de inconsistencia de la variación dialectal del inglés británico con el inglés americano. Sin embargo, se considera que estos errores no son lo suficientemente graves como para impedir la comprensión del TF.

2.1.2 Tipología textual

Byrne (2014, p. 47) explica que es importante conocer el tipo de texto que se va a traducir para lograr una buena traducción. De acuerdo a la estructura textual que presenta el TF (véase 2.2.1) y a lo especificado en el encabezado del mismo, la tipología del TF corresponde a un artículo de investigación, el cual Byrne (ibíd., p. 74) define como un informe en el cual se expone una investigación y sus resultados.

2.1.3 Función

Conocer la función de un texto es importante puesto que condiciona el enfoque y las estrategias que el traductor utilizará (Veermer, 1989, en Venuti, 2000, p. 231). De acuerdo a lo observado, el TF posee dos funciones predominantes: informar y exponer. A continuación, se presenta un ejemplo de función informativa, en el cual se informa sobre los trastornos de la conducta alimentaria; y posteriormente, un ejemplo de la función expositiva, en el cual se exponen los resultados de la investigación:

Suicide is an important public health problem and one of the main causes of death among individuals with eating disorders, as such disorders share numerous risk factors for suicide, such a purging, depression, substance abuse, anxiety and impulsiveness.

Table 1 shows that 25% of the 1379 adolescents surveyed were considered positive for inadequate eating behaviour based on EAT- 26 and 29.3% has a medium score for bulimia nervosa. On the BITE severity scale, only 0.4% was classified with highly intensive severity.

2.1.4 Formato y diagramación

Debido a lo que se especifica en el ET, se analizará brevemente la diagramación y el formato del TF.

El formato del texto es .pdf., lo cual se considera importante, ya que se va a trabajar con memoria de traducción (MT) (véase Capítulo 4), las cuales no siempre son compatibles con ese u otros formatos. Por otro lado, la diagramación incluye apartados que corresponden al título, luego se presentan los autores y, posteriormente, un cuadro resumen. Además, el texto está escrito en dos columnas y posee cuadros, encabezados y pies de página, de acuerdo al formato de la revista científica a la que pertenece el TF.

2.2 Elementos intratextuales

2.2.1 Estructura textual

Byrne (2014, p. 63) menciona que los apartados más característicos del artículo científico son el resumen, introducción, materiales, procedimientos, resultados, discusión y referencias. De esta manera, se identificó que la estructura del TF es la siguiente:

- Resumen
- Introducción
- Materiales y Métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusión

Según lo observado, la estructura que más se asemeja al texto corresponde al modelo AIMRaD (*Abstract, Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion*) que mencionan

Cargill y O'Connor (2009, p. 10). Sin embargo, el TF además posee un apartado de “Conclusión” y, aunque el modelo AIMRaD no incluye dicho apartado, la estructura de los artículos de investigación puede variar (Byrne, 2014, p. 63).

2.2.2 Léxico

El aspecto más importante en cuanto al léxico que posee el TF es su diversidad y densidad terminológica. Los términos corresponden a “unidades léxicas con valor especializado” (Cabré, 2002, p. 11). Asimismo, la presencia de términos es una de las principales características de los textos científico-técnicos (Cabré, 2004, p. 9). A continuación, se presenta un ejemplo de una oración con alta densidad terminológica:

Data analysis involved **one-dimensional** and **two-dimensional tables** with **absolute and relative frequencies** as well as the calculation of **odds ratios (OR)** and respective 95% **confidence intervals** associated with the levels described using **Pearson’s chi-square test**.

En cuanto a la diversidad terminológica, se identificaron términos del área médica, tales como *concomitant symptoms*, *screening* y *substance abuse*; y del área estadística, como *absolute frequency*, *internal consistency* y *standard deviation*. Finalmente, el TF también presenta siglas, como se observa a continuación:

BITE furnishes results on two scales: one on symptoms (30 yes/no items with the score ranging from 0 to 30) and another on severity (three dimensional items).

EAT-26 is widely used in screening studies for the early identification of symptoms of eating disorders.

2.2.3 *Sintaxis*

Aunque la comunicación científica pretende ser clara y precisa, en la realidad es común encontrar textos con gran complejidad sintáctica (Vásquez y del Árbol, 2006, p. 307). En el TF se identificaron tres estructuras sintácticas predominantes: 1) voz pasiva, la cual corresponde a la construcción *to be* + participio, 2) nominalización, en la cual se utilizan construcciones nominales en lugar de verbos y 3) uso de gerundios, verbos con terminación *-ing*, como se observa a continuación:

Voz pasiva

A population-based, cross-sectional study **was conducted** during a four-month period in 2014 in the city of Recife.

Eighteen public schools **were randomly selected** from a list provided by the Pernambuco State Secretary of Education to participate in the present study.

Descriptive and inferential statistics **were used** for the data analysis.

Nominalización

It assists in **the detection of clinical cases** in populations at high risk and **the identification of individuals** with abnormal concerns regarding eating and weight.

Descriptive analysis was used to characterise the sample based on **the calculation of measures** of dental tendency.

Bivariate analysis was performed first using Pearson's chi-square test for **the selection of variables** for **the adjustment of the logistic regression model**.

Gerundios

In the multivariate analysis, a binary logistic regression model was adjusted, **including** variables with a p-value <0.05 in the binary analysis as possible explanatory variables.

A four-month period in 2014 in the city of Recife (northeast Brazil) **involving** individuals aged 10 to 17 years.

Prior to administration, statements of informed consent were sent to the parents/guardians of the students in compliance with the norms stipulated in Resolution 466 of December 12th, 2012 of the National Board of Health of the Brazilian Health Ministry regarding studies **involving** human subjects.

2.2.4 Elementos no verbales

Los elementos no verbales corresponden a elementos que no son parte del código lingüístico (Pobocikova, 2012, p. 22). En base a esto, en el TF se identificaron elementos no verbales tales como cuadros, cifras, signos, negritas y encabezados de página, como se evidencia en la siguiente imagen:

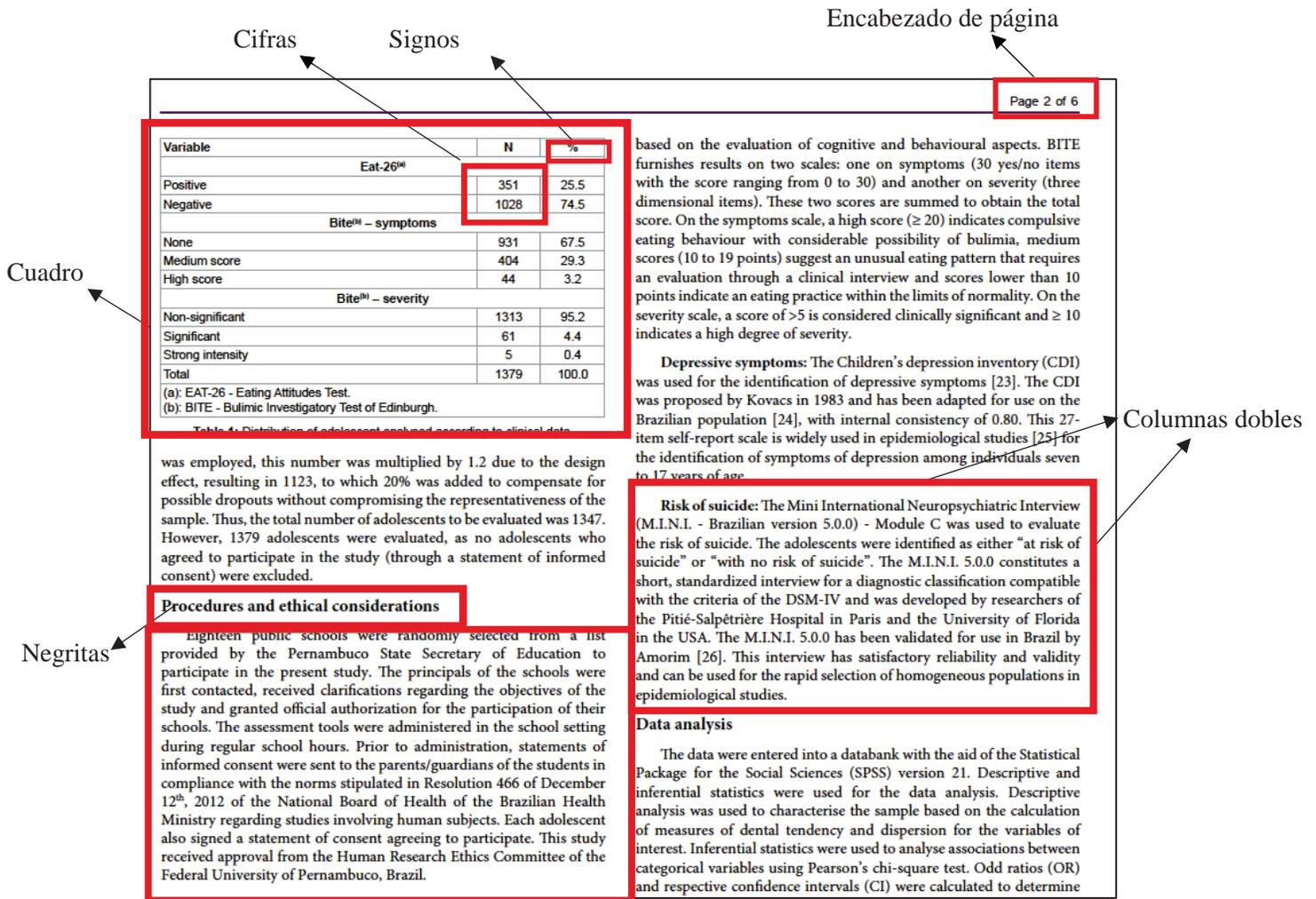


Imagen 1: Ejemplo de la diagramación del texto fuente.

Capítulo 3: Proceso de traducción

En el PT se utilizó el proceso recomendado por Montalt Resurrecció y González Davies (2014, pp. 23-25), en función de los requerimientos del TF.

3.1 Lectura del TF

La lectura del TF consistió en tres lecturas. La primera fue una lectura general para anticipar futuros problemas y dificultades de la traducción. La segunda lectura se realizó en mayor profundidad, para comprender el texto y establecer relaciones entre un párrafo y otro (Montalt Resurrecció y González Davies, 2014, p. 24). Finalmente, durante una tercera lectura se identificaron los términos desconocidos.

3.2 Documentación

Durante la documentación se investigó sobre el tema, ya que resulta fundamental comprender el tema del texto para poder traducir (Claros, 2006, p. 90). Asimismo, se consultaron textos paralelos (Anexo 2) y diccionarios² y glosarios^{3 4} especializados bilingües y monolingües.

3.3 Creación del glosario

Cabré (2000, p. 3) menciona tres niveles en los que un traductor puede involucrarse en la terminología, dentro de los cuales destaca el segundo, que corresponde a la “creación de un

² Navarro, F. (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (2da edición). Madrid: McGraw-Hill

³ Salagridas, M. V., Navarro, F., Munoua, L., Mugüerza, P. y Villegas, A. (2008). *Glosario EN-ES de ensayos clínicos (1º parte A-M)*. Panace@ Vol. IX (27)

⁴ Salagridas, M. V., Navarro, F., Munoua, L., Mugüerza, P. y Villegas, A. (2008). *Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2º parte N-Z)*. Panace@ Vol. IX (28)

banco de datos de términos puntuales”. Por lo tanto, para el propósito de este trabajo, se confeccionó un glosario en un archivo de Microsoft Excel, para incorporar los términos identificados en 3.1.

La creación del glosario tuvo gran relación con la etapa de documentación, puesto que durante esta última se reconoció una gran variedad de fuentes que serían de utilidad para completar el glosario, tales como diccionarios y libros especializados.

El glosario (Anexo 2) cuenta con un total de 42 entradas que incluyen la siguiente información: término origen, término meta, fuente del término meta, definición del término meta, fuente de la definición y notas.

3.4 Confección del borrador

Se importó el TF a la MT y se comenzó a traducir con la ayuda del material recaudado en 3.2 y otros textos paralelos que se buscaron adicionalmente durante esta etapa, de acuerdo a las necesidades que surgían durante la traducción.

3.5 Revisión y edición

El primer paso fue revisar el borrador en cuanto al contenido (Mossop, 2014, p. 83), es decir, cerciorarse de que la información del TM fuese la misma que la del TF. Después, se prosiguió con la revisión de estilo (ibíd., p. 63), en la cual se corrigió principalmente la sintaxis y la puntuación, con la ayuda de diccionarios y guías de estilo⁵ ⁶, para así lograr un TM fluido y natural, de acuerdo a lo especificado en el ET.

⁵ Claros, G. (2008). Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no saber dónde encontrarlo. *Panace*, vol. 9 (28), pp. 145-157.

⁶ Diccionario Panhispánico de Dudas. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>

3.6 Diagramación y conversión del formato

Debido a que la MT no era compatible con el formato .pdf del TF fue necesario convertir el archivo a .docx antes de importarlo a la memoria. Luego, una vez exportado el TM (Anexo 3), fue necesario ajustar la diagramación del TM, puesto que, al exportar el texto, se produjeron desalineaciones de márgenes y párrafos (véase Capítulo 4). Finalmente, se convirtió el formato de .docx a .pdf, según lo especificado en el ET, con la opción de ‘guardar como’ de Microsoft Word.

Capítulo 4: Memoria de traducción

Para realizar la traducción, se utilizó Memsources Cloud, un programa de traducción asistida en línea gratuito. A continuación, se presentarán las ventajas y desventajas de utilizar este programa.

4.1 Ventajas

La primera ventaja de utilizar una MT fue la posibilidad de importar el glosario, lo que ayudó a velar por la consistencia terminológica a lo largo del texto. Por otra parte, la alineación por segmentos en paralelo también resultó beneficiosa, pues se considera agradable y dinámica para trabajar en la traducción. Finalmente, la MT posee un contador de segmentos y otro de palabras, que ayudó a tener una noción del avance en la traducción.

4.2 Desventajas

Entre las desventajas destaca la incompatibilidad del programa con el formato .pdf, puesto que previo a importar el texto, fue necesario convertir el formato .pdf a .docx, con ayuda del programa Adobe Acrobat DC Pro. Esta conversión causó desajustes en la diagramación del TF, por lo que fue necesario invertir tiempo en corregir la diagramación antes de importar el TF. Además, luego de exportar el texto, la MT no mantuvo la diagramación correspondiente, por lo que fue necesario corregirla nuevamente, lo que causó retrasos considerables, puesto que se tuvo que diagramar el texto dos veces.

Capítulo 5: Problemas de traducción

En este capítulo se presentarán cinco problemas de traducción. Para ello, se utilizará la clasificación de problemas propuesta por Hurtado Albir (2001, p. 288), en la cual destacan los problemas extralingüísticos, definidos como problemas asociados a cuestiones temáticas, culturales o enciclopédicas; y los problemas lingüísticos, que corresponden a aquellos que recolectan discrepancias entre las lenguas, en el plano léxico, estilístico, morfosintáctico y textual.

5.1 Problemas extralingüísticos

5.1.1 Variación terminológica

La variación terminológica es uno de los principales problemas que se presentan en la traducción especializada (Freixa, 2005, p. 1). Por su parte, Tercedor (2013, p. 1) define las variantes terminológicas como “las distintas manifestaciones léxicas de un concepto especializado”. Esto

representa un problema puesto que el traductor deberá decidir qué variante utilizar (Bawker y Hawkins, 2006, p. 79). A continuación, se presenta un problema de variación terminológica relacionado al término *chi-square test*, una prueba que contrasta si una hipótesis es coherente con los datos obtenidos en una muestra:

Inferential statistics were used to analyse associations between categorical variables using Pearson's **chi-square test**.

De acuerdo a la investigación realizada en el motor de búsqueda Google y en textos paralelos, se identificó que los especialistas utilizan distintas variantes del equivalente en español del término *chi-square test*, tales como 'test de chi-cuadrado', 'prueba de chi-cuadrado', 'prueba de ji-cuadrado', 'prueba de la χ^2 ', entre otras.

Como se observa, la mayoría de las variantes utilizan 'chi-cuadrado', la forma escrita de ' χ^2 '. Sin embargo, Navarro (2005, p. 177) aconseja no utilizar la forma escrita de signos en contextos científicos, por lo que propone el equivalente 'prueba de la χ^2 '. Por lo tanto, se decidió utilizar dicho equivalente para evitar la palabra 'chi-cuadrado', con la técnica del equivalente acuñado, la cual consiste en utilizar un equivalente reconocido por un diccionario. (Hurtado Albir, 2001, p. 270). Además, según el ET, los destinatarios del texto serán expertos en el tema, por lo que cuentan con el conocimiento para reconocer el signo. Por lo tanto, se propuso la siguiente solución:

La estadística inferencial se utilizó para analizar relaciones entre variables categóricas, utilizando la **prueba de la χ^2** de Pearson.

5.2 Problemas lingüísticos

5.2.1 Redundancia

Claros (2006, p. 91) indica que la redundancia es una característica común de los textos científicos y la define como “el uso excesivo de una palabra o concepto”. Sin embargo, los textos científicos deben ser precisos y concisos (Cabré, 2002, p. 13). Por lo tanto, en caso de identificar un elemento redundante, el traductor deberá decidir si es pertinente mantener el elemento redundante o no. Un ejemplo de este fenómeno se aprecia en el siguiente enunciado con los términos *thoughts* y *suicidal ideation*:

Moreover, previous studies only offer information on suicidal ideation, which demonstrates that knowledge on the correlates of the risk of suicide in adolescents with eating disorders is limited, since the risk of suicide encompasses both **thoughts (suicidal ideation)** as well as planning a suicide attempt and is manifested in different manners.

La función del paréntesis (*suicidal ideation*) es explicar a qué se refiere *thoughts*, por tanto, ambos hacen referencia al concepto de pensamientos suicidas. Por un lado, *suicidal ideation*, es mencionado al inicio de la oración, por lo que incluirlo entre paréntesis seguido de *thoughts* resulta redundante. Además, *thoughts* no tiene referente previo y, por esta razón, resulta difícil establecer una relación con el concepto.

Es por esta razón, que se optó por omitir la traducción de *thoughts* y solo traducir *suicidal ideation*. Para este propósito, se utilizó la técnica de elisión, la cual consiste en eliminar elementos presentes en el TF (Hurtado, 2001, p. 270). De este modo, se entiende fácilmente la referencia del concepto con la idea del comienzo de la oración. Por consiguiente, el problema se resolvió de la siguiente forma:

Por otra parte, estudios previos solo ofrecen información sobre ideas de suicidio, lo que demuestra que el conocimiento sobre la correlación del riesgo de suicidio en adolescentes con trastornos alimentarios es limitada, puesto que el riesgo de suicidio abarca tanto las **ideas de suicidio**, como también la planificación de un intento de suicidio, y se manifiesta de diferentes maneras.

5.2.2 Sintaxis compleja

La sintaxis corresponde al conjunto de reglas para combinar palabras (Levy, 1967, en Venuti, 2000, p. 156) y, tal como se mencionó en 3.2.3, la sintaxis de los textos científicos puede ser compleja (Vásquez y del Árbol, 2006, p. 307). En el TF se identificó una situación de sintaxis compleja que se presenta en el siguiente ejemplo, donde cada elemento de la oración está identificado con un número entre corchetes:

[1] Socio-economic and demographic data on each participant, [2] along with data regarding symptoms of eating disorders, depressive symptoms and the risk of suicide, [3] were acquired [4] using different questionnaires.

En el enunciado, el orden sintáctico de los elementos es complejo, puesto que la frase preposicional [2] se interpone con la frase verbal [3], lo que provoca que quede muy alejado del sujeto [1]. Para evitar esta situación, [3] y la frase participio [4] se ubicaron al comienzo de la oración, puesto que Amador Domínguez (2007, p. 122) aconseja respetar la sintaxis de la lengua meta. Para esto, se utilizó la técnica de reestructuración, la cual consiste en modificar la estructura de una oración cuando la sintaxis de la lengua fuente no es compatible con la de la lengua meta (Parkinson de Saz, 1984, p. 108). De esta manera, [4] se convierte en un complemento circunstancial que da paso a la oración principal, la cual comienza con [3] en

forma de pasiva impersonal con ‘se’, donde [1] y [2] actúan como objeto directo. Por consiguiente, la solución al problema es la siguiente:

[4] Tras emplear diferentes cuestionarios, [3] se obtuvo [1] la información socio-económica y demográfica de cada participante, [2] así como también información relacionada al riesgo de suicidio y a síntomas de trastornos alimentarios y de depresión.

5.2.3 Inconsistencia en la ortotipografía del inglés

Se observó que el TF presenta inconsistencia en relación a su ortotipografía, área que define el significado y uso correcto de signos tipográficos, tales como signos de puntuación y elementos relacionados a la diagramación, utilizados para separar, destacar y aclarar un texto (Díaz-Cintas y Remael, 2014, p. 102). En estas circunstancias es imperativo no cometer las mismas inconsistencias, puesto que la ortotipografía inglesa y española difieren (Claros, 2008, p. 146). Por ejemplo, en inglés las cifras con decimales se designan con punto y en español, con coma. A continuación, se presenta un ejemplo del TF que presenta la inconsistencia en el uso de los signos ‘>’ y ‘≥’:

On the severity scale, a score of >5 is considered clinically significant and ≥ 10 indicates a high degree of severity.

En el primer caso se evidencia que ‘>’ está junto al número, por el contrario, en el segundo, ‘≥’ está separado. Para solucionar este problema se consultó el *Diccionario Panhispánico de Dudas*⁷, el cual explica que los símbolos se deben separar de la cifra a la que acompañan. Por

⁷ Diccionario Panhispánico de Dudas. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>

consiguiente, se mantuvieron los espacios entre símbolo y cifra en todo el texto, tal como se presenta a continuación:

En la escala de gravedad, una puntuación > 5 se considera clínicamente grave y ≥ 10 se considera muy grave.

5.2.4 Inconsistencia en el uso de siglas

Las siglas son elementos comunes en textos científicos y consisten en utilizar las iniciales de una palabra compleja para formar una unidad léxica distinta (Claros, 2008, p. 156). En cuanto a las siglas del TF, se identificó que su uso es inconsistente, lo que representa un problema para el traductor, puesto que según el ET se debe mantener la consistencia. A continuación, se presenta un ejemplo de inconsistencia en el uso de la sigla del término *confidence interval*:

Odd ratios (OR) and respective [1] **confidence intervals (CI)** were calculated to determine the strength of associations between the independent variables and outcome (risk of suicide). 5% was used as the margin of error and 95% was used for the [2] **confidence interval**.

En [1] se observa que se incluye la sigla de *confidence interval*, *CI*, entre paréntesis, pero no así en [2]. En este caso, la función de especificar la sigla de un término entre paréntesis es luego repetir solo la sigla a lo largo del texto (Mack, 2012, p. 1). Por tanto, en [2] sería correcto utilizar solo la sigla del término, como se especifica en [1].

Para solucionar este problema, en [2] se utilizó la sigla ‘IC’⁸ en lugar de reiterar el término completo, con la técnica de compresión lingüística, en la cual “se sintetizan elementos lingüísticos” (Hurtado Albir, 2001, p. 270). Por consiguiente, se propuso la siguiente traducción:

Los odds ratios (OR) y los respectivos [1] **intervalos de confianza (IC)** se calcularon para determinar cuán estrecha es la relación entre las variables independientes y la consecuencia (riesgo de suicidio). Se determinó un margen de error del 5 % y un [2] **IC** del 95 %.

⁸ Navarro, F. (2017). *Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español* (2.ª edición). Cosnautas versión 2.15

Conclusión

El trabajo consistió en traducir un texto y posteriormente elaborar un comentario, el cual se centró en contextualizar y analizar el texto fuente, y en describir el proceso de traducción, el uso de memoria de traducción y los principales problemas de traducción.

Lo primero que se destaca es la importancia del análisis textual, puesto que ayudó a anticipar posibles problemas relacionados a la autoría y la terminología del texto, principalmente.

Luego, en cuanto al proceso de traducción, se considera que la etapa de documentación fue de suma importancia, puesto que permitió comprender el texto y conocer la terminología y fraseología apropiada, lo que contribuyó a lograr una traducción más natural y fluida.

En cuanto al uso de memoria de traducción, se concluye que, para textos con diagramación compleja y un formato incompatible, utilizar estos programas no es útil, puesto que diagramar y convertir el texto, tanto antes de importarlo como después de exportarlo de la memoria, requirió tiempo adicional.

Finalmente, en cuanto a los problemas de traducción se destacan las diversas competencias que debe poseer un traductor para solucionarlos, puesto que no bastó solo con manejar los idiomas inglés y español, sino que también se requirió gran conocimiento del tema y capacidad de investigación y documentación para optar por las soluciones más apropiadas.

Palabras de traducción: 2335

Palabras de comentario: 3665

Total de palabras: 6000

Referencias

- Amador Domínguez, N. (2007). Diez errores usuales en la traducción de artículos científicos. *Panace@*, vol. 9(26), pp. 121-123.
- Byrne, J. (2014). *Scientific and technical translation explained: a nuts and bolts guide for beginners*. Londres: Routledge.
- Cabré, M. T (2000). El traductor y la terminología: necesidad y compromiso. *Panace@*, vol. 1(2), pp. 2-3.
- Cabré, M. T. (2002). Textos especializados y unidades de conocimiento: metodología y tipologización. En: García Palacios, Joaquín; Fuentes, M. Teresa (eds). *Texto, terminología y traducción*. Salamanca: Ediciones Almar, pp. 15-36.
- Cabré, M. T. (2004). La terminología en la traducción especializada. En: Gonzalo García, Consuelo; García Yebra, Valentín (eds.) *Manual de documentación y terminología para la traducción especializada* (pp. 89-122). Madrid: Arco/Libros. Colección: Instrumenta Bibliológica.
- Cargill, M. y O'Connor, P. (2009). *Writing scientific research articles* Londres: Willey Blackway.
- Claros, M. G. (2006). Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español (I). *Panace@*, vol. 7(23), pp. 89-94.
- Claros, M. G. (2008). Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo. *Panace@*, vol. 9(28), pp. 145-158.
- Díaz-Cintas, J., y Remael, A. (2014). *Audiovisual translation: subtitling*. Londres: Routledge.
- Freixa, J. (2005). Variación terminológica: ¿Por qué y para qué?. *Meta: Translators' Journal*, vol. 50(4).
- Hurtado, A. (2001). *Traducción y traductología*. España, Madrid: Ediciones Cátedra.
- Levy, J. (1967). Translation as a decision process. En: Venuti, L. (ed.). *The translation studies reader* (pp. 148-159). Londres: Routledge.
- Mack, C. (2012). How to write a good scientific paper: acronyms. *Journal of micro/nanolithography, MEMS, and MOEMS*, vol. 11(4).

- Ministerio de Saludo de Chile. (2013). *Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago, Chile.
- Montalt Resurrecció, V. y González Davies, M. (2007): *Medical Translation Step by Step: Learning by Drafting*. Londres: Routledge.
- Mossop, B. (2014). *Revising and editing for translators* (3° ed.). Londres: Routledge.
- Navarro, F. (2001). El inglés: idioma internacional de la medicina. *Panace@*, vol. 2(3), pp. 35-51.
- Navarro, F. (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. España, Madrid: McGraw-Hill.
- Nord, C. (1997). *Translating as a purposeful activity: functionalist approaches explained*. Nueva York: Routledge.
- Nord, C. (2005). *Text analysis in translation. Theory, methodology and didactic application of a model for translation-oriented text analysis* (2° ed.). Nueva York: Editions Rodopi B. V.
- Olohan, M (2015). *Scientific and technical translation*. Londres: Routledge.
- Pobocikova, P. (2012). *Changes in a source text during repeated translation* (tesis de magíster). Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta, Brno.
- Tercedor, M. (2013) *Una perspectiva situada de la variación denominativa*. Debate Terminológico. No. 9, pp. 81-88.
- Vázquez y del Árbol, E. (2006). La redacción del discurso biomédico (inglés-español): rasgos principales. *Panace@*, vol. 7(24), pp. 307-317.
- Veermer, F. (1989). Skopos and commission in translational action. En: Venuti, L. (ed.). *The translation studies reader* (pp. 223-232). Londres: Routledge.

Anexo

Encargo de traducción

Fecha de entrega	14 de junio del 2017.
Lengua fuente	Inglés.
Lengua meta	Español chileno natural y fluido.
Tema	Psiquiatría (trastornos alimentarios, depresión y suicidio).
Tipo de texto	Artículo científico.
Terminología especializada	El texto posee terminología especializada.
Audiencia del texto meta	Psiquiatras del Centro de Investigación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Para qué utilizará el TM la audiencia	Replicar en Chile la investigación que se describe en el artículo.
Requerimientos específicos del cliente	Mantener la diagramación y formato del texto fuente.
Cantidad de palabras	Traducir las primeras 2335 palabras.