

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



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE  
VALPARAÍSO**

**TRADUCCIÓN COMENTADA DEL ARTÍCULO**  
***PREVALENCE OF DEPRESSION AND PAST SUICIDE ATTEMPT IN***  
***PRIMARY CARE***

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

**Estudiante:** Danka Cataldo Estay  
**Profesora Guía:** Marcela Cuadra Silva  
2019

## **Agradecimientos**

Para comenzar, me gustaría agradecer a mi profesora guía Marcela Cuadra por todo el apoyo que me entregó durante este proceso. Además, me gustaría agradecer a la profesora Stephanie Díaz por ayudarme a solucionar un problema de traducción presente en este trabajo.

En segundo lugar, agradezco a mis padres y hermana, quienes son el pilar fundamental de mi vida, por el apoyo que me entregaron durante toda mi formación académica y por su amor incondicional que me permitió seguir adelante y llegar hasta este momento.

Por último, agradezco a aquellas personas que hicieron de mi etapa universitaria un lindo recuerdo.

## **Resumen**

El presente trabajo corresponde a una traducción del inglés al español de un texto científico-técnico titulado *Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care* y a un comentario crítico que contiene cinco capítulos. El primer capítulo entrega información sobre el contexto del trabajo, es decir, información sobre la traducción, la traducción científico-técnica, los motivos de la elección del texto fuente, el encargo de traducción y el tema del texto fuente elegido. El segundo capítulo analiza los factores extratextuales e intratextuales del texto fuente. El tercer capítulo entrega una explicación detallada del proceso de traducción, es decir, información sobre la lectura del texto fuente, la documentación, la confección del glosario, el borrador del texto meta, la revisión y la edición. El cuarto capítulo explica las ventajas y desventajas de la herramienta de traducción asistida utilizada para la traducción del texto fuente. Por último, el quinto capítulo describe dos problemas de traducción y entrega sus soluciones pertinentes.

Palabras clave: traducción científico-técnica, comentario crítico, depresión, suicidio

## **Abstract**

This project consists of a translation from English into Spanish from the scientific article *Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care* and a critical commentary that includes five chapters. The first chapter provides information on the context of the project, that is, information about translation, scientific and technical translation, the reasons why the source text was chosen, the translation brief, and the topic of the source text. The second chapter analyzes the extratextual and intratextual factors of the source text. The third chapter offers a detailed explanation of the translation process, such as the reading of the source text, the documentation, the creation of the glossary, the draft of the target text, the revision and the edition. The fourth chapter explains the advantages and disadvantages of the computer-assisted translation tool that was used for the translation of the source text. Lastly, the fifth chapter describes two translation problems that were found in the source text and presents their corresponding solutions.

Key words: scientific and technical translation, critical commentary, depression, suicide

## Índice

Listado de imágenes.....	vi
Listado de anexos .....	vi
Texto fuente.....	vii
Texto meta .....	xi
Introducción.....	1
Capítulo 1: Contexto del trabajo .....	2
1.1. Traducción .....	2
1.2. Traducción científico-técnica.....	3
1.3. Elección del texto fuente.....	4
1.4. Encargo de traducción .....	5
1.5. Depresión y suicidio .....	7
1.5.1. La depresión.....	7
1.5.2. El suicidio .....	8
Capítulo 2: Análisis textual .....	11
2.1. Factores extratextuales.....	11
2.1.1. Audiencia .....	11
2.1.2. Función textual .....	12
2.1.3. Tipología textual .....	14
2.2. Factores intratextuales .....	15
2.2.1. Estructura textual.....	15
2.2.2. Elementos no verbales .....	17
2.2.3. Léxico .....	19
2.2.4. Sintaxis .....	21
2.2.4.1. Nominalización.....	22
2.2.4.2. Voz pasiva.....	22
Capítulo 3: Proceso de traducción .....	24
3.1. Lectura del texto fuente.....	24
3.2. Documentación .....	25
3.3. Confección de glosario .....	26

<b>3.4. Borrador del texto meta .....</b>	<b>27</b>
<b>3.5. Revisión.....</b>	<b>28</b>
<b>3.6. Edición .....</b>	<b>28</b>
<b>Capítulo 4: Tecnologías de traducción .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Ventajas .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Desventajas.....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo 5: Problemas de traducción y soluciones .....</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Problema textual: omisión.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2. Problema de falta de equivalencia a nivel de palabra .....</b>	<b>35</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 3 .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 4 .....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 5 .....</b>	<b>51</b>

## **Listado de imágenes**

Imagen 1: Logos

Imagen 2: Cuadro

Imagen 3: Cifras

Imagen 4: Signos

## **Listado de anexos**

Anexo 1: Textos científico-técnicos consultados en la documentación temática

Anexo 2: Diccionarios y glosarios consultados para realizar la traducción

Anexo 3: Textos consultados en la documentación contextual o co-textual

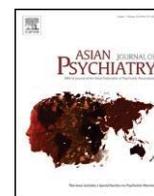
Anexo 4: Glosario terminológico inglés-español

Anexo 5: Diccionarios y glosarios consultados para buscar el equivalente del término *screening tool*



Contents lists available at ScienceDirect

## Asian Journal of Psychiatry

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ajp](http://www.elsevier.com/locate/ajp)

Asian pearls

## Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care



Pillaveetil Sathyadas Indu<sup>a,c,\*</sup>, Thekkethayil Viswanathan Anilkumar<sup>b,c</sup>, Ramdas Pisharody<sup>c</sup>, Paul Swamidhas Sudhakar Russell<sup>d</sup>, Damodaran Raju<sup>b</sup>, P. Sankara Sarma<sup>e</sup>, Saradamma Remadevi<sup>a,c</sup>, K.R. Leela Itty Amma<sup>a</sup>, A. Sheelamoni<sup>c</sup>, Chittaranjan Andrade<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Department of Community Medicine, Government Medical College, Trivandrum, Kerala, India

<sup>b</sup> Department of Psychiatry, Government Medical College, Trivandrum, Kerala, India

<sup>c</sup> Clinical Epidemiology Resource & Training Centre, Government Medical College, Trivandrum, Kerala, India

<sup>d</sup> Department of Child Psychiatry, Christian Medical College, Vellore, India

<sup>e</sup> Department of Biostatistics, Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Trivandrum, India

<sup>f</sup> Department of Psychopharmacology, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

## ARTICLE INFO

## Article history:

Received 9 June 2016

Received in revised form 10 February 2017

Accepted 12 February 2017

## Keywords:

Depression  
Suicide attempt  
Prevalence  
Primary care

## ABSTRACT

**Background:** It is known that persons who die by suicide commonly visit a primary care physician (PCP) shortly before the fatal act. There is little information on history of suicide attempt in depressed patients who consult PCPs for non-mental health indications. This information is important because past history of suicide attempt is a known predictor of future suicide risk.

**Objective:** To estimate the prevalence of depression among outpatients in primary care and to determine the prevalence and determinants of past suicide attempt among them.

**Method:** This cross-sectional study was conducted in six primary care settings, both public and private, in Kerala, India. A psychiatrist evaluated adult outpatients (n = 827), diagnosed depression using ICD-10 Diagnostic Criteria for Research, and elicited history of suicide attempt.

**Results:** Overall depression prevalence was 27.2% and was higher in women. Past suicide attempt was identified in 6.9% (95% CI, 5.17–8.63%) of all outpatients; higher in women (9.2%) than men (3.6%). Among the depressed, 21.3% had previously attempted suicide; while this figure was 1.5% in the non-depressed. The prevalence of current depression was 81% (severe depression, 61%) in patients reporting past suicide attempts. In univariate analyses, female gender, perceived financial stress, and being depressed were significantly associated with past suicide attempts. In multivariate analysis, current depression was the largest predictor of past suicide attempt (adjusted odds ratio, 14.3; 95% CI, 6.60–31.07).

**Conclusion:** Depression and suicide attempt are both common in primary care. Depression is the single most important predictor of suicide attempt.

© 2017 Elsevier B.V. All rights reserved.

## 1. Introduction

Depression is a public health priority and is predicted to be a leading contributor to the global burden of disease by the year 2030 (Mathers and Loncar, 2006). Depression is associated with high morbidity in terms of functional disability, poor quality of life, worsening of co-existing physical illnesses and increased risk of other non-communicable diseases such as ischemic heart disease (Charlson et al., 2013). Suicide is the worst public health

consequence of unresolved depression. Suicide was the tenth leading cause of death in the United States in 2009, with an age-adjusted rate of 11.8 deaths per 100,000 individuals (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Suicide is associated with diverse risk factors and depression is one of the important modifiable risk factors for suicide. It is therefore important to identify depression at the primary health care level, itself, not only to address the burden of disease but also to address the risk of suicide.

A review of 286 deaths by suicide found that 91% of the patients had consulted their general practitioners at least once during the previous year (Pearson et al., 2009). Up to three-quarters of patients with suicide attempt are at risk of repeated attempts

\* Corresponding author at: Department of Community Medicine, Govt Medical College, Trivandrum, Kerala 695011, India.

E-mail address: [indupsaniltv@gmail.com](mailto:indupsaniltv@gmail.com) (P.S. Indu).

(Shakeri et al., 2015). Data from the Lundby study (which prospectively explored mental health and personality traits in the general population in Sweden from 1947 to 1997) showed that the long term risk of suicide was high in persons with depression (Holmstrand et al., 2015). Hence, an opportunity for suicide prevention can arise from the identification of persons with a history of suicide attempts, especially those who have current risk factors for suicide, such as depression.

In India, the rate of suicide is 10.6 per 100,000 (National Crime Records Bureau Report, 2014). The annual rate of suicide increases faster in India than in other countries and this is more so among women (Naghavi et al., 2015). A review of suicides in India observed that suicide rates in India are comparable to those of USA and Australia and the greatest predictor of completed suicide is the presence of a previous suicide attempt (Radhakrishnan and Andrade, 2012). Our study sought to estimate the prevalence of depression among adult outpatients who consulted primary care physicians (PCPs) for non-psychiatric indications; to estimate the proportion of depressed and non-depressed patients who had at least one suicide attempt in the past; and to identify predictors of a suicide attempt.

## 2. Methods

### 2.1. Setting

The study was conducted in six primary care settings in the catchment area of the Medical College Health Unit, Pangappara, which is the training centre of the Government Medical College, Trivandrum, located in the capital of Kerala, South India. The population which resides in the catchment area of the health unit is approximately 120,000. Out of the six study sites, two were primary health centres in the public (governmental) domain and four were private clinics. These are the first contact points for people living in the area and patients can directly seek care from these centres without any prior appointment. In public hospitals, consultation and treatment are free; in the private clinics, patients are charged for both.

### 2.2. Sample

We recruited 827 patients, aged 18–60 years, who sought physician consultation for non-mental health indications; patients currently receiving psychotropic drugs were specifically excluded. This was part of a cross sectional study to validate a brief depression screening tool, Primary care Screening Questionnaire for Depression (PSQ4D), which was developed and validated in this age group. The proportion of recruitment from public and private settings was set at 2:1 and systematic sampling was planned. Data collection was done between May 2006 and November 2006. Patients who gave informed consent for participation were included in the study. The Human Ethics Committee of the Government Medical College, Trivandrum reviewed and approved the protocol.

### 2.3. Assessments

After completion of their consultation with the physician, consenting patients were evaluated by a consultant psychiatrist who diagnosed depressive disorder, based on ICD-10 Diagnostic Criteria for Research (DCR) (World Health Organization, 1993). ICD-10 DCR was used as the standard for diagnosis because of existing evidence on its diagnostic utility (Gruenberg et al., 2005). Patients with a DCR-based diagnosis of depressive disorder (F32.0, F32.1, F32.2, and F32.3) or recurrent depressive disorder (F33.0, F33.1, F33.2, F33.3) were defined as 'persons with depressive

disorder', and others as 'persons without depressive disorder'. The history of suicide attempt was elicited by the psychiatrist through a single question whether the patient had attempted suicide at any time in the past, and verified the genuineness of report of an attempt by enquiring about when the attempt occurred, the mode of attempt, and provoking events. We did not use a structured questionnaire to elicit the history of suicide attempt.

We additionally evaluated them for perceived financial stress, by asking the question "Do you have financial difficulties?". Patients diagnosed with any mental health condition were offered treatment, in accordance with ethical requirements in research.

### 2.4. Statistical analysis

We estimated the prevalence of depression and the proportion of patients who had a history of suicide attempt. To quantify the strength of the association between potential predictor variables and suicide attempt, we conducted a univariate analysis and estimated the unadjusted odds ratio for each potential predictor, including depression.

A multivariable model was also developed, using backward stepwise logistic regression analysis, to explore the determinants of past suicide attempt. In this analysis, the variables entered were gender (male/female) family structure (nuclear/extended), education (primary and below/high school and above), marital status (single (including bereaved or divorced)/married), financial stress (no/yes) and depression (no/yes). We analyzed the data using SPSS (version 23) statistical software.

## 3. Results

We approached 848 patients and recruited 827, after excluding 15 patients who were on psychotropic drugs and 6 patients who did not consent. The mean (standard deviation [SD]) age of the sample was 38.0 (11.1) years. A sociodemographic description of the sample is provided in Table 1.

### 3.1. Depression

The prevalence of psychiatrist-diagnosed ICD-10 depressive disorder in the total sample was 27.2% (225/827). The prevalence of depression was 2.1 times higher in women (170/491; 34.6%), than in men (55/336; 16.4%), and was 2.9 times higher in public hospitals (192/552; 34.8%), than in private (33/275; 12.0%) clinics.

### 3.2. History of suicide attempt and its determinants

Among the 827 patients who approached primary care physician for non-mental health indications, 57 had a past history of suicide attempt; making the overall prevalence 6.89% (95% CI, 5.17–8.63%). There was no significant difference in this proportion between public hospitals (7.8%) and private hospitals (5.1%). Past suicide attempt was significantly more prevalent among women (9.2%), as compared to men (3.6%). Its prevalence was also higher among those who had minimum formal education; 18.3% among those who had education up to primary level, 6.3% among those who had high school education, and 2.1% among those who had collegiate education endorsed a history of suicide attempt.

Suicide attempt was more among those who were divorced or separated or widowed (15.9%) as compared to those who were currently married (6.5%) or never married (3.1%). In the total sample, those who had a history of attempted suicide were older by a mean age of 3 years compared to those who did not. The prevalence of suicide attempt was higher in the 51–60 year age group (11%) and in extended families (8.3%) but the differences were not statistically significant. There was also no significant

**Table 1**  
Sociodemographic profile and univariate analysis on determinants of suicide attempt.<sup>a</sup>

Variable	Whole sample n = 827(%)	Suicide Attempt		Statistic <sup>b</sup>	p value
		Yes n = 57(%)	No n = 770(%)		
Mean age in years(SD)	37.9(11.4)	40.8(11.9)	37.7(11.4)	t = 1.97	0.048
Gender	336(100)	12(3.6)	324(96.4)	2.72(1.42–5.23)	0.002
Men	491(100)	45(9.2)	446(90.8)		
Women					
Setting	552(100)	43(7.8)	509(92.2)	1.58(0.85–2.9)	0.15
Public	275(100)	14(5.1)	261(94.9)		
Private					
Level of education	9.7 (3.6)	7.4 (3.3)	9.9 (3.6)	t = -5.0	<0.001
Mean years of education (SD)					
Marital status	617 (100)	40(6.5)	577(93.5)	0.8 (0.4–1.4)	0.22
Currently Married	210(100)	17(8.1)	193(91.9)		
Never married/Separated					
Family structure	513(100)	31(6.0)	482(94.0)	0.7 (0.4–1.2)	0.42
Nuclear	314(100)	26(8.3)	288(91.7)		
Extended or joint					
Place of residence	563(100)	41(7.3)	522(92.7)	1.2 (0.7–2.2)	0.52
Rural	264(100)	16(6.1)	248(93.9)		
Urban					
Perceived Financial Stress	282(100)	33(11.7)	249(88.3)	2.9(1.7–5.0)	<0.001
Present	545(100)	24(4.4)	521(95.6)		
Absent					
DEPRESSIVE DISORDER	<b>225(100)</b>	<b>48(21.3)</b>	<b>177(78.7)</b>	<b>17.9 (8.6–37.1)</b>	<b>&lt;0.001</b>
Present	<b>602(100)</b>	<b>9(1.5)</b>	<b>593(98.5)</b>		
Absent					

<sup>a</sup> Unless otherwise specified, data are cell frequency (%).

<sup>b</sup> t value for continuous variables, crude odds ratio (95% CI) for categorical variables.

difference between patients from rural (7.3%) and urban (6.1%) areas. Finally, the prevalence of suicide attempt was higher among those who had endorsed financial stress (11.7%), compared to those who did not (4.4%). **Table 1** presents the results of the univariate analysis of potential determinants of suicide attempt.

### 3.3. Depression and suicide attempt

A diagnosis of current depressive disorder was strongly associated with a history of suicide attempt. The proportion of persons with history of suicide attempt was 21.3% among those who had current depressive illness but only 1.5% among the non-depressed. Most (48/57; 84.2%) of the subjects who endorsed a past history of suicide attempt had depressive disorder at the time of evaluation (**Table 1**). Depression had the highest unadjusted odds ratio (OR; 17.9) for suicide attempt. The severity of depression was also high among those with a history of previous attempted suicide. Majority of them (35/57, 61.4%) had severe depression, compared to mild (4/57; 7%) or moderate (9/57; 15.8%) depression.

In univariate analysis, besides depression, significant association with suicide attempt was found in female gender, those having fewer years of education, and having perceived financial stress. In the multivariate logistic regression analysis, presence of depressive disorder (adjusted OR, 14.6; 95% CI, 6.9–31.1) was strongly associated with suicide attempt, and primary school education (or lower) less strongly so (OR, 2.14; 95% CI, 1.15–3.99). Other variables were not associated with statistically significant odds (**Table 2**).

## 4. Discussion

We observed that, among patients who consult primary care physicians for non-mental health indications, the prevalence of depression was high (27.2%). It was higher in women (34.6%), compared to men (16.4%) and higher in the public hospitals (34.8%), compared to the private clinics (12%). We observed that 6.9% of the sample reported a past suicide attempt. We identify

female gender, financial stress, low education, and (most important of all) current depression as markers or risk factors for suicide risk. A diagnosis of current depression was associated with nearly 15 times higher odds of a history of suicide attempt, and that 84.5% of those who had a history of suicide attempts satisfied ICD-10 criteria for depressive disorder. Above all, the prevalence of severe depression among those who had a past history of suicide attempt was 61%.

The figures that we obtained on depression prevalence are comparable to a 21% prevalence of depression previously reported in Indian primary care setting ([Amin et al., 1998](#)); and to a 24% prevalence of mixed anxiety-depression and 19% prevalence of depression (ICD-10 criteria) in another primary health care setting ([Patel et al., 1998](#)). A large population-based study conducted in South India estimated a prevalence of 15.9% in the general population, which is among the highest reported figures for the prevalence of depression in the community ([Poongothai et al., 2009](#)).

We found that the point prevalence of depression is nearly three times higher in the governmental healthcare settings (public hospitals) that cater to the lesser privileged in society, than in the private. The proportion of patients with higher level of education, higher income and high salaried occupation was more in the private setting. The prevalence in private hospitals (12%) was comparable to the depression prevalence in primary care and general practice settings in more developed countries ([King et al., 2008](#)).

The prevalence of depression was 2.1 times higher among women. Though the gender ratio was as expected, the absolute

**Table 2**  
Risk factors for suicide attempt in Primary Care- Multivariable Analysis.

Risk factor	Adjusted Odds ratio	95% CI	p-value
Education up to Primary	2.13	1.15–3.97	0.017
Depressive Disorder	14.32	6.60–31.06	<0.001
Perceived financial stress	1.18	0.64–2.18	0.578

figure for the women in our study (34.6% point prevalence) is higher than those among clinic attendees in other countries. For example, the prevalence of depression among women attendees in general practice was 18.4% in Spain, 17.8% in Portugal and 13.2% in the UK (King et al., 2008), and 23% among the obese in Australian clinics (Carey et al., 2014). The high prevalence of depression in primary care in India, and especially the high prevalence in women, requires investigation in future research, with a view to identification of risk factors and the development and validation of primary and secondary prevention interventions.

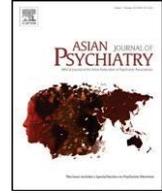
In the USA, the lifetime prevalence of a suicide attempt was 4.6% in adults (Kessler et al., 1999), and in the age group 18-25 years, the 12-month prevalence of suicide attempt was 1.2% (THE NSDUH Report, 2010). We obtained a 50% higher value for the prevalence in adults (6.9%), as compared with the USA statistics. In our study, women had a higher prevalence of suicide attempt (9.2%) than men (3.6%); whereas the odds were significant in univariate analysis, they were no longer significant in the multivariate analysis because the gender association would have been subsumed by the gender-weighted risk of depression. The gender bias in suicide attempt has some support in literature. For example, a recent prospective study from an emergency department found a higher risk of suicide attempt in females (Vannoy and Robins, 2011). Men, in contrast, may be less likely to disclose suicidal ideation or even be asked about it (Zeppegno et al., 2015).

We did not observe a rural-urban or public-private setting difference in the prevalence of history of suicide attempt. Interestingly, in the multivariate analysis, the odds of past suicide attempt were higher among those who had low levels of education; in the univariate analysis, financial stress was also a risk factor. Low education is probably a marker for social disadvantage, which in turn would be associated with diverse life stressors, including financial stress. Whereas the socioeconomic determinants of suicide attempt are well established in literature and were not an objective of our study, we note that a review on suicide attempts from South and South-East Asia concluded that there is a greater than threefold increased risk in lower socioeconomic groups, and the most consistent association was with financial problems (Knipe et al., 2015)



Listas de contenidos disponibles en  
ScienceDirect

Asian Journal of Psychiatry



Asian Pearls

## Prevalencia de la depresión y del intento de suicidio previo en atención primaria



Pillaveetil Sathyadas Indu<sup>a,c,\*</sup>, Thekkethayyil Viswanathan Anilkumar<sup>b,c</sup>, Ramdas Pisharody<sup>c</sup>, Paul Swamidhas Sudhakar Russell<sup>d</sup>, Damodaran Raju<sup>b</sup>, P. Sankara Sarma<sup>e</sup>, Saradamma Remadevi<sup>a,c</sup>, K.R. Leela Itty Amma<sup>a</sup>, A. Sheelamoni<sup>c</sup>, Chittaranjan Andrade<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Familiar, Thiruvananthapuram Medical College, Kerala, India

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría, Thiruvananthapuram Medical College, Kerala, India

<sup>c</sup> Centro de Epidemiología Clínica, Thiruvananthapuram Medical College, Kerala, India

<sup>d</sup> Departamento de Psiquiatría Infantil, Christian Medical College, Vellore, India

<sup>e</sup> Departamento de Bioestadística, Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Trivandrum, India

<sup>f</sup> Departamento de Psicofarmacología, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 9 de junio del 2016

Revisado el 10 de febrero del 2017

Aceptado el 12 de febrero del 2017

#### Palabras clave:

Depresión

Intento de suicidio

Prevalencia

Atención primaria

### RESUMEN

**Introducción:** Las personas que se suicidan suelen visitar a un médico de atención primaria poco antes de atentar contra sus vidas. Existe información escasa sobre los antecedentes de intentos de suicidio en pacientes con depresión que consultaron con médicos de atención primaria por síntomas que no estaban relacionados con la salud mental. Esta información es importante debido a que los antecedentes de intento de suicidio son un factor pronóstico conocido de un intento de suicidio en el futuro.

**Objetivo:** Calcular la prevalencia de la depresión en pacientes ambulatorios de atención primaria y determinar la prevalencia y los factores determinantes de intentos de suicidio previos en dichos pacientes.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en seis centros de atención primaria públicos y privados en Kerala, India. Un psiquiatra evaluó a pacientes ambulatorios adultos (n = 827), les diagnosticó depresión de acuerdo con el ICD-10 Diagnostic Criteria for Research y obtuvo antecedentes de intentos de suicidio.

**Resultados:** La prevalencia de depresión total fue de un 27,2 % y fue más alta en las mujeres. Se identificaron intentos de suicidio previos en un 6,9 % (IC 95 %, 5,17–8,63 %) de todos los pacientes ambulatorios; los resultados fueron más altos en las mujeres (9,2 %) que en los hombres (3,6 %). Entre las personas que padecían depresión, un 21,3 % intentó suicidarse previamente, mientras que entre las que no padecían dicha enfermedad, el resultado fue de un 1,5 %. La prevalencia de depresión actual fue de un 81 % (un 61 % con depresión grave) en pacientes que informaron intentos de suicidio previos. En el análisis univariado, se concluyó que el sexo femenino, el estrés financiero y la depresión tenían una alta relación con intentos de suicidio previos. En el análisis multivariado, la depresión actual fue el factor pronóstico principal de intentos de suicidio previos (oportunidad relativa ajustada, 14,3; IC 95 %, 6,60–31,07).

**Conclusión:** A partir del estudio realizado se concluye que la identificación de depresión y de intentos de suicidio es frecuente en centros de atención primaria. La depresión es el factor pronóstico principal de intentos de suicidio.

© 2017 Elsevier B.V. Todos los derechos reservados.

## 1. Introducción

La depresión es una prioridad para la salud pública y se predice que será el principal factor causante de la carga de enfermedad para el año 2030 (Mathers y Loncar, 2006). Dicha enfermedad está relacionada con una alta morbilidad por

discapacidad funcional, mala calidad de vida, empeoramiento de enfermedades físicas concomitantes y mayor riesgo de otras enfermedades no transmisibles como, por ejemplo, la cardiopatía isquémica (Charlson et al., 2013). El suicidio es la consecuencia más grave de la depresión no resuelta en la salud pública. El suicidio fue la décima causa principal de muerte en Estados Unidos en el año 2009 con una tasa ajustada por edad de 11,8 muertes por cada 100 000 personas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2005). El suicidio está relacionado con distintos

\* Autor correspondiente: Departamento de Medicina Familiar, Thiruvananthapuram Medical College, Kerala 695011, India.

Correo electrónico: [indupsaniltv@gmail.com](mailto:indupsaniltv@gmail.com) (P.S. Indu).

factores de riesgo y la depresión es uno de sus principales factores de riesgo modificables. Por lo tanto, es importante diagnosticar depresión en la atención primaria de salud, no solo para abordar la carga de enfermedad, sino también el riesgo de suicidio.

Un análisis de 286 muertes por suicidio demostró que un 91 % de pacientes se suicidó después de un año de haber consultado con un médico general (Pearson et al., 2009). Hasta tres cuartos de pacientes que han cometido intentos de suicidio están en riesgo de cometer nuevos intentos (Shakeri et al., 2015). Datos del estudio de Lundby (estudio prospectivo que investigó sobre la salud mental y los rasgos de personalidad en la población general de Suecia desde 1947 hasta 1997) revelaron que el riesgo de suicidio a largo plazo era alto en personas que padecían depresión (Holmstrand et al., 2015). Por lo tanto, puede surgir una oportunidad para prevenir el suicidio al identificar a personas que tengan antecedentes de intentos de suicidio, especialmente al identificar a aquellas que en la actualidad presentan factores de riesgo de suicidio como, por ejemplo, depresión.

En India, la tasa de suicidio es de 10,6 por cada 100 000 habitantes (National Crime Records Bureau Report, 2014). La tasa anual de suicidio de ese país aumenta más veloz que en otras naciones y es más alta en mujeres (Naghavi et al., 2015). En un artículo de revisión de suicidios en India se observó que la tasa de suicidio en dicho país era similar a la de Estados Unidos y Australia, y que el factor pronóstico principal del suicidio consumado era la presencia de un intento de suicidio previo (Radhakrishnan y Andrade, 2012). El presente estudio tiene como objetivo calcular la prevalencia de la depresión en pacientes ambulatorios adultos que consultaron con médicos de atención primaria por síntomas que no estaban relacionados con la salud mental, calcular el porcentaje de pacientes con depresión y sin depresión que atentaron contra sus vidas en el pasado e identificar los factores pronósticos de un intento de suicidio.

## 2. Métodos

### 2.1. *Ámbito en el que se realizó el estudio*

Este estudio se realizó en seis centros de atención primaria en la zona del Medical College Health Unit, Pangappara, un centro de capacitación del Thiruvananthapuram Medical College, ubicado en la capital de Kerala en el sur de India. De los seis lugares en los que se realizó el estudio, dos correspondieron a centros de salud primaria del sector público y cuatro, a clínicas privadas. Estos centros son los primeros puntos de contacto para los aproximadamente 120 000 habitantes que viven en la zona y son los lugares donde las personas pueden solicitar asistencia sin pedir hora con anticipación. En los centros públicos, la interconsulta y el tratamiento son gratis, en cambio, en las clínicas privadas, los pacientes deben pagar por los dos.

### 2.2. *Muestra*

Se obtuvieron datos de 848 pacientes que consultaron con médicos sobre síntomas que no estaban relacionados con la salud mental y se seleccionaron 827 entre los 18-60 años tras excluir 15 por consumir psicofármacos y 6 por no entregar consentimiento válido para realizar el estudio. Esto fue parte de un estudio transversal que se realizó para validar un breve instrumento de tamizaje de depresión denominado Primary Care Screening Questionnaire for Depression (PSQ4D), el cual se elaboró para posteriormente ser validado en el grupo etario mencionado anteriormente. La proporción de pacientes que se incluyeron de los centros públicos y privados fue de 2:1 y se planificó incluir a los participantes a través de un muestreo sistemático. La obtención de datos se realizó entre los meses de mayo y noviembre del año 2006. Los pacientes que entregaron un consentimiento válido para participar en el estudio fueron

incluidos en este. El Comité Ético Científico del Thiruvananthapuram Medical College evaluó y aprobó el protocolo antes de realizar el estudio.

### 2.3. *Evaluación previa*

Tras terminar una interconsulta con un médico, los pacientes que entregaron un consentimiento válido fueron evaluados por un psiquiatra que les diagnosticó trastorno depresivo de acuerdo con el ICD-10 *Diagnostic Criteria for Research* (Organización Mundial de la Salud, 1993). El ICD-10 *Diagnostic Criteria for Research* se utilizó como criterio de diagnóstico debido a que se ha comprobado su utilidad diagnóstica (Gruenberg et al., 2005). Los pacientes que fueron diagnosticados con un trastorno depresivo (F32.0, F32.1, F32.2, o F32.3) o con un trastorno depresivo recurrente (F33.0, F33.1, F33.2 o F33.3) fueron definidos como "personas con trastorno depresivo", mientras que los que no fueron diagnosticados con un trastorno depresivo fueron definidos como "personas sin trastorno depresivo". Además, el psiquiatra obtuvo los antecedentes de los intentos de suicidio de los pacientes al consultarles si habían realizado intentos de suicidio previos. Posteriormente, confirmó la certeza de las respuestas al consultarles cuándo se llevó a cabo el intento, la manera en que sucedió y qué acontecimientos fueron los causantes. No se aplicó un cuestionario estructurado para obtener los antecedentes de intentos de suicidio.

Además, se evaluó a los pacientes respecto a su estrés financiero al consultarles si tenían dificultades económicas. A los pacientes que se les diagnosticó una enfermedad mental se les ofreció tratamiento de acuerdo con los principios éticos de la investigación.

### 2.4. *Análisis estadístico*

Se calculó la prevalencia de la depresión y el porcentaje de pacientes que tenían antecedentes de intentos de suicidio. Para cuantificar el grado de asociación entre las posibles variables independientes y los intentos de suicidio, se realizó un análisis univariado y se calculó la oportunidad relativa no ajustada de todas las variables independientes posibles, entre ellas, la depresión.

También se realizó un análisis multivariado, en el que se empleó la eliminación regresiva para investigar los factores determinantes de los intentos de suicidio previos. En este análisis, se introdujeron las variables sexo (masculino/femenino), estructura familiar (familia nuclear/familia extensa), educación (educación básica y prebásica/enseñanza media y superior [estudios de pregrado y posgrado]), estado civil (soltero [incluido viudo o divorciado]/casado), estrés financiero (no/sí) y depresión (no/sí). Los datos se analizaron mediante el software estadístico SPSS (versión 23).

## 3. Resultados

De los 848 pacientes entrevistados, se seleccionaron 827 tras excluir 15 pacientes por consumir psicofármacos y 6 pacientes por no entregar consentimiento válido. La media de edad (desviación estándar [DE]) de la muestra fue de 38,0 (11,1) años. En el Cuadro 1 se presenta una descripción sociodemográfica de la muestra.

### 3.1. *Depresión*

La prevalencia del trastorno depresivo, diagnosticado por el psiquiatra de acuerdo con el ICD-10, fue de un 27,2 % en la muestra total (225/827). La prevalencia de la depresión fue 2,1 veces mayor en las mujeres (170/491; 34,6 %) que en los hombres (55/336; 16,4 %) y fue 2,9 veces mayor en los hospitales públicos (192/552; 34,8 %) que en las clínicas privadas (33/275; 12,0 %).

**Cuadro 1**Características sociodemográficas y análisis univariado de los factores determinantes de los intentos de suicidio.<sup>a</sup>

Variable	Total de la muestra n = 827(%)	Intento de suicidio		Estadística <sup>b</sup>	Valor de p
		Sí n = 57(%)	No n = 770(%)		
Media de edad en años (DE)	37,9(11,4)	40,8(11,9)	37,7(11,4)	t = 1,97	0,048
Sexo	336(100)	12(3,6)	324(96,4)	2,72(1,42-5,23)	0,002
Hombres	491(100)	45(9,2)	446(90,8)		
Mujeres					
Ámbito en el que se realizó el estudio	552(100)	43(7,8)	509(92,2)	1,58(0,85-2,9)	0,15
Público	275(100)	14(5,1)	261(94,9)		
Privado					
Nivel de educación	9,7(3,6)	7,4(3,3)	9,9(3,6)	t = -5,0	<0,001
Media de años de educación (DE)					
Estado civil	617(100)	40(6,5)	577(93,5)	0,8(0,4-1,4)	0,22
Casado	210(100)	17(8,1)	193(91,9)		
Nunca se ha casado/Separado					
Estructura familiar	513(100)	31(6,0)	482(94,0)	0,7(0,4-1,2)	0,42
Familia nuclear	314(100)	26(8,3)	288(91,7)		
Familia extensa					
Lugar de residencia	563(100)	41(7,3)	522(92,7)	1,2(0,7-2,2)	0,52
Zona rural	264(100)	16(6,1)	248(93,9)		
Zona urbana					
Estrés financiero	282(100)	33(11,7)	249(88,3)	2,9(1,7-5,0)	<0,001
Sí	545(100)	24(4,4)	521(95,6)		
No					
TRASTORNO DEPRESIVO	<b>225(100)</b>	<b>48(21,3)</b>	<b>177(78,7)</b>	<b>17,9 (8,6-37,1)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Sí	<b>602(100)</b>	<b>9(1,5)</b>	<b>593(98,5)</b>		
No					

<sup>a</sup> A menos de que se indique lo contrario, los datos corresponden a frecuencias (%).<sup>b</sup> estadístico t para las variables continuas y oportunidad relativa (95% IC) para las variables cualitativas.**3.2. Antecedentes de intentos de suicidio y factores determinantes**

De los 827 pacientes que consultaron con un médico de atención primaria por síntomas que no estaban relacionados con la salud mental, 57 tenían antecedentes de intentos de suicidio, lo que provocó que la prevalencia total fuera de un 6,89 % (IC 95 %, 5,17-8,63 %). Este porcentaje no reflejó una diferencia significativa entre pacientes de hospitales públicos (7,8 %) con los de clínicas privadas (5,1 %). Los intentos de suicidio previos presentaron una prevalencia significativamente más alta en las mujeres (9,2 %) que en los hombres (3,6 %). La prevalencia de los intentos de suicidio previos también fue más alta en aquellos pacientes que habían recibido una educación formal mínima; un 18,3 % de los que habían recibido una educación básica, un 6,3 % de los que habían recibido una educación secundaria y un 2,1 % de los que habían recibido una educación superior (estudios de pregrado y posgrado) declararon tener antecedentes de intentos de suicidio.

Los intentos de suicidio fueron más prevalentes en pacientes divorciados, separados o viudos (15,9 %) en comparación con los casados (6,5 %) o los que nunca se habían casado (3,1 %). En la muestra total, los pacientes que tenían antecedentes de intentos de suicidio tenían más edad por una media de edad de 3 años en comparación con los que no tenían antecedentes. La prevalencia de intentos de suicidio fue más alta en el grupo etario de 51-60 años (11 %) y en las familias extensas (8,3 %), sin embargo, las diferencias no presentaron una significación estadística. Además, tampoco se encontró una diferencia significativa entre los pacientes de zonas rurales (7,3 %) y los de zonas urbanas (6,1 %). Por último, la prevalencia de intentos de suicidio fue más alta en aquellos pacientes que tenían estrés financiero (11,7 %), en comparación con los que no tenían estrés financiero (4,4 %). El Cuadro 1 presenta los resultados del análisis univariado de los posibles factores determinantes de los intentos de suicidio.

**3.3. Depresión e intentos de suicidio**

El diagnóstico actual del trastorno depresivo estaba estrechamente relacionado con los antecedentes de intentos de suicidio. Entre los pacientes que padecían trastorno depresivo, un 21,3 % tenía antecedentes de intentos de suicidio, mientras que en los que no padecían dicho trastorno, el resultado fue de un 1,5 %. La mayoría de los pacientes (48/57; 84,2 %) que declararon tener antecedentes de intentos de suicidio padecían trastorno depresivo cuando fueron evaluados (Cuadro 1). La depresión fue la variable asociada al intento de suicidio con la oportunidad relativa no ajustada más alta (OR; 17,9). La gravedad de la depresión también fue alta en los pacientes que tenían antecedentes de intentos de suicidio previos. La mayoría de los pacientes padecía depresión severa (35/57, 61,4 %) en comparación con los que padecían depresión leve (4/57; 7 %) o moderada (9/57; 15,8 %).

En el análisis univariado, además de depresión, se observó una relación significativa entre los intentos de suicidio y el sexo femenino, los pacientes que tenían menos años de educación y los que tenían estrés financiero. En el análisis multivariado de regresión logística, la presencia del trastorno depresivo (OR ajustada, 14,6; IC 95 %, 6,9-31,1) estaba estrechamente relacionada con los intentos de suicidio, mientras que la educación básica o prebásica estaba relacionada en menor grado con los intentos de suicidio (OR, 2,14; IC 95 %, 1,15-3,99). Otras variables no se relacionaron con oportunidades relativas que presentaran una significación estadística (Cuadro 2).

**4. Discusión**

Se observó que la prevalencia de depresión fue alta (27,2 %) en los pacientes que consultaron con médicos de atención primaria sobre síntomas que no estaban relacionados con la salud mental. Dicha prevalencia fue más alta en las mujeres (34,6 %) que en los hombres (16,4 %) y más alta en los hospitales públicos (34,8 %) que en las clínicas privadas (12 %). Además, se observó que un 6,9 % de la muestra informó un intento de suicidio previo. Se identificó que el sexo femenino, el estrés financiero, el bajo nivel de educación y la

depresión actual (la variable más importante) son marcadores o factores de riesgo de los intentos de suicidio. Se concluyó que el diagnóstico de la depresión actual estaba relacionado con oportunidades de antecedentes de intentos de suicidio aproximadamente 15 veces más altas y que un 84,5 % de los pacientes que tenían antecedentes de intentos de suicidio cumplieron con los criterios del ICD-10 utilizados para diagnosticar trastornos depresivos. La prevalencia de la depresión grave en los pacientes que tenían antecedentes de intentos de suicidio fue de un 61 %.

Los porcentajes que se obtuvieron de prevalencia de depresión son similares al 21 % de prevalencia de depresión que se informó previamente en un centro de atención primaria de India (Amin et al., 1998) y al 24 % de prevalencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión y al 19 % de prevalencia de depresión (criterios ICD-10) que se obtuvieron en otro centro de atención primaria (Patel et al., 1998). En un amplio estudio de población realizado en el sur de India se calculó que la prevalencia de depresión en la población general de dicho lugar era de un 15,9 %, resultado que está entre los porcentajes más altos de prevalencia de depresión de la población (Poongothai et al., 2009).

Se concluyó que la prevalencia instantánea de depresión es aproximadamente tres veces mayor en centros de atención primaria del sector público que atienden a la población más vulnerable, que en las clínicas privadas. El porcentaje de pacientes que tenían un mayor nivel educacional y mayores ingresos fue más alto en las clínicas privadas. La prevalencia de depresión en clínicas privadas (12 %) fue similar a la prevalencia de depresión en centros de atención primaria y en consultorios de medicina general de países más desarrollados (King et al., 2008).

La prevalencia de depresión fue 2,1 veces mayor en las mujeres. A pesar de que la proporción de sexos fue prevista, el porcentaje

el riesgo de depresión ponderado por sexo. El sesgo de sexo en los intentos de suicidio es respaldado por la literatura. Por ejemplo, un reciente estudio de cohortes realizado en un servicio de urgencias concluyó que existe un riesgo de suicidio más alto en las mujeres (Vannoy y Robins, 2011). Por el contrario, es menos probable que los hombres revelen sus ideas de suicidio o que, incluso, les pregunten sobre estas (Zeppegno et al., 2015).

No se observó una diferencia en la prevalencia de antecedentes de intentos de suicidio entre los pacientes de zonas rurales y zonas urbanas y entre los pacientes de hospitales públicos y los de clínicas privadas. Cabe destacar que, en el análisis multivariado, la oportunidad relativa de los intentos de suicidio previos fue más alta en los pacientes que tenían un bajo nivel de educación; en el análisis univariado, el estrés financiero también se consideró un factor de riesgo de los intentos de suicidio. El bajo nivel de educación es probablemente un marcador de desventaja social, el que estaría relacionado con distintos factores desencadenantes de estrés, entre ellos, el estrés financiero. Si bien los factores determinantes socioeconómicos de los intentos de suicidio están respaldados en la literatura y no fueron un objetivo del presente estudio, se observó que un artículo de revisión sobre los intentos de suicidio del sur y sudeste de Asia concluyó que existe una mayor posibilidad de que el riesgo de suicidio se triplique en los grupos socioeconómicos bajos y que la relación más consistente fue con los problemas económicos (Knipe et al., 2015).

#### Cuadro 2

Factores de riesgo de los intentos de suicidio en la atención primaria-análisis multivariado.

Factor de riesgo	Oportunidad relativa ajustada	IC 95 %	valor de p
Educación hasta educación básica	2,13	1,15-3,97	0,017
Trastorno depresivo	14,32	6,60-31,06	<0,001
Estrés financiero	1,18	0,64-2,18	0,578

absoluto de mujeres en el presente estudio (34,6 % de prevalencia instantánea) es mayor que los porcentajes de mujeres que acudieron a clínicas en otros países. Por ejemplo, la prevalencia de depresión de mujeres que acudieron a consultorios de medicina general fue de un 18,4 % en España, un 17,8 % en Portugal y un 13,2 % en el Reino Unido (King et al., 2008) y de un 23 % en pacientes obesos que acudieron a clínicas en Australia (Carey et al., 2014). La alta prevalencia de depresión en la atención primaria de India, y particularmente la alta prevalencia en mujeres, necesita ser investigada en los estudios que se realicen en el futuro con el objetivo de identificar factores de riesgo y de realizar y validar intervenciones preventivas primarias y secundarias.

En Estados Unidos, la prevalencia a lo largo de la vida de un intento de suicidio fue de un 4,6 % en adultos (Kessler et al., 1999) y en el grupo etario de 18-25 años, la prevalencia de 12 meses de un intento de suicidio fue de un 1,2 % (THE NSDUH Report, 2010). Se obtuvo un 50 % más de prevalencia en adultos (6,9 %) en comparación con los datos estadísticos de Estados Unidos. En el presente estudio, la prevalencia de intentos de suicidio fue más alta en las mujeres (9,2 %) que en los hombres (3,6 %); mientras que la oportunidad relativa fue significativa en el análisis univariado, no lo fue en el análisis multivariado, ya que la relación entre el sexo femenino y el masculino hubiese sido subsumida por

## **Introducción**

El presente trabajo consiste en una traducción del inglés al español del texto científico *Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care*, el cual se tradujo en base a un encargo de traducción ficticio, y en un comentario crítico que tiene como objetivo discutir aspectos de la traducción desde un enfoque teórico.

El trabajo está compuesto por cinco capítulos: el primero corresponde al contexto del trabajo; el segundo, al análisis textual; el tercero, al proceso de traducción; el cuarto, a las tecnologías de traducción; y el quinto, a los problemas de traducción y soluciones.

## Capítulo 1: Contexto del trabajo

### 1.1. Traducción

La traducción es una actividad cuya historia se ha desarrollado continuamente en conjunto con los acontecimientos sociales y culturales que forman parte de la evolución histórica (Rabadán, 1991). Existen diversos periodos de la historia de la traducción, los cuales han sido divididos según la importancia que distintos autores conceden a los acontecimientos de dicha historia (Soltero Godoy, 1995). Hurtado Albir (2013) distingue y describe los siguientes periodos:

- Antigüedad: se caracteriza por presentar los primeros testimonios de traducción en la ciudad de Roma
- Edad Media: se instaura la Escuela de Traductores de Toledo
- Renacimiento: se descubre la imprenta, hecho que revolucionó el mundo de la traducción.
- siglo XVII: se origina una corriente crítica que demanda que las traducciones sean fieles al texto fuente
- siglo XVIII: existe un apogeo de la traducción debido a un aumento del intercambio cultural
- siglo XIX: se genera una expansión industrial, científica y técnica que repercute en el auge de la traducción
- siglo XX: la traducción tiene un especial auge en la traducción especializada

Durante la historia de la traducción, diferentes autores han proporcionado una serie de definiciones de traducción, las cuales Hurtado Albir (2013) inserta en cuatro categorías

específicas: la traducción como actividad entre lenguas, la traducción como actividad textual, la traducción como acto de comunicación y la traducción como proceso.

En la primera categoría Vinay y Darbelnet (1958, citado en Hurtado Albir, 2013) definen la traducción como el traspaso de una lengua A a una lengua B con la finalidad de manifestar la misma realidad. En la segunda categoría House (1977, citado en Hurtado Albir, 2013) propone que la traducción es el cambio de un texto fuente por un texto meta que es equivalente tanto en aspectos semánticos como pragmáticos. En la tercera categoría Nida y Taber (1986, citado en Hurtado Albir, 2013) señalan que la traducción consiste en transmitir el mensaje de un texto fuente a un texto meta a través de una equivalencia que sea natural y exacta. Por último, en la cuarta categoría Bell (1991, citado en Hurtado Albir, 2013) señala que la traducción comprende tres sentidos: al proceso, que hace referencia a la traducción como una actividad; al producto, el cual se origina de una traducción; y al concepto abstracto, el cual considera los dos aspectos mencionados anteriormente.

## **1.2. Traducción científico-técnica**

La traducción científico-técnica se compone de dos áreas específicas: la traducción científica y la traducción técnica; la primera está relacionada con las ciencias puras, mientras que la segunda, con la forma en que el conocimiento científico se coloca en práctica (Byrne, 2006).

En la actualidad, la traducción científico-técnica ha demostrado ser extremadamente importante, ya que ha permitido algunos de los avances científicos y técnicos más relevantes (Byrne, 2014). Sin embargo, este tipo de traducción tuvo su auge en el periodo del Renacimiento, específicamente en el año 1447, cuando Johannes Gutenberg creó lo que se conoce como imprenta con tipos móviles. Este hecho revolucionó el mundo de la traducción y ocasionó la difusión del conocimiento científico-técnico debido a la gran cantidad de libros que se producían

en Europa en dicho periodo, entre estos libros se encontraban los de la temática de medicina (Byrne, 2014).

No obstante, solo durante los últimos 100 años la traducción tuvo un impacto en la ciencia y la tecnología. Esto es debido a que los constantes descubrimientos científicos que estaban escritos en un idioma específico crearon una necesidad por la traducción científico técnica, la cual permitiría que dichos conocimientos se escribieran en distintos idiomas (Byrne, 2014).

Con lo anterior se puede inferir que la traducción científico-técnica es fundamental para transferir e intercambiar conocimientos (Hurtado Albir, 1996). Además, se puede señalar que esta traducción ha contribuido al desarrollo del mundo globalizado de hoy en día, cuya existencia hubiese sido difícil sin la traducción científico-técnica (Aixelá, 2015).

### **1.3. Elección del texto fuente**

El texto fuente es un artículo científico de 3295 palabras llamado *Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care* que fue escrito por los autores indios Pillaveetil Sathyadas Indu, Thekkethayyil Viswanathan Anilkumar, Ramdas Pisharody, Paul Swamidhas Sudhakar Russell, Damodaran Raju, P. Sankara Sarma, Saradamma Remadevi, K.R. Leela Itty Amma, A. Sheelamoni y Chittaranjan Andrade.

El artículo se publicó el año 2017 en la revista *Asian Journal of Psychiatry*, la cual es una revista médica de psiquiatría que está dirigida a psiquiatras, neurólogos, médicos, estudiantes de salud mental y para aquellos que están relacionados en el desarrollo de políticas de salud mental (Elsevier, 2019).

Se eligió un texto científico-técnico como texto fuente puesto que se tiene conocimientos teóricos y prácticos sobre la traducción de estos. Dentro de dichos conocimientos se encuentran los siguientes: ser capaz de realizar una documentación adecuada, de analizar e identificar

problemas de traducción para, posteriormente, lograr solucionarlos y ser capaz de escribir un texto meta según las convenciones de escritura de la lengua de llegada.

Además, se eligió el texto debido a que trata sobre dos temas que se consideran importantes y que representan un problema de salud pública: depresión y suicidio. La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que aproximadamente 300 millones de personas padecen depresión, enfermedad que puede conllevar a que las personas se quiten la vida. De hecho, cada año se suicidan aproximadamente 800 000 personas, y por cada una de ellas existen personas que realizan una serie de intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la depresión se puede tratar y el suicidio se puede prevenir (Organización Mundial de la Salud, 2000).

#### **1.4. Encargo de traducción**

El encargo de traducción es la especificación de un proyecto de traducción que presenta los requisitos para que el texto meta se entregue de forma eficaz (Byrne, 2006). El encargo tiene como objetivo especificar el proceso de traducción y guiar al traductor en la creación de un texto meta adecuado (Byrne, 2014).

Byrne (2014) señala que el encargo debe especificar aspectos como la lengua fuente, la lengua meta y su variante, el tema, el tipo de texto, el propósito comunicativo, la función comunicativa, la audiencia meta, la terminología que se debe usar y la fecha de entrega; sin embargo, el cliente que solicita la traducción no siempre tiene conocimiento de esto. Lo anterior se puede deber al hecho de que la mayoría de las veces los clientes no tienen un entendimiento sobre la comunicación intercultural, por ende, desconocen que un encargo de traducción explícito puede significar una mejora en la calidad de un texto meta (Nord, 2018).

Fraser (2000) indica que el encargo de traducción es de suma importancia para decidir el estilo, el registro, los culturemas, las ampliaciones, entre otros aspectos, del texto meta. Además, expresa que un encargo detallado permite que el traductor se sienta seguro de que está traduciendo adecuadamente. La información sobre la audiencia del texto meta como, por ejemplo, el contexto sociocultural, es demasiado relevante, ya que el traductor puede tomar decisiones de manera más eficiente al redactar el texto meta si posee información clara y precisa sobre el destinatario de este (Nord, 2005).

Nord (2009) hace referencia al encargo de traducción desde un punto de vista didáctico; señala que un encargo de traducción establece la situación comunicativa, ya sea de forma implícita o explícita. En el caso de que sea de forma implícita, los alumnos que están en proceso de formación para ser traductores profesionales deben ser capaces de deducir ciertos aspectos de la situación comunicativa, entre estos se encuentran la función comunicativa que debe tener el texto meta, el medio por el que se difundirá, los destinatarios y el motivo por el que se traduce (Nord, 2009).

A continuación, se presenta un encargo de traducción ficticio que se elaboró con el objetivo de guiar la traducción del texto meta.

La revista chilena de neuropsiquiatría *Sonepsyn* ha encargado la traducción del inglés al español (variante de Chile) de las primeras 2.657 palabras del artículo científico *Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care* con el objetivo de publicarla en su próximo volumen.

El texto meta está dirigido a una audiencia especializada, por lo que su registro debe ser especializado y se debe mantener la función informativa. El cliente señala que la traducción no debe mantener los encabezados ni la enumeración de las páginas, puesto que dicha información solo se presentará en la primera página. Además, se recalca que se debe mantener la

diagramación y el formato del texto fuente y que el texto meta debe estar escrito en un español natural y fluido.

La traducción se debe enviar el jueves 13 de junio del 2019.

Para redactar el encargo de traducción ficticio presentado anteriormente, se consideraron los siguientes aspectos propuestos por Byrne (2014):

- lengua fuente: inglés
- lengua meta: español
- variante: Chile
- tipo de texto: artículo científico
- tema: depresión y suicidio
- audiencia: especializada
- función: referencial

## **1.5. Depresión y suicidio**

### *1.5.1. La depresión*

La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por la presencia de tristeza y por el desinterés en actividades que hasta entonces se disfrutaban (Organización Mundial de la Salud, 2017). Algunos de los síntomas que presentan las personas que padecen esta enfermedad son la disminución de la energía, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos del apetito, falta de concentración, sentimiento de culpabilidad e incluso el suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Entre las causas de la depresión se encuentran la genética, ya que las personas que tienen antecedentes familiares de depresión tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas con

dicha enfermedad; la química cerebral, debido a que los que padecen depresión poseen una química cerebral distinta a la de las personas que no padecen la enfermedad; y el estrés, puesto que cualquier situación que una persona considere estresante puede desencadenar síntomas depresivos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2010).

En relación a los tratamientos, existen tres que son los más comunes:

- antidepresivos: medicamentos que ayudan a mejorar la manera en que el cerebro usa determinadas sustancias químicas que están encargadas de regular el estado de ánimo o el estrés (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).
- psicoterapia: tratamiento que tiene como propósito cambiar el pensamiento, el comportamiento y los hábitos que de alguna manera contribuyen a que la persona padezca depresión (Instituto Nacional de Salud Mental, 2010).
- terapia electroconvulsiva: procedimiento que se ejecuta cuando las personas que padecen depresión grave no responden a los dos tratamientos anteriores (National Institute of Mental Health, 2016).

Las personas que padecen depresión suelen visitar centros de atención primaria, por lo que no solo el diagnóstico adecuado de esta enfermedad se considera fundamental en dichos centros, sino que también el tratamiento para que, de este modo, el paciente mejore considerablemente su salud y bienestar (Cano Vindel, Salguero, Mae Wood, Dongil y Latorre, 2012).

### *1.5.2. El suicidio*

El suicidio se define como la muerte que se origina de un acto que una persona realiza con el conocimiento de que le provocará la muerte (Schultz y Videbeck, 2013). La definición anterior es una de las muchas definiciones de “suicidio” que existen, por lo que la Organización Mundial de la Salud (2014) decidió clarificar tres términos específicos:

- comportamiento suicida: serie de comportamientos como, por ejemplo, el pensamiento suicida y la planificación de un suicidio
- intento de suicidio: acto suicida que no provoca la muerte
- suicidio: acto en el que una persona se mata intencionalmente

Existen diversos factores de riesgo vinculados con el suicidio, los cuales están agrupados dentro de dos categorías: los factores de riesgo en la comunidad y los factores individuales de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2014). En los factores de riesgo en la comunidad se encuentran los desastres naturales, guerras y conflictos; el estrés debido al desplazamiento y aculturación; la discriminación; los traumas psicológicos; el aislamiento social; y los conflictos dentro de una relación (Organización Mundial de la Salud, 2014). Por otro lado, en los factores individuales de riesgo se encuentran el intento de suicidio previo, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias, la pérdida de trabajo y la incertidumbre financiera, el sentimiento de desesperanza, el dolor crónico en enfermedades, los antecedentes familiares de suicidio y los factores genéticos y biológicos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Dichos factores de riesgo se pueden detectar en un centro de atención primaria debido a que representa el acceso al sistema sanitario. Los profesionales de esta área son considerados expertos por la comunidad, ya que son esenciales para seguir la atención y los cuidados que la comunidad necesita (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Para determinar el riesgo suicida de una persona, el profesional de atención primaria debe llevar a cabo una entrevista, la cual se hará luego de que el profesional haya establecido un ambiente adecuado en el que el paciente se sienta seguro de expresar sus sentimientos (Ministerio de Salud, 2013). La entrevista suele incluir preguntas como: ¿se siente infeliz?, ¿se siente

desesperado?, ¿siente que no vale la pena seguir viviendo?, ¿ha sentido deseos de suicidarse?, entre otras (Ministerio de Salud, 2013).

En el caso de que la persona haya realizado un intento de suicidio previo, el profesional de atención primaria debe determinar la gravedad de dicho intento a través de los siguientes aspectos: la efectividad y la letalidad del método escogido, el instante escogido, el nivel de planificación, el propósito del acto suicida, los sentimientos que tuvo al ser salvado y la opinión que tiene la persona sobre la muerte (Ministerio de Salud, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), por cada un adulto que se suicida, hay una posibilidad de que aproximadamente otros 20 realizaron intentos de suicidio. Debido a esto, es de suma importancia identificar las conductas suicidas para que las personas reciban la atención necesaria (Organización Mundial de la Salud, 2014).

## **Capítulo 2: Análisis textual**

El análisis textual es una etapa previa fundamental al proceso de traducción, ya que el traductor debe comprender el texto fuente en su totalidad para, de este modo, realizar un texto meta correcto (García, 1999). Esta etapa previa no solo debe garantizar la comprensión y la interpretación correcta del texto fuente, sino que también debe entregar al traductor una base confiable para las decisiones que este toma en el proceso de traducción (Nord, 2005).

En un análisis textual se pueden analizar diferentes aspectos, los cuales Nord (2005) clasifica dentro de los factores extratextuales y los factores intratextuales.

### **2.1. Factores extratextuales**

Los factores extratextuales son considerados primordiales para el análisis textual debido a que establecen la función comunicativa del texto (Nord, 2005).

En los siguientes apartados se analizarán tres aspectos específicos que forman parte de los factores extratextuales: audiencia, función textual y tipología textual.

#### *2.1.1. Audiencia*

La audiencia de un texto es la audiencia predeterminada, es decir, aquella a la que el autor se dirige de manera consciente e intencional para que entienda su texto (Gracia, 1996). La audiencia que el autor tiene en mente cuando escribe un texto es de suma importancia, debido a que esta no solo guía las decisiones estilísticas o lingüísticas del autor, sino que, además, influye en la producción del texto de tres formas específicas: en la cantidad de información que se presenta, en la forma en que se estructura la información y en los recursos estilísticos y lingüísticos que se utilizan para presentar la información (Nord, 2000).

El texto fuente analizado en este trabajo se publicó en la revista [\*Asian Journal of Psychiatry\*](#), la cual está dirigida principalmente a una audiencia especializada o semilega, ya que los artículos que publica están dirigidos a psiquiatras, neurólogos, médicos y estudiantes de salud mental. Sin embargo, cabe recalcar que el artículo elegido para el presente trabajo es de acceso libre, por ende, también lo puede leer una audiencia legla que esté interesada en el tema.

### *2.1.2 Función textual*

La función textual se define como la función comunicativa o la mezcla de las funciones comunicativas que posee un texto en una situación específica de producción o recepción (Nord, 2005). Jakobson (1983) distingue las siguientes seis funciones:

- **Función referencial:** expresa un mensaje con oraciones enunciativas y corresponde al empleo de la información, asunto o tema del que se escribe (González Reyna, 2000). En esta función el autor del texto informa sobre hechos y situaciones (García López, 2004).
- **Función emotiva:** alude a la actitud del emisor sobre la información que enuncia (González Reyna, 2000). En esta función el emisor pretende que en el receptor surjan emociones y sentimientos específicos (García López, 2004).
- **Función conativa:** corresponde a la apelación que el emisor hace al receptor, ya sea de manera implícita o explícita (Cabrera y Pelayo, 2002). En esta función se espera que el receptor reaccione de alguna manera, de una respuesta o realice una acción que origine la recepción de un mensaje (Mac Donald, 2017).
- **Función fática:** está presente cuando el emisor tiene como objetivo establecer y mantener el contacto con el receptor (García López, 2004). Esta función pretende comprobar el estado del medio en el que se transmite el mensaje para que, de este modo, se

establezcan, conserven o mejoren las condiciones de la comunicación (Mac Donald, 2017).

- Función metalingüística: se presenta cuando la intención comunicativa es determinar que se comparte el mismo código para asegurar una mejor comunicación entre un emisor y receptor (González Reyna, 2000).
- Función poética: se presenta cuando el mensaje llama la atención sobre su estructura a través de su forma o de sus contenidos (Cabrera y Pelayo, 2002). Además, esta función determina la manera en que el lenguaje y el código son empleados por el emisor (Mac Donald, 2017).

En relación al texto fuente del presente trabajo, este presenta una función referencial, ya que la situación comunicativa se enfoca en el contexto, tema o asunto del mensaje (Mac Donald, 2017), es decir, en la prevalencia de la depresión y los intentos de suicidio en la atención primaria. Además, se observó que el texto tiene dicha función puesto que este no hace valoraciones personales, lo que implica que el mensaje sea fiable y verídico (Jakobson, 1994, citado en Mac Donald, 2017). Lo anterior se observa en el texto fuente debido a que este presenta información basada en hechos como, por ejemplo, información sobre la depresión y el suicidio perteneciente a estudios previos que se presenta en la introducción y sobre los resultados que derivaron del estudio realizado por los autores.

A continuación, se presenta un ejemplo extraído del texto fuente en donde se observa la función referencial, la que se caracteriza por contener oraciones enunciativas con verbos en modo indicativo, los cuales se destacan en negrita:

In India, the rate of suicide **is** 10.6 per 100,000 (National Crime Records Bureau Report, 2014). The annual rate of suicide **increases** faster in India than in other countries and this is more so among women (Naghavi et al., 2015).

### *2.1.3. Tipología textual*

Cabré (2002) señala que las tipologías textuales son “sistemas de organización que permiten hacer generalizaciones y establecer predicciones orientativas” (p.5). Existe una serie de clasificaciones de tipologías textuales propuestas por diferentes autores y una de ellas es la que establece una clasificación tipológica de los textos según el concepto de dominio, en el que el contexto social se transforma en un aspecto determinante de las categorías textuales (Mason, 1982, citado en Sánchez Trigo, 2002). Según esto, se distinguen ocho tipos de textos, los que son los científico-técnicos, administrativos, políticos, religiosos, literarios, periodísticos, legales y comerciales (Mason, 1982, citado en Sánchez Trigo, 2002).

El texto del presente trabajo corresponde a uno científico-técnico, puesto que contiene aspectos que son característicos de dicha tipología textual. Cabré (2004, citado en Aixelá, 2015) clasifica dichos aspectos dentro de tres criterios: el criterio cognitivo, el criterio lingüístico y el criterio pragmático, los que describe de la siguiente manera.

En primer lugar, el criterio cognitivo señala que la temática del texto se encuentra dentro de una disciplina ya establecida. En el caso del texto fuente, el tema está dentro de la disciplina de la medicina, específicamente en el área de la psiquiatría.

En segundo lugar, el criterio lingüístico se divide en cuatro aspectos. El primero corresponde al aspecto textual, el cual hace referencia a la estructura fija de texto, la cual se observa en el texto fuente a través de las secciones de resumen, introducción, métodos, resultados y discusión ([véase 2.2.1.](#)). El segundo corresponde al aspecto léxico, que está relacionado con la

terminología especializada del texto, la cual se presenta en el texto fuente no solo a través de términos del área de psiquiatría, sino que también de la estadística ([véase 2.2.3.](#)). El tercero corresponde al aspecto sintáctico, el que hace referencia a la preferencia por la simplificación y a la repetición de estructuras gramaticales como, en el caso del texto fuente, la voz pasiva ([véase 2.2.4.2.](#)). Por último, el cuarto corresponde al tenor, el que se caracteriza por ser formal para transmitir objetividad.

Por último, el criterio pragmático se refiere a las personas que forman parte de la comunicación, donde el emisor es un especialista que entrega información a una audiencia que pueden ser especialista, semiespecialista o lego. En el caso del texto fuente, los emisores son especialistas del área de psiquiatría, epidemiología y bioestadística y la audiencia es principalmente especializada o semilega ([véase 2.1.1.](#)).

## **2.2. Factores intratextuales**

Los factores intratextuales son aquellos aspectos del texto en sí, es decir, aquellos que están relacionados con los aspectos internos del texto como, por ejemplo, tema, contenido, presuposiciones, estructura textual, elementos no verbales, léxico, sintaxis y los aspectos suprasegmentales (Nord, 2005).

En esta sección se analizarán la estructura textual, los elementos no verbales, el léxico y la sintaxis del texto fuente, debido a que se consideraron aspectos importantes para la redacción del texto meta.

### *2.2.1. Estructura textual*

Byrne (2014) señala que un texto científico posee dos tipos de estructuras principales, la primera incluye las secciones de introducción, materiales y métodos, resultados y discusión, mientras

que la segunda estructura contiene las secciones de resumen, introducción, materiales, procedimientos, resultados, conclusión y referencias.

Las secciones que se presentan en el texto fuente pertenecen a ambas estructuras propuestas por Byrne (2014), las que se indican y ejemplifican a continuación.

- Resumen: sintetiza la información presente en el texto (Byrne, 2014). El objetivo del resumen es que el receptor se interese en la lectura completa del texto (Villagrán y Harris, 2009). En el caso del texto fuente, el resumen presenta información de la introducción, el objetivo, los métodos, los resultados y las conclusiones del estudio realizado por los autores.
- Introducción: contextualiza la investigación de los autores a través de referencias o citas de estudios previos sobre el tema de la investigación (Byrne, 2014). El objetivo de la introducción es que el receptor se incentive en leer el texto (Villagrán y Harris, 2009). En el caso del texto fuente, la introducción contiene información general perteneciente a estudios previos sobre la depresión y el suicidio.
- Materiales y métodos: señala los pasos que los autores siguieron para conseguir los resultados y los métodos que se utilizaron (Villagrán y Harris, 2009). En el caso del texto fuente, esta sección especifica la población a la que se realizó el estudio y cómo se seleccionó esta; el entorno, es decir, el lugar donde se realizó el estudio; las intervenciones; y el análisis estadístico.
- Resultados: indica los hallazgos del estudio (Byrne, 2014). En el caso del texto fuente, esta sección contiene los resultados de la prevalencia de la depresión y del suicidio.
- Discusión: analiza, interpreta y explica la información (Byrne, 2014). En el texto fuente se interpretan los resultados de la prevalencia de la depresión y de los intentos de suicidio y se comparan con resultados de otros países.

- Referencias: incluye los trabajos que han sido citados en el texto y pueden ser escritas en formato Harvard, APA o MLA (Byrne, 2014). Las referencias tienen como objetivo proporcionar al lector la bibliografía relacionada con el tema del texto (Villagrán y Harris, 2009). En el caso del texto fuente, las referencias se escribieron en formato APA.

### 2.2.2. Elementos no verbales

Los elementos no verbales corresponden a los signos que forman parte de códigos no lingüísticos (Nord, 2005), los cuales se definen como los códigos que no requieren del lenguaje para poder transmitir un mensaje (Satz, 2009). Estos se utilizan para complementar, ilustrar, desambiguar o intensificar el mensaje del texto (Nord, 2005).

A continuación, se presentan imágenes de los elementos no verbales presentes en el texto fuente.

- Logos

En la siguiente foto se presentan tres logos, los cuales se destacan en rojo.



Imagen 1: Logos.

El primer logo ubicado a la izquierda de la foto corresponde al logo de Elsevier, una plataforma en línea donde se publican artículos sobre las ciencias de la salud. El segundo logo ubicado a la derecha de la foto hace referencia al logo del *Asian Journal of Psychiatry*, una revista de psiquiatría que publica Elsevier. Por último, el tercer logo corresponde al ícono CrossMark, el cual, al hacer clic en él, presenta información sobre las últimas actualizaciones, los autores e

información complementaria del texto fuente como, por ejemplo, la plataforma donde se publicó, el título del artículo, el nombre de la revista donde fue publicado, el enlace DOI y los derechos de autor.

- Cuadro

En la siguiente foto se presenta un cuadro que está presente en el texto fuente.

**Table 1**  
Sociodemographic profile and univariate analysis on determinants of suicide attempt.<sup>a</sup>

Variable	Whole sample n = 827(%)	Suicide Attempt		Statistic <sup>b</sup>	p value
		Yes n = 57(%)	No n = 770(%)		
Mean age in years(SD)	37.9(11.4)	40.8(11.9)	37.7(11.4)	t = 1.97	0.048
Gender	336(100)	12(3.6)	324(96.4)	2.72(1.42–5.23)	0.002
Men	491(100)	45(9.2)	446(90.8)		
Women					
Setting	552(100)	43(7.8)	509(92.2)	1.58(0.85–2.9)	0.15
Public	275(100)	14(5.1)	261(94.9)		
Private					
Level of education	9.7 (3.6)	7.4 (3.3)	9.9 (3.6)	t = -5.0	<0.001
Mean years of education (SD)					
Marital status	617 (100)	40(6.5)	577(93.5)	0.8 (0.4–1.4)	0.22
Currently Married	210(100)	17(8.1)	193(91.9)		
Never married/Separated					
Family structure	513(100)	31(6.0)	482(94.0)	0.7 (0.4–1.2)	0.42
Nuclear	314(100)	26(8.3)	288(91.7)		
Extended or joint					
Place of residence	563(100)	41(7.3)	522(92.7)	1.2 (0.7–2.2)	0.52
Rural	264(100)	16(6.1)	248(93.9)		
Urban					
Perceived Financial Stress	282(100)	33(11.7)	249(88.3)	2.9(1.7–5.0)	<0.001
Present	545(100)	24(4.4)	521(95.6)		
Absent					
DEPRESSIVE DISORDER	225(100)	48(21.3)	177(78.7)	17.9 (8.6–37.1)	<0.001
Present	602(100)	9(1.5)	593(98.5)		
Absent					

<sup>a</sup> Unless otherwise specified, data are cell frequency (%).  
<sup>b</sup> t value for continuous variables, crude odds ratio (95% CI) for categorical variables.

Imagen 2: Cuadro.

Este cuadro presenta los resultados de los posibles determinantes de los intentos de suicidio.

- Cifras

En la siguiente foto se presentan las cifras, las cuales se destacan en rojo.

**Table 2**  
Risk factors for suicide attempt in Primary Care- Multivariable Analysis.

Risk factor	Adjusted Odds ratio	95% CI	p-value
Education up to Primary	2.13	1.15–3.97	0.017
Depressive Disorder	14.32	6.60–31.06	<0.001
Perceived financial stress	1.18	0.64–2.18	0.578

Imagen 3: Cifras.

- Signos

En la siguiente foto se presentan dos signos, los cuales se destacan en rojo.

**Table 2**  
Risk factors for suicide attempt in Primary Care- Multivariable Analysis.

Risk factor	Adjusted Odds ratio	95% CI	p-value
Education up to Primary	2.13	1.15–3.97	0.017
Depressive Disorder	14.32	6.60–31.06	<0.001
Perceived financial stress	1.18	0.64–2.18	0.578

*Imagen 4: Signos.*

El primer signo que se puede observar en la foto es el de %, el cual hace referencia a una “proporción que toma como referencia el número 100” (Real Academia Española, 2019). Mientras que el segundo signo corresponde a <, el cual significa “menor que” (Real Academia Española, 2005).

### 2.2.3. Léxico

Las unidades léxicas presentes en textos de áreas especializadas se denominan términos, los que, según las disciplinas científico-técnicas, corresponden a un grupo de unidades de expresión y comunicación que hacen posible transmitir un conocimiento de un área especializada (Santamaría, 2009). En relación a lo anterior, Cabré (1999) señala lo siguiente:

La terminología es el modo privilegiado de expresión del conocimiento especializado, y su primera función es la de representar dicho conocimiento. Cada unidad terminológica corresponde a un nudo cognitivo dentro de un campo de especialidad, y el conjunto de dichos nudos, conectados por relaciones específicas, constituye la representación conceptual de dicha especialidad. Si ello es así, no cabe duda de que mediante la terminología representamos la realidad especializada.

Paralelamente a la representación de la realidad, categorizada en clases de conceptos relacionados, las unidades terminológicas sirven también para la transmisión de este conocimiento, es decir, para la comunicación entre un especialista—directamente o a través de un mediador—y distintos receptores, en situaciones también diversas.

La terminología permite que los textos científico-técnicos sean concisos, precisos y apropiados a la situación comunicativa en el que el texto está inserto. Esto es debido a que, en primer lugar, el uso de unidades terminológicas permite que el texto sea conciso, ya que estas se caracterizan por condensar el conocimiento especializado (Cabré, 2002). En segundo lugar, el uso de unidades terminológicas por sobre la paráfrasis permite que el texto sea preciso, puesto que esta última, a diferencia de la terminología, causa la extensión del texto (Cabré, 2002). Por último, la terminología es una excelente forma de que los especialistas se refieran a un área especializada a la que estos pertenecen (Cabré, 1999).

La terminología se considera uno de los aspectos más característicos de los textos científico-técnicos (Castillo Pereira, 2015) y el empleo de esta permite que la comunicación entre especialistas sea eficaz (Cabré, 1999). Además, cabe señalar que el nivel de especialización de los textos científico-técnicos está directamente relacionado con la terminología presente en estos, por ejemplo, a mayor grado de especialización del texto, mayor densidad terminológica (Cabré, 2011). Lo anterior se ve reflejado en el texto fuente del presente trabajo, ya que al ser un texto especializado cuya audiencia principal es una especialista en el tema del texto, presenta una gran densidad terminológica.

A continuación, se presentan dos ejemplos de terminología extraídos del texto fuente que reflejan lo mencionado en el párrafo anterior; en el primero se destaca en negrita la terminología del área de psiquiatría, mientras que en el segundo la de la estadística.

**Depression** had the highest unadjusted odds ratio (OR; 17.9) for **suicide attempt**. The severity of **depression** was also high among those with a history of **previous attempted suicide**. Majority of them (35/57, 61.4%) had **severe depression**, compared to **mild** (4/57; 7%) or **moderate** (9/57; 15.8%) **depression**.

In the **multivariate logistic regression analysis**, presence of depressive disorder (**adjusted OR**, 14.6; 95% **CI**, 6.9–31.1) was strongly associated with suicide attempt, and primary school education (or lower) less strongly so (**OR**, 2.14; 95% **CI**, 1.15–3.99). Other **variables** were not associated with **statistically significant odds** (Table 2).

#### 2.2.4. *Sintaxis*

La sintaxis se define como “la parte de la gramática que estudia la forma en que se combinan las palabras y a los significados a los que dan lugar esas combinaciones” (Bosque y Gutiérrez-Rexach, 2009, p.11). La estructura sintáctica de un idioma específico limita la manera en que un mensaje se construye en dicho idioma (Baker, 2011). Por ejemplo, existen idiomas que tienen el orden de los elementos funcionales como el sujeto, el predicado y el objeto, más fijos que en otros idiomas (Baker, 2011).

Álvarez Jorge (2008) señala que existen dos características sintácticas principales que se encuentran presentes en los textos científico-técnicos: las frases nominales y la voz pasiva. Asimismo, Fernández Polo (1999) indica que tanto la nominalización como la voz pasiva son aspectos característicos de los textos científico-técnicos.

#### 2.2.4.1. Nominalización

La nominalización es un proceso lingüístico en el que un verbo o adjetivo se convierte en un sustantivo (Halliday y Matthiessen, 1999, citado en Jalilifar, White y Malekizadeh, 2017). Este proceso puede reunir una gran cantidad de información en un espacio reducido, lo que posibilita presentar un razonamiento complejo de una forma más breve (Jalilifar, White y Malekizadeh, 2017).

Cabe recalcar que en los textos científico-técnicos en español se prefiere el empleo de una construcción verbal (núcleo verbal o núcleo verbal más sus modificadores) (Claros, 2006). Esto se debe a que “con el uso de una construcción nominal para indicar las acciones, el verbo queda supeditado a ella y pierde su valor semántico, por lo que actuará en la frase como una interferencia” (Claros, 2006, p.91).

A continuación, se presenta un ejemplo del texto fuente en donde se destaca en negrita los sustantivos de la oración.

The high prevalence of depression in primary care in India, and especially the high prevalence in women, requires **investigation** in future research, with a view to **identification** of risk factors and the **development** and **validation** of primary and secondary prevention interventions.

#### 2.2.4.2. Voz pasiva

La voz pasiva corresponde a una construcción verbal en la que el sujeto recibe la acción que realiza otro (Navarro, Hernández y Rodríguez-Villanueva, 1994).

En inglés, esta construcción verbal se conforma con el verbo auxiliar *to be* en conjunto con el pasado participio del verbo (Baker, 2011). En los textos científico-técnicos los autores utilizan

esta construcción para entregar al receptor una impresión de objetividad y, además, para mantener una distancia entre el autor y las afirmaciones que este realiza en su texto (Baker, 2011).

Sin embargo, en español se sugiere el empleo de la pasiva refleja (Claros, 2006), estructura que se forma por la partícula “se” y el verbo en participio.

A continuación, se presenta un ejemplo del texto fuente en donde se puede observar la voz pasiva destacada en negrita, la cual está formada por el pasado simple del verbo *to be* más dos verbos en pasado participio.

This was part of a cross sectional study to validate a brief depression screening tool, Primary care Screening Questionnaire for Depression (PSQ4D), which **was developed** and **validated** in this age group.

### **Capítulo 3: Proceso de traducción**

El proceso de traducción se entiende como las acciones que el traductor realiza cuando este traduce (Neubert y Shreve, 1992). Existen distintos pasos relacionados con el proceso de traducción, los cuales consideran diferentes aspectos y necesitan diferentes habilidades (Montalt Resurrecció y González Davies, 2014). El paso más evidente del proceso de traducción es la escritura del texto meta, sin embargo, existen otros pasos, como la lectura del texto fuente, la documentación, la confección del glosario, el borrador del texto meta, la revisión y la edición, que permiten que la escritura de este sea correcta y eficaz (Montalt Resurrecció y González Davies, 2014).

A continuación, se especifican los pasos que se realizaron en la confección del texto fuente, los que fueron propuestos por Montalt Resurrecció y González Davies (2014).

#### **3.1. Lectura del texto fuente**

La lectura del texto fuente es el primer paso en el proceso de traducción, el cual se realiza tanto para comprender el texto fuente como para analizarlo desde la perspectiva de un traductor (Newmark, 1988, citado en Pham, 2017). Montalt Resurrecció y González Davies (2014) señalan que la lectura del texto fuente es un proceso esencial, ya que este se debe comprender por completo para que, de esta manera, se pueda producir un texto meta fiel al original. Asimismo, García Yebra (2000) indica que la comprensión del texto fuente es imprescindible para su traducción, ya que, si el traductor no comprende lo que lee en el texto fuente, es imposible que pueda traducirlo.

En el presente trabajo se realizaron seis lecturas del texto fuente: la primera y la segunda lectura se hicieron para comprender el texto; la tercera, para extraer terminología; la cuarta, para

analizar el texto en cuanto a factores extratextuales; la quinta, para analizar el texto en relación a los factores intratextuales; y la sexta, para identificar problemas de traducción.

### **3.2. Documentación**

La documentación se define como una “especialidad que tiene como finalidad servir de apoyo a los traductores para lograr una traducción de calidad por medio de la identificación y resolución de problemas de índole documental” (Palomares Perraut, 2000, citado en Salgado Melendre, 2017, p.28).

La documentación tiene tres objetivos principales: obtener conocimientos sobre el tema del texto fuente, identificar terminología del texto y conseguir información sobre las normas de funcionamiento del género del texto (Hurtado Albir, 2013). Además, la documentación permite que el traductor obtenga la información que necesita, la cual le ayuda a tomar decisiones en el proceso de traducción (Day, 2006, citado en Merlo Vega y Arroyo Izquierdo, 2013).

La traducción especializada requiere una serie de recursos documentales debido a que contiene una diversidad de campos temáticos, por lo que es necesario consultar constantemente fuentes de información con el objetivo de solucionar dudas sobre el contenido del texto (Merlo Vega, 2010/2011).

Para cumplir con el encargo de traducción del presente trabajo, se realizaron tres tipos de documentación: documentación temática, documentación terminológica y documentación contextual o co-textual (Orozco Jutorán, 2012, citado en Sánchez Ramos, 2017).

- Documentación temática: el traductor debe consultar distintas obras sobre el tema del texto fuente que tengan distintos grados de especialización (Orozco Jutorán, 2012, citado en Sánchez Ramos, 2017). En el caso de la documentación del presente trabajo, se consultó artículos relacionados con la prevalencia de la depresión y de los intentos de

suicidio ([véase Anexo 1](#)) que fueran escritos por autores especialistas en el área y publicados en páginas webs fidedignas, por ejemplo, [Scielo](#), una plataforma en línea que contiene artículos sobre las distintas áreas de conocimiento y [NCBI](#), una plataforma en línea que entrega información sobre biomedicina.

- Documentación terminológica: el traductor debe ser capaz de identificar y comprender la terminología presente en el texto fuente para poder realizar una traducción fiel al original (Orozco Jutorán, 2012, citado en Sánchez Ramos, 2017). En relación a esta documentación, se consultó principalmente el *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (Navarro, 2005), el *Glosario EN-ES de ensayos clínicos (1.ª parte: A-M)* y el *Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)* (Saladrigas et al., 2008) ([véase Anexo 2](#)).
- Documentación contextual o co-textual: el traductor debe verificar que tanto la macroestructura como la microestructura del texto meta sean apropiadas a la función de este para que, de este modo, el texto se lea de una manera fluida y natural (Orozco Jutorán, 2012, citado en Sánchez Ramos, 2017). En este tipo de documentación se destacan los textos paralelos, los que se definen como “documentos en el idioma de llegada del mismo tipo de texto que el documento de partida” (Kautz, 2000, citado en Martín, 2006). En el presente trabajo se consultaron artículos pertenecientes a fuentes fidedignas como Scielo y la Revista Chilena de Salud Pública que fueran escritos en español por autores chilenos ([véase Anexo 3](#)).

### **3.3. Confección de glosario**

Los glosarios se definen como una lista de términos donde se agrega el término en la lengua origen seguido del término en la lengua meta (Jiménez, 2018). Montalt Resurrecció y González

Davies (2014) señalan que los glosarios facilitan el trabajo del traductor debido a tres razones: garantizan que la terminología del texto meta sea consistente, permiten que los traductores aprendan nuevos términos y comprendan las relaciones conceptuales entre estos y posibilitan que el traductor tenga acceso a los términos para utilizarlos en el futuro.

Asimismo, se considera una buena idea que el traductor agregue nuevas entradas al glosario mientras traduce, ya que de esta manera no necesitará consultar nuevamente diccionarios o glosario si aparece un término que ya consultó con anterioridad y aumentará la productividad de la traducción actual como de las futuras (Oliver y Moré, 2007).

Para la traducción del presente trabajo, se realizó una extracción terminológica manual del texto fuente y, posteriormente, los términos se introdujeron en una hoja de cálculo de Google Drive, una plataforma de almacenamiento de archivos en línea creada por Google a la que se accede con una cuenta de Gmail. Dicha hoja de cálculo contenía la siguiente información para cada entrada: término fuente, término meta y fuente del término meta ([véase Anexo 4](#)).

### **3.4. Borrador del texto meta**

El borrador del texto meta se considera como el producto semiacabado que no ha sido revisado ni editado (Parra Galiano, 2005). Montalt Resurrecció y González Davies (2014) señalan que el borrador del texto meta sirve para mejorar un texto y que, si es escrito de manera organizada, el traductor puede reducir tiempo en revisiones posteriores. Además, indican que escribir un borrador permite que el traductor obtenga una perspectiva más amplia de la estructura general y del contenido del texto.

Para escribir el borrador en el presente trabajo, se importó el texto fuente a la herramienta de traducción asistida Memsourc, donde se tradujo el texto por secciones. Montalt Resurrecció y González Davies (2014) señalan que, para escribir el borrador, el traductor debe enfocarse en

dos aspectos que se consideran básicos en relación a la producción del texto meta, estos son la estructura y el contenido. Debido a esto, para escribir el borrador se enfocó principalmente en respetar la estructura del texto fuente y en escribir adecuadamente el contenido del texto, es decir, transmitir correctamente el mensaje del texto fuente y percatarse de que la terminología fuera la correcta. Posteriormente, se exportó el archivo de Memsource y se realizó el siguiente paso del proceso de traducción, es decir, la revisión.

### **3.5. Revisión**

La revisión es una comparación detallada del texto fuente con el texto meta que se realiza por dos motivos: comprobar que se haya transmitido correctamente el sentido del texto fuente en el texto meta y corregir y mejorar el texto (Delisle, Lee-Jahnke y Cormier, 1999). Esto significa que en las revisiones los traductores corrigen omisiones, errores de traducción, errores de terminología, entre otros (Mossop, 2014).

La revisión del trabajo consistió en comparar el archivo original de texto fuente con el borrador del texto meta con el objetivo de verificar que el sentido del mensaje de ambos fuera el mismo y de detectar errores para, de esta manera, corregirlos. Para realizar esto de una manera eficaz, se colocaron ambos archivos en ventanas en paralelo mediante la opción “mostrar ventanas en paralelo” de la barra de tareas del escritorio del computador. En este proceso de traducción se corrigieron errores de terminología, de cambio de sentido y de calcos estructurales.

### **3.6. Edición**

La edición consiste en mejorar el texto meta en relación a la ortografía, la puntuación, la sintaxis y el estilo, es decir, adaptar tanto el vocabulario como la estructura de la oración en relación a

la audiencia del texto meta y crear un texto que sea fluido y natural al establecer una relación entre párrafos (Mossop, 2014).

En esta última etapa del proceso de traducción se mejoró el borrador del texto meta en todos los aspectos mencionados anteriormente y, además, se verificó que la ortotipografía fuera la correspondiente a las convenciones de escritura del español. Para realizar la edición del texto meta se consultaron los artículos *Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo* (Claros, 2008), *Los anglicismos ortotipográficos en la traducción* (Martínez de Sousa, 2003), el Diccionario panhispánico de dudas (DPD, 2019) y la Fundación del Español Urgente (Fundéu BBVA, 2019).

## **Capítulo 4: Tecnologías de traducción**

Las tecnologías de traducción son herramientas informáticas que se emplean para traducir (Bowker, 2002, citado en Sánchez-Gijón y Presas, 2018). Dentro de estas herramientas se encuentran los sistemas de traducción asistida por computadora (TAC), los que son “un conjunto de programas informáticos que ayudan al profesional a traducir textos de forma rápida, ágil y con un alto nivel de calidad” (Oliver y Moré, 2007, p.24).

Para traducir el texto fuente del presente trabajo se utilizó Memsources, una herramienta de traducción asistida en línea que contiene una memoria de traducción y una gestión terminológica. A continuación, se indicarán las ventajas y desventajas de dicho sistema.

### **4.1. Ventajas**

- **Gestión terminológica:** se pueden agregar términos en una base de datos con sus equivalentes respectivos en español a medida que se traduce el texto para que, posteriormente, la plataforma indique cuando se encuentre una coincidencia terminológica en otros segmentos. Además, la herramienta permite importar glosarios previamente confeccionados.
- **Interfaz simple y fácil de usar:** la pantalla se divide en tres columnas, la primera tiene el texto fuente, la segunda tiene segmentos vacíos para escribir el texto meta y la tercera corresponde a un recuadro donde la plataforma indica los términos que se agregan al glosario cuando estos se repiten en un segmento específico y los segmentos que son iguales o similares.
- **Ortografía:** la plataforma subraya los errores ortográficos en color rojo y, además, indica las posibles soluciones a dichos errores.

- Barra inferior: la plataforma contiene una barra inferior que señala las palabras y los segmentos que faltan por traducir.

#### **4.2. Desventajas**

- Conversión del formato del texto fuente: no se pueden subir archivos a Memsorce en formato PDF, extensión del texto fuente, por lo que el texto fuente se tuvo que convertir en formato .docx para, de este modo, subirlo a Memsorce y poder traducirlo. Para hacer dicha conversión se utilizó un programa en línea gratuito llamado Smallpdf, debido a que se tenía conocimiento sobre el tiempo estimado de conversión (menos de 10 segundos) y a que no suele desconfigura el documento.
- Desconfiguración de la diagramación: al exportar la traducción de Memsorce, el programa no mantuvo la diagramación del texto fuente, por lo que se tuvo que arreglar posteriormente.

## **Capítulo 5: Problemas de traducción y soluciones**

Nord (1988, citado en Hurtado Albir, 2013, p.282) señala que un problema de traducción es “un problema objetivo que todo traductor (independientemente de su nivel de competencia y de las condiciones técnicas de su trabajo) debe resolver en el transcurso de una tarea de traducción determinada”.

Cuando se traduce, los traductores pueden encontrar problemas que se pueden solucionar de distintas maneras (Gile, 2009, citado en Gregorio Cano, 2017). Dichas soluciones pueden ser a través de técnicas de traducción o de estrategias de traducción.

Las primeras son procedimientos verbales que se pueden observar en el resultado de la traducción y se emplean para lograr equivalencias traductorales que afectan específicamente a unidades menores de un texto (Hurtado Albir, 2013). Además, las técnicas de traducción posibilitan la identificación, clasificación y denominación de las equivalencias que el traductor elige para las unidades menores de un texto (Hurtado Albir, 2013). Las segundas son procedimientos verbales o no verbales que se emplean en todas las etapas del proceso de traducción para, de este modo, resolver los problemas que el traductor pueda encontrar en el texto (Hurtado Albir, 2013).

A continuación, se analizan dos problemas de traducción que se presentan en el texto fuente del trabajo. Los problemas se analizan a partir de la clasificación propuesta por Hurtado Albir (2013) y Baker (2011).

### 5.1. Problema textual: omisión

Hurtado Albir (2013) señala que los problemas textuales son aquellos que están relacionados con aspectos de coherencia, cohesión, progresión temática, tipologías textuales y estilo; pueden ser problemas de comprensión o reexpresión

Una de las características principales de los artículos científicos es la precisión, es decir, el autor debe utilizar palabras que transmitan exactamente lo que quiere comunicar (Padrón Novales, Quesada Padrón, Pérez Murguía, González Rivero y Martínez Hondares, 2014). A pesar de esto, el texto fuente carece de dicha característica en uno de sus segmentos, puesto que se presenta un problema de omisión de información.

A continuación, se presenta el segmento con dicho problema y su traducción correspondiente.

Suicide attempt was more among those who were divorced or separated or widowed (15.9%) as compared to those who were currently married (6.5%) or never married (3.1%).

Los intentos de suicidio fueron más en pacientes divorciados, separados o viudos (15,9 %) en comparación con los casados (6,5 %) o los que nunca se habían casado (3,1 %).

Si bien el problema debería ser considerado como un problema de sintaxis, se rechazó dicha opción debido a que los autores anteriormente en el texto fuente sí escribieron la estructura de la oración de manera correcta. Es por esta razón que se decidió analizar el problema como uno de omisión.

La omisión se detectó debido a la palabra *more*, ya que, según el diccionario en línea [Oxford](#), esta puede actuar como determinante, pronombre o adverbio. Los determinantes son “palabras que preceden al sustantivo precisando o cuantificando su significado” (Ariza, Cañellas,

Castellano, Navío y Vicioso, 2016, p.89), los pronombres son “palabras que se utilizan en sustitución de un nombre” (Urrutia Cárdenas y Álvarez Álvarez, 2001, p.151) y los adverbios son “palabras que se juntan a un verbo o a un adjetivo para modificar su significado” (Suazo, 2002, p.177).

De lo anterior se puede deducir que después de la palabra *more*, los autores omitieron una palabra, puesto que en el ejemplo extraído del texto fuente presentado con anterioridad los autores escribieron la preposición *among*.

Para solucionar este problema, se utilizó una estrategia denominada estrategia *fix-up*, la que fue propuesta por Herrell y Jordan (2002, citado en Montalt Resurrecció y González Davies, 2014) y que consiste en leer las oraciones anteriores para, de este modo, aclarar el sentido de la oración donde se encuentra el problema. De este modo, se pudo advertir que en los segmentos previos los autores comparan el porcentaje de prevalencia de los intentos de suicidio entre dos grupos de personas. A continuación, se presenta dicho segmento con su traducción.

Past suicide attempt was significantly more prevalent among women (9.2%), as compared to men (3.6%).

Los intentos de suicidio previos fueron significativamente más prevalentes en las mujeres (9,2 %) que en los hombres (3,6 %).

Debido a que en este segmento los autores escribieron el adjetivo *prevalent* después de *more* para describir a los intentos de suicidio previos, se pudo deducir que en el ejemplo que presenta el problema de omisión la palabra *more* actúa como un adverbio, ya que la palabra que omitieron los autores es el adjetivo *prevalent*. Por consiguiente, la propuesta de traducción es la siguiente.

Los intentos de suicidio fueron más **prevalentes** en pacientes divorciados, separados o viudos (15,9 %) en comparación con los casados (6,5 %) o los que nunca se habían casado (3,1 %).

## 5.2. Problema de falta de equivalencia a nivel de palabra

Baker (2011) señala que la falta de equivalencia a nivel de palabra se presenta cuando “la lengua meta no posee un equivalente directo de un término que está presente en el texto fuente” (p.18).

La falta de equivalencia representa un problema para el traductor, por lo que este tiene que ser capaz de aplicar estrategias para poder solucionarlo (Baker, 2011).

A continuación, se presenta el segmento del texto fuente que contiene el problema mencionado con anterioridad, el cual se destaca en negrita.

This was part of a cross sectional study to validate a brief depression **screening tool**, Primary care Screening Questionnaire for Depression (PSQ4D), which was developed and validated in this age group.

El término que presenta un problema en el segmento anterior es *screening tool*, puesto que no posee una equivalencia directa en la lengua meta. *Screening tool* se define como un cuestionario que se entrega a una gran cantidad de personas con el objetivo de determinar aquellas que padecen una enfermedad o aquellas que están propensas a padecer una enfermedad (Ballentine, 2018). Asimismo, en el contexto del segmento, un *screening tool* es un cuestionario que un médico entrega a un paciente para que este responda preguntas que ayudan a identificar si presenta síntomas de depresión (Kalina, 2015).

Para poder buscar el equivalente en español de dicho término, se consultaron diccionarios bilingües de medicina y diccionarios bilingües específicos del área de epidemiología ([véase Anexo 5](#)), sin embargo, no se encontró un equivalente acuñado, razón por la que se clasificó este problema como falta de equivalencia a nivel de palabra. Para poder solucionar este problema, en primer lugar, se utilizó la estrategia de búsqueda por separado, es decir, se buscó los equivalentes de *screening* y de *tool* en los diccionarios señalados anteriormente con el objetivo de obtener opciones de posibles equivalentes de *screening tool*. Los resultados de la búsqueda por separado fueron los siguientes:

- *screening*: cribado, detección, tamizaje, detección sistemática, examen colectivo, identificación sistemática, selección, identificación
- *tools*: utensilios, útiles, instrumentos

En segundo lugar, se emparejó los equivalentes señalados anteriormente con la finalidad de formar posibles equivalentes de *screening tool*. En tercer lugar, se realizó una búsqueda por el buscador de Google para observar cuál de las posibles parejas de equivalentes se utilizaban en textos escritos en español. De esto, se observó que los más utilizados eran dos: instrumento de cribado e instrumento de tamizaje. Sin embargo, para elegir un equivalente apropiado para el texto meta, se consideró el encargo de traducción, el cual indica que el texto meta está dirigido a una audiencia chilena y experta, por lo que no solo se consultaron fuentes chilenas, sino que también fidedignas. Es por esto que, después de consultar fuentes como artículos pertenecientes a la Revista Médica de Chile o al Ministerio de Salud de Chile, se concluyó que el equivalente apropiado para *screening tool* es “instrumento de tamizaje”.

Para corroborar esta información, se decidió aplicar la estrategia de consultar con un experto, por lo que se contactó con la profesora Stephanie Díaz, Doctora en Estudios de Traducción e Interpretación, quien pudo confirmar que el término “instrumento de tamizaje” era el adecuado

para el texto meta, ya que estaba presente en la literatura científica que había leído para sus investigaciones previas.

A continuación, se presenta la propuesta de traducción.

Esto fue parte de un estudio transversal que se realizó para validar un breve **instrumento de tamizaje** de depresión denominado *Primary Care Screening Questionnaire for Depression* (PSQ4D), el que se elaboró y posteriormente se validó en el grupo etario indicado anteriormente.

## **Conclusión**

El presente trabajo, el cual consistió en un comentario crítico de una traducción de un texto científico-técnico del área de psiquiatría, permitió observar y comprender todos los aspectos que están involucrados en la elaboración de un texto meta.

En el trabajo se pudo corroborar que el análisis textual, compuesto por los factores extratextuales y los factores intratextuales, es un proceso fundamental en la traducción, puesto que permite que el traductor comprenda el texto fuente para poder elaborar un texto meta fiel al original.

Asimismo, se pudo observar que los pasos pertenecientes al proceso de traducción tienen como finalidad que el traductor logre escribir el texto meta de manera eficiente y correcta.

Además, en el trabajo se destacaron las ventajas de usar una herramienta de traducción, puesto que simplifica la tarea del traductor al poder traducir de manera rápida y alcanzar un alto nivel de calidad.

Por último, a través de dos problemas de traducción se pudo comprender el proceso que el traductor realiza para poder llegar a una propuesta de traducción.

Como se puede observar, la traducción de un texto posee una serie de procesos y aspectos que tienen como objetivo optimizar la elaboración del texto meta para que, de este modo, el traductor logre escribir un texto meta natural, fluido y fiel al texto fuente.

**Texto meta: 3598**

**Comentario: 8827**

**Total de palabras: 12 425**

## Referencias

- Aixelá, J. F. (2015). La traducción de textos científicos y técnicos. *Tonos Digital*, 29, pp. 1-31.
- Álvarez Jorge, P. (2008). *La sintaxis del lenguaje de los textos científicos. Los tipos oracionales y los giros de participio y gerundio: estudio de un corpus ruso-español de textos médicos* (tesis de maestría). Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.
- Ariza Trinidad, E., Cañellas A. M., Castellano, J. M., Castellano, E. N., Vicioso, & C. N. (2016). *Ámbito lingüístico y social*. Madrid: Editex
- Baker, M. (2011). *In Other Words: A coursebook on translation* (2º ed). Estados Unidos/Canada: Routledge
- Ballentine, N. A. (2018). *Implementation of a Depression Screening Tool for Cardiovascular Patients in the Primary Care Setting* (tesis doctoral). University of South Carolina, Estados Unidos.
- Bosque, I. & Gutiérrez-Rexach, J. (2009). *Fundamentos de sintaxis formal*. España: Akal.
- Byrne, J. (2006). *Technical Translation: Usability Strategies for Translating Technical Documentation*. the Netherlands: Springer.
- Byrne, J. (2014). *Scientific and technical translation explained: a nuts and bolts guide for beginners*. Londres: Routledge
- Cabré, M. T. (1999). *Terminology: Theory, methods and application*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Cabré, M. T. (2002). Textos especializados y unidades de conocimiento: metodología y tipologización. En García Palacios, J. y Fuentes, M. T. (Eds). *Texto, terminología y traducción* (p. 15-36). Salamanca, España: Ediciones Almar.
- Cabré, M.T. (2011). Relación entre la documentación y la terminología. En Gonzalo García, C. & García Yebra, V. (Eds.). *Documentación, terminología y traducción*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Cabrera, A. & Pelayo, N. (2002). *Lenguaje y comunicación: conceptos básicos, aspectos teóricos generales, características, estructura, naturaleza y funciones del lenguaje y la comunicación*. Venezuela: Los libros de el nacional.
- Candia, R. & Caiozzi, G. (2005). Intervalos de confianza. *Revista Médica de Chile*, 133(9), pp.1111-1115.
- Cano Vindel, J., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E. & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), pp.2-11.
- Castillo Pereira, I. (2015). *Acerca del lenguaje científico-técnico: sus características y clasificación*. Recuperado de <http://files.sld.cu/traduccion/files/2015/09/2-lenguaje-cientifico-tecnico.pdf>

- Claros, M.G. (2006). Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español. *Panace@*, 7(23), 89-94.
- Claros, M.G. (2008). Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo. *Panace@*, 9(28), 145-158
- Delisle, J., Lee-Jahnke, H., & Cormier, M. (1999). *Translation Terminology*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Donado Campos, J., & Rodríguez-Arango, G. (1999). Epidemiología y metodología científica aplicada a la Pediatría (III): Introducción al análisis estadístico en epidemiología. *Anales españoles de pediatría*, 50(1), pp.81-90.
- Elsevier. (2019). Asian Journal of Psychiatry. Recuperado de <https://www.journals.elsevier.com/asian-journal-of-psychiatry>
- Fernández Polo, F. J. (1999). *Traducción y retórica contrastiva a propósito de la traducción de textos de divulgación científica del inglés al español*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Fraser, J. (2000). The Broader View: How Freelance Translators Define Translation Competence. En Schäffner, C. & Adab, B. (Eds), *Developing Translation Competence* (pp.51-62). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- García López, R. (2004). *Guía didáctica de la traducción de textos idiolectales: texto literario y texto de opinión*. España: Netbiblo.
- García Yebra, C. (2000). La responsabilidad del traductor frente a su propia lengua, en Gonzalo García, C. & García Yebra, V. (Eds), *Documentación, terminología y traducción* (pp. 629-649). Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A
- García, I. (1999). El análisis textual como paso previo a la traducción: la tipología textual y su interpretación. *TRANS*, 3, pp.133-140.
- González Reyna, S. (2000). Lenguaje y comunicación. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 44(179), pp-139-152
- Gracia, J. (1996). *Ontological Status, Identity, Author, Audience*. Estados Unidos: State University of New York Press.
- Gregorio Cano, A. (2017). Problemas de traducción, detección y descripción: un estudio longitudinal en la formación de traductores. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(2), pp.25-49.
- Hurtado Albir, A. (1996). *La enseñanza de la traducción*. España: Universitat Jaume I.
- Hurtado Albir, A. (2013). *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. España: Ediciones Cátedra.

- Instituto Nacional de la Salud Mental, (2010). *Depresión*. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresionsp/depression\\_sp\\_quad\\_508\\_in\\_12\\_23\\_10\\_141885.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresionsp/depression_sp_quad_508_in_12_23_10_141885.pdf)
- Instituto Nacional de la Salud mental, (2015). *La depresión: lo que usted debe saber*. Recuperado de <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SP%2015-3561/SP%2015-3561.pdf>
- Jakobson, R. (1983). *Ensayos de lingüística general*. Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A.
- Jalilifar, A., White, P. & Malekizadeh, N. (2017). Exploring nominalization in scientific textbooks: A cross-disciplinary study of hard and soft sciences. *International Journal of English Studies*, 17(2), pp.1-20.
- Jiménez, A. (2018). *Introducción a la traducción: inglés-español*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Kalina, E. (2015). *Standardized Postpartum Depression Screening and Treatment* (tesis doctoral). North Dakota State University, Fargo, North Dakota
- Mac Donald, (2017). *Las funciones de Roman Jakobson en la era digital*. Recuperado de [http://biblio3.url.edu.gt/publiclg/url/fac\\_hum/func\\_roma.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/publiclg/url/fac_hum/func_roma.pdf)
- Martin, S. A. (2006). El comentario de traducción guiado como método de autorreflexión para la enseñanza de la traducción. En Blanco García, P. & Martino Alba, P. (Eds), *Traducción y multiculturalidad* (pp. 249-256). Madrid, España.
- Martínez de Sousa, J. (2003). Los anglicismos ortotipográficos en la traducción. *Panace@*, 4(11), pp.1-5
- Merlo Vega, (2010/2011). *La documentación y las instituciones documentales*. Recuperado de [http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/documentacion-aplicada-a-la-traduccion/contenidos/Merlo\\_101424\\_Tema1\\_1Teoria.pdf](http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/documentacion-aplicada-a-la-traduccion/contenidos/Merlo_101424_Tema1_1Teoria.pdf)
- Merlo Vega, J. A. & Arroyo izquierdo, S. (2013). *Documentación y Traducción: ámbitos de convergencia de dos disciplinas transversales*. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Ministerio de Salud, (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación*. Recuperado de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Prevenccion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf)
- Montalt Resurrecció, V. & González Davies, M. (2014). *Medical translation step by step: Learning by drafting*. Nueva York: Routledge.
- Mossop, B. (2014). *Revising and Editing for Translator* (3° ed). Londres/Nueva York: Routledge.

- National Institute of Mental Health, (2016). *Depression Basics*. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressionbasics-508-01112017\\_150043.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressionbasics-508-01112017_150043.pdf)
- Navarro, F., Hernández, F. & Rodríguez-Villanueva, L. (1994). Uso y abuso de la voz pasiva en el lenguaje médico escrito. *Medicina Clínica*. 103(12), 461-464
- Neubert, A. & Shreve, G. (1992). *Translation as Text*. Kent, Ohio/Londres, Inglaterra: The Kent State University Press.
- Nord, C. (2000). What Do We Know About the Target-Text Receiver? En Beeby, A., Ensinger, D. & Presas, M. (Eds), *Investigating Translation* (pp. 195-212). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Nord, C. (2005). *Text Analysis in Translation: Theory, Methodology, and Didactic Application of a Model for Translation-Oriented Text Analysis* (2º ed). Nueva York: Editions Rodopi B.V.
- Nord, C. (2009). El funcionalismo en la enseñanza de traducción. *Mutatis Mutandis: Revista Latinoamericana de Traducción*. 2(2), pp. 209-243.
- Nord, C. (2018). *Traducir, una actividad con propósito: Introducción a los enfoques funcionalistas*. Berlín: Frank & Timme.
- Oliver, A. & Moré, J. (2007). *Traducción y tecnologías*. Barcelona: Editorial UOC.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud, (2017). *Depresión: qué debe saber*. Recuperado de <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Padrón Novales, C. I., Quesada Padrón, N., Pérez Murguía, A., González Rivero, P. L., & Martínez Hondares, L. E. (2014). Aspectos importantes de la redacción científica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(2), 362-380.
- Parra Galiano, S. (2005) *La revisión de traducciones en la Traductología: aproximación a la práctica de la revisión en el ámbito profesional mediante el estudio de casos y propuestas de investigación* (tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

- Pham, C. (2017). Reading Comprehension and Translation Performance of English Linguistics Students of Hung Vuong University: A Correlational Study. *International Journal of English Language & Translation Studies*, 5(3), pp.79-85.
- Rabadán, R. (1991). *Equivalencia y traducción: problemática de la equivalencia transléctica inglés-español*. Zamora: Universidad de León.
- Real Academia Española. (2005). Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de: <http://lema.rae.es/dpd/apendices/apendice4.html>
- Real Academia Española. (2019). Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Salgado Melendre, S. (2017). *La importancia de la documentación en el proceso traductor: La traducción de un texto médico especializado (EN-ES)* (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, España.
- Sánchez Ramos, M. (2017). Necesidades formativas emergentes: corpus virtuales como recurso para la formación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. *Onomázein*, 38, pp.169-187.
- Sánchez Trigo, E. (2002). Tipologías textuales y traducción. *TRANS*, 26, pp.122-133.
- Sánchez-Gijón, P., & Presas, M. (2018). Tecnologías de la traducción en la formación de investigadores. *Trans-kom*, 11(2), pp.238-264.
- Santamaría Pérez, I. (2009). *La terminología: definición, funciones y aplicaciones*. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12770/8/La\\_terminolog%C3%ADa.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12770/8/La_terminolog%C3%ADa.pdf)
- Satz, L. M. (2009). *Manual de comunicación para estudiantes universitarios*. Recuperado de [https://www.academia.edu/6108449/MANUAL\\_DE\\_COMUNICACION\\_PARA\\_ESTUDIANTES\\_UNIVERSITARIOS](https://www.academia.edu/6108449/MANUAL_DE_COMUNICACION_PARA_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS)
- Schultz, J. M. & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: Planes de cuidados*. México: El Manual Moderno, S. A.
- Servicio Andaluz de Salud, (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Soltero Godoy, M. (1995). Reflexiones sobre la historia de la traducción. En Martín-Gaitero, F. (ed), *V encuentros complutenses en torno a la traducción* (pp.451-458). España: Editorial Complutense.
- Suazo, S. (2002). *Conversemos en garífuna: gramática y manual de conversación*. Honduras: Editorial Guaymuras.
- Urrutia Cárdenas, H. & Álvarez Álvarez, M. (2001). *Esquemas de morfosintaxis histórica del español* (3º ed). Bilbao: Universidad de Deusto.

Villagrán, A. & Harris, P. R. (2009). Algunas claves para escribir correctamente un artículo científico. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(1), pp.70-78

**Anexo 1:** Textos científico-técnicos consultados en la documentación temática

Título	Autores	Año	Fuente
Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation	Neury José Botega, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Helenice Bosco de Oliveira, Paulo Dalgalarondo y Leticia Marín-León	2005	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-44462005000100011">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-44462005000100011</a>
Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana	Berenice Pérez-Amezcu, Leonor Rivera-Rivera, Erika E Atienzo, Filipa de Castro, Ahidee Leyva-López y Rubén Chávez-Ayala	2010	<a href="https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n4/324-333/">https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n4/324-333/</a>
Prevalence of Depressive Disorder of Outpatients Visiting Two Primary Care Settings	Sun-Jin Jo, Hyeon Woo Yim, Hyunsuk Jeong, Hoo Rim Song, Sang Yhun Ju, Jong Lyul Kim y Tae-Youn Jun	2015	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592025/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592025/</a>
The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea	Yoon-Joo Choi y Weon-Young Lee	2017	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297182/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297182/</a>

**Anexo 2:** Diccionarios y glosarios consultados para realizar la traducción

Título	Autores	Año
Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina	Fernando A. Navarro	2005
Glosario EN-ES de ensayos clínicos (1.ª parte: A-M)	M. <sup>a</sup> Verónica Saladrigas, Fernando A. Navarro, Laura Munoa, Pablo Mugüerza y Álvaro Villegas	2008
Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)	M. <sup>a</sup> Verónica Saladrigas, Fernando A. Navarro, Laura Munoa, Pablo Mugüerza y Álvaro Villegas	2008

**Anexo 3:** Textos consultados en la documentación contextual o co-textual

Título	Autores	Año	Fuente
Prevalencia de cuadros depresivos y factores asociados en mujeres adultas de la Isla de Chiloé	Rubén Alvarado, Jacobo Numhauser	2004	<a href="https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20179/21338">https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20179/21338</a>
Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile	Raúl Ventura-Juncá D., César Carvajal, Sebastián Undurraga, Pilar Vicuña, Josefina Egaña, María José Carib	2010	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0034-98872010000300008&amp;script=sci_arttext">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0034-98872010000300008&amp;script=sci_arttext</a>
Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción	Mario Valdivia, Daniel Silva, Félix Sanhueza, Félix Cova y Roberto Melipillán	2015	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300006&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300006&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en</a>

**Anexo 4:** Glosario terminológico inglés-español

Término fuente	Término meta	Fuente del término meta
categorical variable	variable cualitativa	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)</a>
completed suicide	suicidio consumado	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
consultant psychiatrist	psiquiatra	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
consultation	interconsulta	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
continuous variable	variable continua	Diccionario de términos epidemiológicos
data collection	obtención de datos	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
emergency department	servicio de urgencias	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
gender bias	sesgo de sexo	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
general practice	consultorio de medicina general	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
general practitioner	médico de cabecera	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
informed consent	consentimiento válido	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición

lifetime prevalence	prevalencia a lo largo de la vida	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (1.ª parte: A-M)</a>
marker	marcador	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
mean age	media de edad	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
multivariate análisis	análisis multivariado	Diccionario de términos epidemiológicos
outpatient	paciente ambulatorio	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
past history	antecedentes	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
physician	médico	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
population-based study	estudio poblacional	GLOEPI: Glosario inglés-español de términos de epidemiología y estadística sanitaria
potential	posible	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
predictor variable	variable independiente	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
prevalence	prevalencia	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
prevalent	prevalente	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
primary care	atención primaria	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
prospective study	estudio de cohortes	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición

psychotropic drugs	psicofármaco	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
p-value	valor de $p$	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
quantify	cuantificar	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
risk factor	factor de riesgo	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
aample	muestra	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)</a>
significant	significativo	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
standard deviation	desviación estándar	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
statistical analysis	análisis estadístico	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)</a>
strength of the association	grado de asociación	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)</a>
suicidal ideation	ideas de suicidio	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
suicide attempt	intento de suicidio	Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, 2º edición
systematic sampling	muestreo sistemático	GLOEPI: Glosario inglés-español de términos de epidemiología y estadística sanitaria
univariate analyses	análisis univariado	<a href="#">Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)</a>

**Anexo 5:** Diccionarios y glosarios consultados para buscar el equivalente del término *screening tool*

Título	Autores	Año
Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina	Fernando A. Navarro	2005
Glosario EN-ES de ensayos clínicos (1.ª parte: A-M)	M.ª Verónica Saladrigas, Fernando A. Navarro, Laura Munoa, Pablo Mugüerza y Álvaro Villegas	2008
Glosario EN-ES de ensayos clínicos (2.ª parte: N-Z)	M.ª Verónica Saladrigas, Fernando A. Navarro, Laura Munoa, Pablo Mugüerza y Álvaro Villegas	2008
Diccionarios de términos epidemiológicos	Malaquías López-Cervantes, Jorge Salmerón-Castro, Lizbeth López-Carrillo, Mauricio Hernández-Avila, María Cristina Schneider y Sergio Koiffman	1994
GLOEPI: Glosario inglés-español de términos de epidemiología y estadística sanitaria	José A. Tapia Granados, Ana V. Diez Roux y F. Javier Nieto	1994