

ANÁLISIS DE LA TRADUCCIÓN DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO- MÉDICO: CARACTERÍSTICAS, DIFICULTADES Y PROCEDIMIENTOS

Gisela Frigola Mondria

Tutora: Ariadna Ausió Dot

Trabajo final de grado

Grado en Traducción, Interpretación y Lenguas Aplicadas

Universitat de Vic – Universitat Oberta de Catalunya

23/05/2022

Resumen

Este trabajo de fin de grado es el análisis de la traducción del inglés al español de un artículo científico-médico. Tiene como objetivo presentar las singularidades de este tipo de textos, así como los procedimientos, las dificultades de traducción y sus posibles soluciones. Este trabajo muestra que los textos médicos tienen unas particularidades terminológicas y fraseológicas específicas que añaden dificultad a la traducción médica y concluye que la traducción médica necesita un esfuerzo de reflexión suplementario debido al lenguaje propio característico que, además, está en constante cambio y evolución.

El artículo escogido, *An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress*, contiene unas 6500 palabras de las que se han traducido unas 4000 y su contenido trata sobre un estudio en el que se analizan las razones por las que algunas mujeres sufren malestar psíquico después del parto.

Palabras clave: artículo científico, traducción médica, terminología, problemas de traducción.

Abstract

This final degree project is an analysis of the translation from English into Spanish of a scientific-medical article. It aims to present the singularities of this type of text, as well as the procedures, translation difficulties and possible solutions. This project shows that medical texts have specific terminological and phraseological peculiarities that add difficulty to medical translation and concludes that medical translation requires an additional effort of reflection due to its own characteristic language which, moreover, is constantly changing and evolving.

The article chosen for translation, *An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress*, contains about 6500 words of which about 4000 have been translated, and is a study that explores the reasons why some women suffer emotional distress after childbirth.

Keywords: scientific article, medical translation, terminology, translation problems

Tabla de contenido

1. Introducción.....	5
2. Metodología de trabajo	7
3. Marco teórico	9
3.1. El texto científico-médico.....	9
3.2. Traducción del texto científico-médico.....	9
3.2.1. Uso de diccionarios y textos paralelos	10
3.2.2 Procedimientos de traducción	10
3.2.3. Terminología y fraseología.....	11
3.2.4. Siglas, acrónimos y abreviaturas.....	12
3.2.5. Unidades de medida, conversiones, símbolos y puntuación en cifras	12
3.2.6. Tablas y figuras.....	13
3.2.7. Falsos amigos, palabras polisémicas y traducciones acrílicas.....	13
3.2.8. Uso de mayúsculas	14
3.2.9. Uso de la cursiva.....	14
3.2.10. La voz pasiva.....	14
4. Texto traducido.....	15
5. Análisis de la traducción.....	28
5.1. Ejemplos de procedimientos de traducción.....	28
5.1.1. Préstamo.....	28
5.1.2. Calco	29
5.1.3. Traducción literal.....	29
5.1.4. Transposición	29
5.1.5. Modulación	30
5.1.6. Equivalencia	31

5.1.7. Adaptación	32
5.1.8. Expansión	32
5.1.9. Reducción.....	33
5.2. Ejemplos de problemas lingüísticos.....	33
5.2.1. Terminología y fraseología.....	33
5.2.2. Siglas, acrónimos y abreviaturas	38
5.2.3. Unidades de medida, conversiones, símbolos y puntuación en cifras.	39
5.2.4. Tablas y figuras.....	39
5.2.5. Falsos amigos, palabras polisémicas y traducciones acríticas.....	40
5.2.6. Uso de la cursiva.....	41
5.2.7. La voz pasiva.....	41
6. Conclusión	43
7. Referencias bibliográficas.....	44
8. ANEXO	46

1. Introducción

Este trabajo de fin de grado forma parte de las asignaturas del grado de Traducción, interpretación y lenguas aplicadas. En este trabajo he llevado a cabo una traducción de un artículo científico-médico del inglés al español con el objetivo de analizar las características, los procedimientos, las dificultades y sus posibles soluciones. Con todo, he querido mostrar que la traducción médica, no solo presenta los problemas que conlleva cualquier tipo de traducción, sino que, además, tiene ciertas características propias, como el lenguaje médico o la manera de expresarse, que añaden dificultad a este tipo de traducciones.

El artículo que he escogido se titula *An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress*. Se publicó en el 2020 y proviene de la revista británica de matronas, *British Journal of Midwifery*. Está escrito por una especialista sobre el tema y se dirige a un público experto. Este artículo contiene unas 6500 palabras, de las que he traducido unas 4000. En él se analizan, a través de entrevistas, las razones por las que algunas mujeres sufren malestar psíquico después del parto y llega a la conclusión de que la falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios es un factor clave asociado a este malestar. He escogido un artículo de ámbito médico porque es la especialidad de traducción a la que me gustaría dedicarme. Además, he escogido expresamente que proviniera de esta revista porque me interesa mucho esta área de especialidad.

En cuanto a la estructura de este trabajo, primero presento esta introducción, que incluye la justificación, el objetivo de trabajo y la estructura, seguido de la metodología de trabajo que he utilizado para realizarlo. Luego, presento el marco teórico donde explico las características del texto científico-médico y especifico los elementos relacionados con este tipo de traducción, como el uso de diccionarios y textos paralelos y los procedimientos de traducción que se pueden llevar a cabo. También añado los elementos característicos que hay que tener en cuenta a la hora de traducir, como la terminología y la fraseología, las siglas, los acrónimos y las abreviaturas, los falsos amigos o el uso de la voz pasiva, entre otros. Todo ello con el objetivo de introducir este tipo de traducciones al lector, para que tenga una idea general sobre este tema.

A continuación, presento el texto traducido, seguido del análisis de la traducción. El análisis lo he dividido entre ejemplos de los procedimientos de traducción que he utilizado y ejemplos de los problemas lingüísticos encontrados. Los ejemplos de problemas lingüísticos siguen el mismo orden que el apartado 3.2 *Traducción del texto científico-médico*, o sea, la terminología y fraseología, las siglas, las unidades de medida, etc. En el análisis de la traducción, solo se dan algunos ejemplos del texto, ya que hubiera sido imposible añadirlos todos.

Por último, termino con la conclusión, que incluye las reflexiones sobre el contenido del trabajo y las ideas a las que he llegado después de considerar todos los datos.

En los dos últimos apartados, se encuentran las referencias bibliográficas y un anexo, donde añado el texto original.

2. Metodología de trabajo

Las fases que seguí para llevar a cabo este trabajo fueron:

Primero, escogí el ámbito temático, la línea de investigación y el tema. En este caso, tenía claro que quería basar mi trabajo de fin de grado (TFG) sobre un análisis de traducción del ámbito médico y, más específicamente, del ámbito de la enfermería o matrona. Para ello, busqué un artículo reciente en el *British Journal of Midwifery* que no estuviera traducido al español.

Una vez que tuve el primer apartado claro, realicé una tabla de contenidos provisional con todos los puntos que creía que debía tratar un análisis de traducción en un TFG. En esta tabla, me aseguré de marcar el número aproximado de páginas que quería utilizar para tratar cada punto, para así tener una idea general y poder organizarme a la hora de redactar el trabajo.

A continuación, para ayudarme con la organización y el cumplimiento del trabajo dentro del tiempo estipulado, diseñé un cronograma que contenía el plan de trabajo con todas las tareas a efectuar (todos los puntos de la tabla de contenidos) y el tiempo aproximado en semanas que creía que necesitaría dedicar para cada apartado. Al crearlo, intenté ser lo más realista posible a mis disponibilidades reales e intenté seguirlo tanto como pude.

Antes de llevar a cabo ningún otro punto del trabajo, traduje el artículo escogido del inglés al español. Durante la traducción, fui marcando en rojo en el documento de partida todas esas palabras con las que me encontraba en dificultad y que creía que era interesante comentar, como por ejemplo la terminología específica o evitar las traducciones «acríticas». Para la traducción, me ayudé de diccionarios (bilingües, monolingües y médicos), glosarios y textos paralelos. Cuando encontraba la mejor opción de traducción, la apuntaba en una hoja y guardaba en internet todas las fuentes bibliográficas y enlaces utilizados. Para la traducción en sí, primero realicé una primera traducción. Luego, dejé reposar el texto un día y entonces, realicé una primera lectura en la que revisé detalladamente todos los aspectos terminológicos y lingüísticos. Finalmente, después de dejar reposar el texto un segundo día, llevé a cabo una revisión final.

Después de la traducción, desarrollé el marco teórico. Este es el conjunto de la información extraída de la bibliografía junto con los conocimientos adquiridos durante toda la carrera universitaria y mi criterio personal. Todas las asignaturas realizadas me han aportado un u otro conocimiento, pero para este trabajo en específico, las asignaturas que me han ayudado más son *Terminología y Traducción de textos científicos y técnicos B-A I y II*. Así, una vez finalizada la traducción, busqué información para realizar el marco teórico. Aquí también, fui anotando y guardando todos los enlaces y la bibliografía que usaba.

Cuando tuve el marco teórico finalizado, llevé a cabo el análisis de la traducción. Este lo dividí en dos apartados, ejemplos de procedimientos de traducción y ejemplos de problemas lingüísticos. En el primer apartado, añadí ejemplos de estrategias de traducción siguiendo el mismo orden que había utilizado para describir el punto 3.2.2 *Procedimientos de traducción*. En el segundo apartado, incluí ejemplos de problemas lingüísticos, siguiendo el orden des de 3.2.3 hasta 3.2.10. Así, cogí todas las palabras que había marcado en rojo durante la traducción y las fui clasificando según el orden que acabo de describir. Analizar la traducción de una manera tan detallada me ayudó a darme cuenta de que en muchos casos no había sido lo suficientemente crítica a la hora de traducir y que había utilizado la opción de traducción más literal en lugar de adaptarla al español.

Los últimos apartados que efectué fueron la introducción, la conclusión y el resumen, seguidos de una revisión bibliográfica.

3. Marco teórico

3.1. El texto científico-médico

El texto científico-médico está clasificado dentro de los textos científico-técnicos. Clasificar los textos nos ayuda a tener una idea de su tipología y de su género textual, ya que cada tipo de texto presenta unos rasgos comunes de carácter convencional con elementos comunicativos compartidos (Montalt, 2005 citado en Espasa y Brugué, s.f.: 7). Así, los textos científico-técnicos son aquellos relacionados con el estudio de las ciencias (de la naturaleza) y las tecnologías, cuyo objetivo es transmitir su contenido. A su vez, se clasifica como texto especializado (Sevilla Muñoz, M. y J., 2003).

Los textos científico-médicos se pueden clasificar según:

- La temática: medicina, biología, farmacéutica, etc.
- El género: artículos, manuales, conferencias, etc.
- La intencionalidad: función informativa, dar instrucciones, compartir conocimiento, etc.
- El grado de especialización: los dos extremos son el divulgativo (público en general) y el especializado (público experto).

Por lo referente a la traducción, la clasificación de los textos nos ofrece una guía hacia donde tendremos que enfocar nuestra traducción. Por ejemplo, si el género es un manual, ya sabemos que tendremos que utilizar un tiempo verbal determinado, como el imperativo o el infinitivo. O si el grado de especialización es divulgativo, ya sabremos que tendremos que usar un lenguaje menos técnico, que sea comprensible para un público en general.

En el siguiente apartado se describen las características de los textos científico-médicos y los factores que hay que tener en cuenta para su traducción.

3.2. Traducción del texto científico-médico

Como bien apunta Navarro (2008), hay tres rasgos esenciales que deberían caracterizar el lenguaje científico: la veracidad, la precisión y la claridad, pero la característica principal es que es un lenguaje especializado. Debemos recordar, que la lengua vehicular de los textos científicos en general y de los médicos más específicamente es el inglés.

Esta es la lengua madre de la investigación científica, donde la lengua española es una lengua minoritaria y dependiente del lenguaje científico (Navarro, 2008). Con esto quiero destacar que la lengua española no es la que crea los términos científicos, sino la que los importa. Como resultado, no encontraremos la gran mayoría de vocablos especializados en el *Diccionario de la RAE* (DRAE), pero no por ello querrá decir que no existen en español. Sin embargo, tenemos que ir con mucho cuidado a la hora de traducir y asegurarnos de que lo que escribimos es realmente aquello que queremos decir: hay expresiones en inglés que traducidas literalmente al español pierden todo su sentido o hay palabras parecidas en los dos idiomas que no significan lo mismo.

Para la traducción de textos científico-médicos, deberemos tener en cuenta los factores que siguen a continuación.

3.2.1. Uso de diccionarios y textos paralelos

La terminología específica es la característica principal de los textos especializados. Sin embargo, según Newmark (1988) citado en Obiols (s.f.: 8), esta solo representa entre un 5 % y un 10 % de un texto, el resto es lenguaje común. Por lo tanto, para la traducción de un texto especializado serán de gran ayuda tanto un diccionario especializado del tema sobre el que se traduce como un diccionario de lengua general.

La particularidad de la ciencia es que está en continuo desarrollo y, por ende, la medicina también. Esto quiere decir que a diario hay nuevos descubrimientos, nuevas terapias, etc. y, por lo tanto, nunca vamos a encontrar toda la información en un solo diccionario. Si este es el caso, un buen recurso son los textos paralelos. Estos son textos relacionados con la temática que estamos traduciendo que nos pueden ayudar a adquirir conocimiento y a identificar cómo otros autores han escrito sobre el tema. Afortunadamente, en nuestros días contamos con internet y es fácil acceder a cientos de textos paralelos. Sin embargo, este caudal de información no siempre es beneficioso, de modo que tendremos que prestar atención y asegurarnos de que obtenemos la información de fuentes fiables.

3.2.2 Procedimientos de traducción

La traducción de un texto no es simplemente coger las palabras del texto original y plasmarlas en el texto final, sino que se deben tener en cuenta factores como la intención y el estilo, para así poder transmitir el mismo mensaje. Además, no siempre vamos a

encontrar estructuras equivalentes entre dos lenguas, por lo que se tendrá que recurrir a diferentes estrategias de traducción, como las que siguen a continuación:

- a) Préstamo. También llamado extranjerismo naturalizado o adaptado, es una palabra que tiene su origen en otra lengua. El extranjerismo sería el préstamo no adaptado.
- b) Calco. Palabra o sintagma que se toma de otra lengua y se traduce en una palabra ya existente en la lengua de destino.
- c) Traducción literal. Traducción palabra por palabra que tiene como resultado un texto correcto e idiomático.
- d) Transposición. Modificación de un orden gramatical por otro sin cambio en el sentido general del mensaje.
- e) Modulación. Variación de la forma del mensaje producida por un cambio semántico o de perspectiva, donde cambia el punto de vista.
- f) Equivalencia. Correspondencia en el significado entre dos palabras o sintagmas.
- g) Adaptación. También conocida como traducción libre, es el procedimiento por el que se adapta una realidad cultural o social del texto de salida al texto de llegada.
- h) Expansión. Amplificación del texto por razones estructurales o para clarificar lenguaje ambiguo.
- i) Reducción. Contrario a la expansión, este procedimiento elimina elementos redundantes y permite obtener una traducción más concisa.
- j) Compensación. Introducir la información que no ha podido ser traducida en el mismo sitio que en el texto original, en otra parte del texto.

3.2.3. Terminología y fraseología

El conocimiento especializado es aquel que no se adquiere de manera espontánea, sino que se ha tenido que aprender (Domènech y Estopà, s.f.). Según las autoras, este conocimiento se centra en términos y unidades terminológicas, características de un contexto especializado determinado. Cabré (2011) va más allá y añade que las unidades

terminológicas son unidades del léxico de una lengua que cuando se encuentran en un contexto especializado determinado activan un sentido preciso. O sea, todas las unidades léxicas pueden ser términos según el contexto comunicativo y el uso que se haga de ellas.

Si la terminología está relacionada con las unidades léxicas específicas a un campo determinado, en este caso el científico-médico, la fraseología especializada está relacionada con el modo de expresión específica a dicho campo.

A la hora de traducir textos, deberemos tener en cuenta el sentido preciso de los términos y de la fraseología específica, para poder plasmarlo con claridad y precisión en el texto de llegada.

3.2.4. Siglas, acrónimos y abreviaturas

La sigla es la abreviatura formada por el conjunto de las letras iniciales de un sintagma, la abreviatura es la representación gráfica de una o más palabras escribiendo una o varias de sus letras y el acrónimo es una configuración de siglas que se pueden pronunciar como una palabra o la formación de una palabra mediante la unión del principio y el fin de dos o más palabras.

En un artículo médico, las siglas, los acrónimos y las abreviaturas acostumbran a estar desglosados la primera vez que se usan. Sin embargo, en otros documentos como en una historia clínica, el traductor deberá descifrar según el contexto el significado de dichas abreviaturas. Una vez que se conoce su significado, el traductor deberá decidir qué técnica utilizar para su traducción: si se traduce, si las siglas se dejan en el mismo orden, si cambian de orden, si existen otras siglas en español, etc.

3.2.5. Unidades de medida, conversiones, símbolos y puntuación en cifras

Como bien apunta Hellín del Castillo (2004), el Sistema Internacional de unidades (SI), derivado del sistema métrico internacional, es el que está aceptado en la mayoría de países del mundo como el sistema legal de unidades de medida y el que recomiendan las sociedades científicas. La Organización Mundial de la Salud aconseja su uso en el ámbito de las ciencias de la salud. En España, el SI es de uso legal desde 1967, además, el Real Decreto 1317/1989 establece y define cómo usar las unidades de medida y detalla las reglas de escritura de los resultados de las mediciones, los símbolos y la puntuación en cifras entre otros.

Sin embargo, no es infrecuente encontrar errores en los textos científicos y médicos escritos en español, ya que son pocas las publicaciones que usan el SI de manera sistemática y práctica (Hellín del Castillo, 2004). A la hora de traducir, se deben tener en cuenta todas estas reglas de escritura. En los textos que no usan las unidades del SI, se tiene que considerar transformar dichas unidades, para lograr un texto final comprensible y aceptable.

3.2.6. Tablas y figuras

Las tablas son un conjunto de datos clasificados, normalmente, en filas y columnas. Por figura se entiende todo material de ilustración dentro de un texto, como por ejemplo gráficos, esquemas, fotografías, dibujos, etc. El contenido de dichas tablas y gráficos, salvo especificación previa del cliente, también debe traducirse, por lo contrario, se transcribirá. Si son tablas sencillas con poco contenido, el traductor puede recrear la tabla con un procesador de textos. Sin embargo, si las tablas y figuras son más complejas, por lo general, el traductor no las reproducirá, ya que no tiene los programas adecuados para hacerlo. No obstante, como apunta Senz Bueno (2005) en sus *Normas de presentación de originales de traducción*, a la hora de traducir el contenido se debe prestar atención a traducir los elementos siguiendo el mismo orden de aparición que en el original y, si la hubiere, añadir la misma numeración, para así evitar posibles errores o pérdidas y favorecer los procesos de revisión.

3.2.7. Falsos amigos, palabras polisémicas y traducciones acrílicas

Los falsos amigos, también llamados «palabras traidoras», son palabras o expresiones extranjeras de ortografía muy parecida o idéntica en español, pero con significados completamente diferentes. Esta similitud puede provocar errores a la hora de traducirlas y, como consecuencia, dar un texto incorrecto.

Otro problema muy parecido es el de las palabras extranjeras polisémicas con un equivalente similar en español. Dichas palabras pueden causar errores si a la hora de traducir no se usa la acepción correcta. Este error se conoce como traducción acrílica, o sea, toda aquella traducción en la que no ha habido un proceso de reflexión y en la que se ha usado la traducción más literal, sin tener en cuenta el grado de equivalencia semántica y pragmática con respecto al texto original (Zierer, 1979).

3.2.8. Uso de mayúsculas

Las mayúsculas también pueden afectar a la traducción médica ya que el uso en otras lenguas puede que no sea el mismo en español. Por ejemplo, en inglés, los meses y los días de la semana se escriben en mayúscula, así que deberán adaptarse y escribir en minúscula en su traducción en español. Otro ejemplo que hay que tener en cuenta son los símbolos: los que derivan de nombres de personas se escriben en mayúscula y los que no, en minúscula. Además, también existe el problema del abuso de las mayúsculas en nombres comunes, extendido entre los médicos y causado por la traducción literal de textos mayoritariamente norteamericanos (Aleixandre-Benavent *et al.*, 2017), donde las usan para resaltar palabras y cuando se les quiere dar un cierto énfasis, ya sean pruebas técnicas o enfermedades, entre otras.

3.2.9. Uso de la cursiva

La cursiva se utiliza para destacar alguna parte del texto, como términos o expresiones escritos en una lengua extranjera. Sin embargo, en las traducciones se debe evitar el uso excesivo de extranjerismos, sobre todo cuando hay una opción disponible en español, y su uso se debe reservar cuando no haya una traducción posible, ya que así se consigue un texto más claro, más preciso y más comprensible.

3.2.10. La voz pasiva

El uso de la voz pasiva en los textos médicos está mucho más extendido en inglés que en español. En español, en general, se prefiere la voz activa. Sin embargo, por influencia del inglés, los textos traducidos sufren cada vez más, en palabras de Navarro *et al.* (1994), un abuso asfixiante de la voz pasiva. Así, cuando se traduce al castellano, es importante tener en cuenta esta preferencia por la voz activa, ya que, si no, queda como resultado un texto poco fluido que no suena natural.

4. Texto traducido

Análisis de las razones por las que algunas mujeres sufren malestar psíquico después del parto.

Resumen

Antecedentes Tras el parto, algunas mujeres manifiestan sentimientos negativos y traumatizantes. Se ha investigado relativamente poco sobre la percepción de estas emociones por parte de las mujeres. Es importante entender por qué algunas mujeres sufren angustia después del parto. El trabajo presentado en este documento se centra en uno de los aspectos de un estudio más amplio de investigación con métodos mixtos.

Objetivos Analizar las razones por las que algunas mujeres sufren malestar psíquico después del parto.

Método Se utilizó un enfoque descriptivo cualitativo. Se celebraron un total de 16 entrevistas cualitativas semiestructuradas en mujeres después del parto, algunas de las cuales habían acudido a un servicio de análisis y reflexión sobre el parto. El análisis temático se llevó a cabo con transcripciones mecanografiadas.

Resultados Se identificaron tres temas clave, los cuales destacaron la cuestión de la angustia subjetiva en las mujeres: «el parto como algo traumatizante y horrible», «las emociones duraderas relacionadas con el proceso del parto» y «la influencia del profesional sanitario en las experiencias de las mujeres durante el parto». Además de determinar cómo se sienten las mujeres después del parto, este estudio también ha puesto de manifiesto cómo las matronas pueden influir en la experiencia del parto de las mujeres. Parece que el trauma psicológico relacionado con el parto puede estar causado por los comportamientos de los profesionales y el grado de apoyo que ofrecen.

Conclusión La falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios fue un factor clave asociado a una experiencia de parto negativa. Los servicios de maternidad

y los educadores deben garantizar una formación óptima a todos los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres durante el parto.

Palabras clave

Parto | Experiencia de parto | Sentimientos de las mujeres | Malestar psíquico | Apoyo de los profesionales de maternidad | Experiencias de parto negativas

Las mujeres usan diferentes términos para describir la angustia relacionada con una mala experiencia de parto. Mientras que algunas mujeres consideran que fue negativa, otras sienten que su parto fue traumatizante (Creedy *et al.*, 2000; Hodnett, 2002; Soet *et al.*, 2003; Ayers, 2004; Waldenstrom *et al.*, 2004; Beck y Watson, 2010; Beck *et al.*, 2011; Storksén *et al.*, 2013). Esto puede tener consecuencias adversas, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Ayers, 1999; Creedy *et al.*, 2000). Otras consecuencias negativas que se han identificado después de una experiencia de parto traumatizante son el escaso vínculo materno-infantil (Ayers *et al.*, 2006), la reducción de la tasa de lactancia materna (Beck y Watson, 2010) y el miedo al parto en futuros embarazos (Storksén *et al.*, 2013).

A finales de la década de 1990, en el Reino Unido y en otros países occidentales se crearon servicios en los que una matrona ofrecía sesiones de análisis y reflexión a las mujeres tras el parto con el objetivo de reducir el trauma psicológico. Aunque no estaba claro qué les proporcionaban estos servicios a las mujeres, en un análisis crítico metaetnográfico de las sesiones de análisis y reflexión sobre las experiencias posnatales de las mujeres se llegó a la conclusión de que satisfacían la necesidad de las mujeres de hablar, de ser escuchadas, de recibir información y de comprender mejor su experiencia. También ayudó a las mujeres a validar su experiencia de parto (Baxter *et al.*, 2014).

En 2015, la organización Cochrane llevó a cabo una revisión sistemática de las sesiones de análisis y reflexión establecidas relacionadas con la maternidad (Bastos *et al.*, 2015), que incluían siete ensayos controlados aleatorizados (ECA). Los autores no encontraron pruebas claras de que las sesiones de análisis y reflexión redujeran o aumentaran el riesgo de que una mujer desarrollara un trauma psicológico durante el periodo puerperal, lo que

se atribuyó a la mala calidad de las pruebas, al uso de diferentes intervenciones y a la heterogeneidad entre los estudios (Bastos *et al.*, 2015).

Sin embargo, los resultados de un estudio de un ECA australiano indicaron que las intervenciones diseñadas para proporcionar apoyo adicional a las mujeres por parte de las matronas entre las cuatro y las seis semanas después del parto eran beneficiosas, ya que las mujeres valoran este tipo de apoyo adicional proporcionado por las matronas.

Reflexionar sobre su parto les ayudó a dar sentido a sus propias situaciones (Fenwick *et al.*, 2013). Las repercusiones emocionales y psicológicas del parto en las mujeres se pusieron de manifiesto en los resultados cuantitativos de un estudio con métodos mixtos de investigación (MMI) para detectar las razones por las que algunas mujeres deciden asistir o no a un servicio de análisis y reflexión sobre el parto (Baxter, 2019). Este estudio identificó que las mujeres con síntomas moderados o intensos de estrés postraumático (EPT) eran más propensas a querer hablar de su parto, lo consideraban negativo y estaban menos satisfechas con la atención del personal durante el parto.

Hodnett (2002) llevó a cabo una revisión para resumir lo que se sabe sobre la satisfacción con el parto, prestando especial atención al papel del dolor y el alivio del dolor. Llegó a la conclusión de que las influencias del dolor, el alivio del dolor y las intervenciones médicas intraparto sobre la satisfacción posterior resultaron ser menos fuertes que las influencias de las actitudes y los comportamientos (Hodnett, 2002). Waldenstrom *et al.* (2004) en un estudio de cohorte longitudinal de 2541 mujeres en Suecia identificaron cuatro categorías clave de riesgo para una experiencia de parto negativa: tener un problema médico inesperado, como una cesárea urgente o un aumento del trabajo de parto; factores relacionados con la vida social de la mujer, como un embarazo no deseado o la falta de apoyo de la pareja; los sentimientos de la mujer durante el parto (p. ej., dolor, falta de control) y la atención que recibió la mujer (p. ej., falta de apoyo durante el parto, administración de analgesia).

Llegaron a la conclusión de que la falta de apoyo de los cuidadores, la falta de control y el hecho de no participar en la toma de decisiones aumentaban el riesgo de una experiencia de parto negativa. Los hallazgos de este efecto constante de la actitud y el comportamiento del personal sobre la satisfacción materna con el parto en comparación con las intervenciones médicas también son evidentes en los resultados de un estudio

sobre el miedo al parto desarrollado en Noruega (Storksen *et al.*, 2013). Estos autores determinaron que 117 mujeres (8,6 %) de su muestra de 1357 calificaron subjetivamente su experiencia previa de parto como negativa. La percepción de que su experiencia previa de parto fue negativa fue mucho más fuerte que la asociación entre las complicaciones obstétricas previas y el miedo al parto (Storksen *et al.*, 2013).

También es necesario comprender mejor las causas principales que provocan que la experiencia del parto de una mujer sea negativa o que experimente sentimientos traumatizantes. El trabajo de Waldenstrom *et al.* (2004), descrito anteriormente, demuestra que el personal y otros cuidadores pueden influir en la experiencia de parto de una mujer. Es necesario comprender mejor qué es lo que ocurre en la interacción entre algunos miembros del personal y las mujeres que las deja con sentimientos negativos y traumatizantes hacia su parto. Es posible que haya otros factores relacionados con la experiencia de parto que las mujeres también podrían revelar mediante el uso de un enfoque cualitativo. Los estudios cuantitativos en este ámbito carecen de esta información detallada. Así, este documento presenta los resultados cualitativos del estudio más amplio con MMI (Baxter, 2017), ya que examinan en mayor profundidad las emociones de las mujeres tras el parto y cómo pueden estar vinculadas con el proceso de parto.

Objetivos

Los resultados que se presentan forman parte de un estudio más amplio con MMI sobre el tema de las sesiones de análisis y reflexión posnatales. El estudio principal se propuso determinar las razones por las que ciertos grupos de mujeres accedieron (o no utilizaron) un servicio de sesiones de análisis y reflexión posnatal y proporcionar una buena descripción de su percepción del servicio. El estudio con MMI también exploró los sentimientos de las mujeres tras el parto. Los resultados presentados en este documento se refieren al último aspecto del estudio más amplio con MMI, que exploró las razones por las que algunas mujeres pueden sufrir malestar psíquico después del parto.

Métodos

El estudio con MMI utilizó un diseño secuencial explicativo en el que se recogieron diferentes datos sobre el mismo tema. Hubo dos fases distintas: la cuantitativa seguida de la cualitativa (Creswell y Plano Clark, 2011). En primer lugar, se llevó a cabo una

encuesta cuantitativa para determinar la necesidad de las mujeres de hablar después del parto y su comprensión de lo que es un servicio de análisis y reflexión sobre el parto. A continuación, las entrevistas cualitativas exploraron las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto y si necesitaban o no hablar de ello. También se exploraron sus experiencias con un servicio de análisis y reflexión sobre el parto y sus sentimientos posteriores.

La investigación cualitativa es un enfoque interpretativo relacionado con el significado que las personas dan a la vida en general, como, por ejemplo, las creencias y los valores (Snape y Spencer, 2003). Los datos cualitativos hacen hincapié en las experiencias de las personas. Se adoptó un enfoque cualitativo descriptivo (Polit y Beck, 2010). Los datos se generaron mediante entrevistas individuales en las que las perspectivas personales de las mujeres se procesaron mentalmente y se relataron verbalmente (Ritchie, 2003). Se realizaron un total de 16 entrevistas cualitativas semiestructuradas.

Selección

La muestra principal se obtuvo a partir de la vertiente cuantitativa del estudio más amplio con MMI mencionado anteriormente. La encuesta se distribuyó a 447 mujeres después del parto y la devolvieron 170 encuestadas (Baxter, 2019). Se pidió a las mujeres que proporcionaran sus datos de contacto si estaban dispuestas a que las entrevistaran. Se utilizó un proceso de aleatorización simple para seleccionar a 12 de las 72 mujeres que aceptaron que las contactasen. La idea inicial era seleccionar, entre las encuestadas, a 10 mujeres que hubieran asistido al servicio de análisis y reflexión sobre el parto y a 10 mujeres que no hubieran asistido. La justificación para esto se basó en el muestreo teórico y las estimaciones del número que probablemente podrían alcanzar la saturación de los datos.

Sin embargo, pocas de las encuestadas habían asistido al servicio de análisis y reflexión sobre el parto, por lo que se tomó la decisión de aumentar esta muestra a partir de las listas del centro. El administrador del servicio, que era independiente al estudio, seleccionó una mujer por cada uno de los cuatro meses entre abril y julio de 2013. De esta manera, se contactó con cuatro mujeres y todas aceptaron participar en el estudio. La autora pudo entonces ponerse en contacto con ellas por teléfono y hacer los preparativos.

Todo el proceso de selección dio como resultado una muestra de 16 mujeres, cuatro de las cuales habían asistido al servicio de análisis y reflexión sobre el parto.

Procedimientos

Todas las mujeres, excepto una, eligieron que las entrevistaran en casa. La entrevista tuvo lugar entre 8 y 17 meses después del parto para las mujeres de la muestra principal y hasta tres años después del parto para las que habían asistido al servicio de análisis y reflexión sobre el parto. Se consideró que el uso de entrevistas semiestructuradas proporcionaría una mayor flexibilidad: durante las entrevistas, los comportamientos no verbales pueden reflejar una falta de comprensión de una pregunta, por lo que las palabras pueden modificarse para ayudar a la comprensión y el entendimiento (Barriball y While, 1994). La naturaleza sensible del tema dictó que las entrevistas se desarrollaran de forma individual y no en grupo. Se preveía que las mujeres no querrían compartir sus sentimientos en un grupo.

Antes de comenzar las entrevistas, todas las mujeres recibieron una hoja de información sobre el estudio y tiempo para leerla. Posteriormente, se les preguntó si tenían alguna pregunta y la entrevistadora (la autora) les recordó que su participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento. Se tomó el consentimiento por escrito.

Se utilizó una guía de entrevistas para garantizar la coherencia de las preguntas. Toda la información proporcionada en las entrevistas se trató con la más estricta confidencialidad. Las entrevistas se centraron en las experiencias y opiniones de las informantes sobre la necesidad (o no) de asistir a un servicio de análisis y reflexión sobre el parto. También se habló de la experiencia del parto en general y se invitó a las participantes a explicar su parto.

Análisis

Se celebraron un total de 16 entrevistas cualitativas semiestructuradas como parte de un estudio más amplio con MMI (Baxter, 2017). Las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron. Se llevó a cabo un análisis temático siguiendo el proceso descrito por Braun y Clarke (2006). La autora inició el proceso familiarizándose con los datos brutos. Todas las transcripciones se leyeron varias veces y se asignaron códigos a pequeños fragmentos de texto, es decir, oraciones, frases y párrafos.

Estos códigos se introdujeron directamente en los márgenes de las transcripciones impresas. A continuación, se identificaron y revisaron los posibles temas que surgieron de los códigos y la consiguiente confirmación de los temas. Las categorías que se repetían en los datos de otros participantes se fusionaron bajo un conjunto de temas. Miles y Huberman (1994) se refieren a este proceso como «codificación de patrones». El supervisor académico de la autora revisó una selección de las transcripciones y el proceso de codificación y confirmó la concordancia y coherencia de los temas.

Resultados

Se escogieron 16 mujeres a las que se les realizaron entrevistas exhaustivas semiestructuradas. De ellas, 12 se identificaron a través de la encuesta y cuatro a través del servicio de análisis y reflexión sobre el parto, comentado anteriormente. En la *tabla 1* se muestran más detalles sobre estas mujeres.

Tabla 1. Participantes entrevistadas				
Número de participantes	Partos previos	Tipos de parto	Edad (años)	Acudió al servicio de análisis y reflexión sobre el parto
1	0	Fórceps	35–39	No
2	0	Cesárea urgente	30–34	No
3	0	Ventosa	20–24	No
4	1	Normal vaginal	25–29	No
5	0	Fórceps	30–34	No
6	1	Normal vaginal	35–39	No
7	1	Normal vaginal	30–34	No
8	0	Normal vaginal	30–34	No
9	1	Normal vaginal	30–34	No
10	1	Normal vaginal	30–34	No
11	1	Cesárea programada	35–39	No
12	3	Normal vaginal	35–39	No
13	1	Cesárea urgente	*	Sí
14	1	Fórceps	*	Sí
15	1	Fórceps	*	Sí
16	1	Fórceps	*	Sí

*No se recopiló información sobre la edad en las mujeres seleccionadas a través del servicio de análisis y reflexión sobre el parto.

Los resultados publicados en este documento se refieren a las emociones de las mujeres en relación con el proceso de parto. Se identificaron tres temas, que se describen a continuación bajo tres epígrafes distintos: «el parto como algo traumatizante y horrible», «emociones duraderas relacionadas con el proceso de parto» y «la influencia del profesional sanitario en las experiencias de las mujeres durante el parto».

Estos son tres de los cinco temas de la vertiente cualitativa del estudio con MMI, todos ellos relacionados con la experiencia subjetiva de las mujeres de malestar psíquico. Los otros dos temas se refieren a otros objetivos del estudio con MMI más amplio. Se trata de las razones de las mujeres por querer hablar con una matrona sobre su experiencia de parto en el puerperio: «ver a través de la niebla» y «la necesidad de asistir a un servicio de análisis y reflexión sobre el parto». Estos temas se tratan separadamente (Baxter, 2017).

El parto como algo traumatizante y horrible

«[...] si me lo hubieras preguntado hace un par de meses, habría dicho: “Nunca volveré a hacerlo, fue de lo más horrible”». [Participante 1]

Aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas usaron las palabras «traumatizante» u «horrible» para describir sus experiencias de parto y fue más común entre las mujeres que dieron a luz por primera vez. Es probable que el primer parto sea más difícil para las mujeres y que no sepan qué es normal o qué esperar. Algunas se sintieron conmocionadas por ello. Este tema se desglosa en subtemas que ilustran las razones por las que algunas mujeres experimentan el proceso de parto como algo traumatizante: «intervenciones médicas», «el dolor del parto» y «el efecto de una falta de comunicación por parte del personal».

Intervenciones médicas

En el estudio, los sentimientos traumatizantes experimentados por algunas de las mujeres parecen estar relacionados con el uso de intervenciones médicas. Muchas de las participantes mencionaron la inducción del parto como una experiencia particularmente difícil para ellas. Cuando se les preguntó directamente, «¿Qué hizo que la experiencia de parto fuera horrible?», una participante enumeró una serie de procedimientos que se le llevaron a cabo durante el trabajo de parto y el nacimiento:

«Pienso en los tres días que estuve de parto, que me rompieran las aguas porque [E] (nombre del bebé) estaba tan abajo [...] presionando el canal de parto que tuvieron que empujarla hacia arriba para romper las aguas [...] que tuviera el electrodo de monitorización en su cabeza. Luego, tener un desgarro de segundo grado y que me cosieran. Sí, todo lo que podía pensar hasta hace un par de meses era en el “cinturón de fuego” y todavía puedo sentir el dolor». [Participante 1]

La participante 1 también tuvo un largo proceso de inducción del parto. Al recordarlo, consideró que su parto fue horrible. Como puede verse en la cita anterior, aludió a un «cinturón de fuego» que parecía reflejar su recuerdo duradero de dolor y su bebé moviéndose a través del canal de parto. Esta participante también describió como traumatizante la colocación de un electrodo cefálico fetal en la cabeza del bebé para monitorizarlo. Hay pruebas significativas en los datos que evidencian que este procedimiento es traumatizante para las mujeres:

«Tardaron unos 45 minutos en ponerlo [...] tenía a mi madre y a mi compañero sujetándome literalmente». [Participante 1]

Las mujeres también describieron los tactos vaginales como muy dolorosos:

«Me exploraron Dios sabe cuántas veces. Tenía la cabeza girada en el sentido equivocado, por lo que tuvieron que girarla en el interior. Las exploraciones internas son dolorosas [...] Nunca me había dado cuenta de lo dolorosas que eran realmente». [Participante 5]

Algunas participantes también consideraron que el hecho de que el médico entrara en la habitación era traumatizante. A las mujeres les preocupaba porque les hacía pensar que algo iba mal. El hecho de no saber lo que estaba ocurriendo y que el médico entrara en la habitación de forma inesperada podía provocar pensamientos y sentimientos de miedo, como se puede ver en la siguiente cita:

«[...] esa fue la parte más traumatizante para mí, porque creo que la entrada del médico te hace pensar: “Oh, algo está yendo mal”». [Participante 6]

El dolor en el trabajo de parto

Para las mujeres que expresaron sentirse traumatizadas, el dolor del parto parece ser diferente a cualquier otro dolor y consideran que no es posible prepararse para él:

«No puedes prepararte para el dolor, nunca has experimentado ese tipo de dolor [...] y nadie puede decirte como piensas que será». [Participante 5]

Según una participante, el dolor era tan intenso que pensó que iba a morir. Además, recordó que la situación era tan angustiada que su pareja lloraba:

«Hablé un poco con [D] (nombre de la pareja) [...] Estaba algo emocionado por lo que había pasado. Me sentí como si me hubieran dado una paliza y no podía creer lo que había sucedido [...]» [Participante 2]

Está claro que, sin el apoyo adecuado, el dolor de la mujer durante el parto tiene un efecto emocional más amplio.

El efecto de una falta de comunicación por parte del personal

Algunas mujeres describieron su experiencia de parto como traumatizante tras la falta de comunicación con el personal durante el parto. Una participante nos describió cómo pasó toda su primera experiencia de parto (en otro centro de una gran ciudad) sin comunicarse con la matrona que le habían asignado y que la atendía:

«Me regañaron por gritar [...] Creo que la matrona intentaba bromear, pero una de las pocas cosas que me dijo fue: "Si no dejas de hacer tanto ruido, tendré que llamar a un médico". Esto fue al final, cuando me ponían los puntos de sutura, creo, y en aquel momento no estaba gritando, pero me eché a llorar [...] porque estaba bastante, creo, bastante traumatizada, solo porque nadie me tranquilizaba en absoluto [...] No podría decir si mi experiencia fue normal». [Participante 10]

Otra participante recordó su primera experiencia de parto, que describió como muy dolorosa, larga y traumatizante. El personal de los turnos anteriores le había dicho que no había ninguna razón clínica para practicar una cesárea. Más tarde, un médico diferente entró de guardia y se hizo cargo de su atención. Poco después, en esa ocasión, a la mujer se le practicó una cesárea. El segundo médico le informó de que nunca habría dado a luz

normalmente. Como consecuencia, se quedó con la inquietud de que, si la cesárea se hubiera practicado antes, su bebé no habría contraído meningitis y no habría tenido que permanecer en el hospital durante 10 días después de su nacimiento:

«[D] (la pareja de la mujer) sintió, y todavía siente, un poco de amargura porque [L] (nombre del bebé) no estaba bien y probablemente fue un resultado directo, ya que sufrió cuando estaba dentro. Nos explicaron que la meningitis es una infección del cerebro, pero puede venir de cualquier parte [...] si me hubieran hecho una cesárea antes, puede que no hubiera enfermado, ya que se hizo caca dos veces en un período de 12 horas». [Participante 2]

Emociones duraderas vinculadas al proceso de parto

Este tema muestra que algunas mujeres se quedan con emociones intensas relacionadas con la experiencia del parto. Incluye tres subtemas: «la ira», «el miedo a dar a luz de nuevo» y «vivir en una burbuja emocional».

La ira

Como se ha visto anteriormente, algunas mujeres se quedaron con sentimientos de ira después del parto y culparon al personal que las atendió, lo que a veces fue inapropiado. Los sentimientos de ira impidieron que estas mujeres comprendieran claramente la razón por el mal resultado inesperado:

«No, estoy enfadada por el trato del hospital [...] enfadada por cómo me sentí, la forma en que me trataron durante el parto y por el parto en sí. Sentí que todo había salido terriblemente mal [...] Estaba muy enfadada con toda la experiencia. De hecho, recibí asesoramiento al respecto.» [Participante 14]

Después de no querer reunirse con el personal de la unidad de maternidad tras su primera experiencia de parto, la participante 14 pidió que le practicaran una cesárea cuando se quedó embarazada por segunda vez. En este momento, el personal la animó a asistir al servicio de análisis y reflexión sobre el parto, que fue dos años más tarde. Fue en esa sesión cuando se dio cuenta de que su ira había sido mal dirigida y que la infección de la herida no había sido causada por el médico al que culpaba. Es interesante que esta misma mujer diera a luz de forma natural y que esa experiencia de parto posterior fuera positiva.

Miedo a dar a luz de nuevo

Las cuatro mujeres que habían asistido al servicio de análisis y reflexión sobre el parto expresaron cierto grado de duda sobre la posibilidad de quedarse embarazadas por segunda vez y tener que enfrentarse a un nuevo parto. Una mujer se apresuró a quedarse embarazada de nuevo porque quería tener otro hijo en algún momento. Debido a la experiencia negativa y traumática de su primer parto, deseaba acabar con la experiencia lo antes posible. Las otras tres mujeres también compartieron su miedo a dar a luz de nuevo:

«En realidad fue la experiencia con [J] (nombre del primer hijo) que influyó en el embarazo de [E] (nombre del segundo bebé). Cada vez que iba a las visitas con mi matrona acababa llorando sin ningún motivo porque me aterrorizaba la idea de dar a luz de nuevo a causa de lo que había sucedido la primera vez [...]» [Participante 15]

Otra mujer, que se sentía como si estuviera «en una burbuja emocional», temía dar a luz de nuevo tras su primera experiencia de parto. Dijo que se debía a que la habían trasladado al quirófano desde su habitación de la sala de partos como una emergencia porque el personal no oía el latido del corazón de su bebé. Esta mujer pensó que su bebé había muerto. Además, la llevaron a un quirófano, lo que le trajo recuerdos personales de la muerte de su hermana a la edad de 21 años.

Vivir en una burbuja emocional

Algunas participantes describieron estar en una burbuja emocional. Se sentían distanciadas de las demás y no como otras madres. Esta sensación se mantuvo durante muchos meses después del parto y tuvo un efecto en el embarazo posterior. También podía provocar ansiedad y miedo a dar a luz de nuevo, como se ha mencionado anteriormente. Parecía que la matrona del servicio de análisis y reflexión sobre el parto no siempre estaba preparada para prestar apoyo psicológico:

«Es bueno poder hablar de algo, pero no creo que las matronas estén debidamente formadas en ese elemento emocional y psicológico, el elemento de asesoramiento [...] hablar de una experiencia traumatizante, obtener respuestas es genial [...]» [Participante 13]

Otra mujer también sintió la necesidad de un mayor apoyo emocional. Los primeros meses tras el nacimiento de su bebé no se relacionó con él y sintió que se limitaba a existir. Tardó cinco meses en pedir ayuda a las matronas del servicio de análisis y reflexión sobre el parto tras ser remitida por su enfermera pediátrica de atención primaria.

5. Análisis de la traducción

El análisis lo he dividido entre ejemplos de procedimientos de traducción tratados en el apartado 3.2.2 y ejemplos de problemas lingüísticos tratados en el apartado 3.2.

Para esta traducción, como diccionario especializado, he usado el *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico (4.ª edición)*, conocido como el *Libro rojo* de F. A. Navarro y disponible en la página web de Cosnautas (necesita suscripción), junto con el *Diccionario de términos médicos (DTM)* de la Real Academia Nacional de Medicina de España, también en línea. Como diccionario general, he usado el DRAE en formato digital. Cuando no he encontrado la respuesta dentro de dichos diccionarios, por ejemplo, para la traducción de las siglas, me he ayudado de textos paralelos y de la base de datos terminológica europea IATE (Terminología interactiva para Europa, por sus siglas en inglés).

5.1. Ejemplos de procedimientos de traducción

Como ya he mencionado en el apartado 3.2.2, para la traducción de cualquier texto, no solo se deben tener en cuenta las palabras, sino la voz utilizada, la forma, el estilo, la intención, etc., ya que la finalidad de la traducción es que el texto traducido transmita el mismo mensaje que el original. Para conseguirlo se tendrán que utilizar un conjunto de estrategias de traducción. Algunos ejemplos de estas estrategias que se pueden encontrar en esta traducción son:

5.1.1. Préstamo

Como bien es sabido, gran parte del vocabulario médico actual proviene del griego y del latín, por lo tanto, es frecuente encontrar palabras de este origen en los textos médicos.

Tres ejemplos claros de préstamo en este texto son los extranjerismos adaptados:

- a) «cesárea», del latín *Caesarea* (sección) y posible epónimo del general romano Julio César (DRAE, 2021),
- b) «fórceps», del latín *fórceps* (tenaza) y
- c) «parto», del latín *partus*.

5.1.2. Calco

Encontramos un ejemplo de calco en la siguiente traducción:

EN: A **critical** meta-ethnographic review

ES: «Una revisión metaetnográfica **crítica**»

Aunque Navarro (2022) en su *Libro rojo* recomienda precaución con la traducción acrítica de *critical* por «crítico» para evitar su repetición, en este caso creo que «crítica» es la mejor opción, ya que aquí hace referencia a la crítica, más que a algo importante. Además, solo se usa una vez en todo el texto, así que tampoco se hace repetitiva.

5.1.3. Traducción literal

Los textos médicos utilizan un lenguaje y una forma de expresión característicos, lo que hace que su traducción sea, en su mayor parte, bastante literal. Un texto con un grado de especialización elevado utilizará más terminología específica y menos lenguaje natural (las diferencias sintácticas serán menores), lo que resultará en una traducción más literal. Por el contrario, un texto más divulgativo, al usar un lenguaje más natural (las diferencias sintácticas serán mayores), la traducción se tendrá que adaptar a la lengua y expresiones naturales y, por ende, será menos literal.

En este caso, el grado de especialización del texto se sitúa a medio camino entre los extremos especializado y divulgativo. He intentado ser lo más fiel posible al texto de origen, pero adaptándolo a las estructuras de la lengua española. Así, los cambios que he llevado a cabo son, principalmente, la adición de artículos, el cambio del orden de las palabras y cambios de las categorías gramaticales cuando ha sido necesario.

5.1.4. Transposición

Si queremos que una traducción «suene» natural, la transposición es una estrategia inevitable, ya que el orden sintáctico de las palabras varía de lengua a lengua. Algunos ejemplos de esta estrategia de traducción en el texto son:

- a) Orden de los adjetivos.

Adjetivo(s) + nombre → Nombre + adjetivo

Negative and traumatic feelings → Sentimientos negativos y traumatizantes

Emotional bubble → Burbuja emocional.

b) Cambio de número.

Birth Reflexions service → Servicio de análisis y **reflexión**

Background → Antecedentes

c) Adverbios *-ly*. Como bien apunta Navarro (2022), este tipo de adverbios plantea el riesgo de que la traducción acabe con una abundancia excesiva de verbos acabados en «-mente». Para solucionar este tipo de problema existen varias soluciones:

- Sustituirlo por un circunloquio con «de forma»:
Unexpectedly → De forma inesperada
- No traducirlo:
Really → (se ha eliminado en la traducción)
- Buscar una construcción equivalente de traducción:
Shortly → Poco después

d) Nombre + Nombre → Nombre + adjetivo

Health professional → Profesional sanitaria

5.1.5. Modulación

El orden en el que se presentan los diferentes datos dentro de una frase cambia según la lengua. En la siguiente frase, en la versión original, el lugar está indicado al final de la frase. En cambio, en español, si se deja en el mismo sitio, la frase suena forzada, por eso es mejor añadirlo al principio, después del año:

EN: In the late 1990s, services were set up and women offered by a midwife after giving birth **in the UK and other western countries**. The broad aim was to reduce psychological trauma.

ES: A finales de la década de 1990, **en el Reino Unido y en otros países occidentales** se crearon servicios y se ofrecieron sesiones de análisis y reflexión

a las mujeres por parte de una matrona tras el parto, con el objetivo de reducir el trauma psicológico.

Lo mismo sucede con el año en la siguiente frase:

EN: A Cochrane systematic review of debriefing set in the maternity context was undertaken **in 2015** [...].

ES: **En 2015**, la organización Cochrane llevó a cabo una revisión sistemática de las entrevistas establecidas relacionadas con la maternidad [...].

5.1.6. Equivalencia

Como he comentado anteriormente, el lenguaje médico proviene en gran parte del griego y del latín. Esto es una gran ventaja, ya que la lengua inglesa, aunque no derive del latín, ha guardado muchos términos provenientes de esta lengua. Así, existe mucha terminología que, aunque ha sido adaptada a cada lengua guarda la misma raíz y hace que la traducción sea más simple. Algunos ejemplos que podemos encontrar en el texto son:

- *Caesarean section* → Cesárea
- *Forceps* → Fórceps
- *Obstetric complications* → Complicaciones obstétricas
- *Post-traumatic stress disorder* → Trastorno por estrés postraumático

Sin embargo, hay que prestar atención porque a veces, aunque la palabra provenga del latín, no ha guardado la misma forma en los dos idiomas. Un ejemplo claro es *postpartum*, que en español sería «puerperio» y no «posparto». Sin embargo, por la presión del inglés, la RAE admitió el uso de «posparto» en el 2001, aunque todavía no admite su uso con el significado de «puerperal».

Otros ejemplos de equivalencia en terminología son:

- *Breastfeeding* → Lactancia materna o lactancia natural
- *Pain relief* → Analgesia o alivio del dolor
- *Augmentation in labour* → Aumento del trabajo de parto
- *Unwanted pregnancy* → Embarazo no deseado

5.1.7. Adaptación

Un ejemplo de adaptación es *Health visitor*. Esta categoría profesional es típica del sistema nacional británico y no tiene un equivalente específico en España. Estas enfermeras ocupan un puesto en la atención primaria y sus actividades están dirigidas a los niños menores de cinco años. Navarro (2022) propone tres acepciones de traducción: «puericultora», «enfermera puericultora» y «enfermera pediátrica de atención primaria». De las tres, yo prefiero «enfermera pediátrica de atención primaria» porque creo que es la que mejor se adecua a las funciones de esta enfermera y, además, a diferencia de las otras dos, esta da a entender que está en atención primaria, característica principal de este tipo de enfermeras.

5.1.8. Expansión

Durante la traducción, no he tenido que usar mucho esta técnica salvo en dos casos que me gustaría destacar:

El primero es cuando una de las mujeres, en la transcripción, dice que su bebé tiene un *monitor* en la cabeza. En el texto, si se continúa leyendo, la autora clarifica que se trata de un electrodo cefálico fetal para controlar al bebé:

EN: Having the **monitor** on her head

ES: Que tuviera el **electrodo de monitorización** en su cabeza

Al principio dudé a traducirlo como «monitorización», pero como se puede apreciar en la traducción preferí, en la versión final, añadir «electrodo de» para aclarar de lo que realmente se trataba.

El segundo ejemplo es:

EN: Birth Reflexions service

ES: Servicio de análisis y reflexión sobre el parto

La razón por la que he escogido dicha traducción es para que haya una concordancia dentro del texto. Navarro (2022) recomienda traducir *debriefing* por «sesión de análisis y reflexión». Durante todo el texto, la palabra *debriefing* hace referencia a *Birth Reflexions*

service, de modo que he creído adecuado traducir *debriefing* y *Birth Reflexions service* de manera similar, la diferencia es que una es una sesión y la otra un servicio.

5.1.9. Reducción

De manera inversa a la expansión, ha habido momentos en los que no ha sido necesaria la traducción de todo un sintagma. Este es el caso, por ejemplo, de *education providers*, ya que en español no son proporcionadores (o suministradores) de educación, sino educadores a secas.

Education providers → Educadores

Esta estrategia también se aplica a *individual women*. En este ejemplo, sin embargo, este sintagma se ha podido traducir por «mujeres» porque en la frase anterior ya se hacía referencia a cada una de ellas individualmente con *their individual situations* (traducido por «sus propias situaciones») y, por lo tanto, no ha sido necesario volverlo a especificar.

Individual women → Mujeres

Otro ejemplo es *survey respondents*. En este caso, *survey* hace referencia a «encuesta» y *respondent*, a quien responde el cuestionario, por ende, puede aplicarse el procedimiento de reducción, que da como resultado «encuestadas».

Survey respondents → Encuestadas

5.2. Ejemplos de problemas lingüísticos

A diferencia de los procedimientos de traducción, que a través de estrategias traductológicas intentan resolver problemas relacionados con la transmisión del mensaje entre dos lenguas, los problemas lingüísticos están relacionados con los problemas del lenguaje en sí o, dicho de otra manera, del idioma.

A continuación, se pueden encontrar algunos ejemplos.

5.2.1. Terminología y fraseología

La característica principal de los textos especializados es que contienen términos y unidades terminológicas específicas a un contexto especializado determinado. Además, como ya he comentado, todas las unidades léxicas pueden ser unidades terminológicas

según el contexto comunicativo y el uso que se haga de ellas. Por lo tanto, durante la traducción, se deberá tener en cuenta todo el lenguaje dentro de su contexto, para así identificar su función en el texto y poder transmitirla en la traducción.

Para analizar la terminología, primero presentaré el término, luego el término traducido, después añadiré el contexto donde se encuentra el término y, por último, una explicación.

Los términos que muestro, los he escogido porque presentan una gran variedad de opciones de traducción, porque son términos de traducción engañosa o porque son términos en los que se tiene que prestar atención a causa de su gran similitud con el español.

a) Término: *birth*

Traducción: parto

Contexto: *childbirth* (parto), *birth reflexion service* (servicio de análisis y reflexión sobre el parto), *giving birth* (el parto y dar a luz), *the birth process* (proceso de parto), *following birth* (después del parto), *birth experience* (experiencia de parto), *birth event* (el parto), *after birth* (tras el parto), *method of birth* (tipos de parto) y *birth canal* (canal de parto).

Como se puede apreciar, la traducción final de *birth* ha sido por «parto» en la mayoría de las veces. Sin embargo, con *giving birth* tenía diferentes posibilidades de traducción, según el contexto.

Así, lo he traducido por «parto» cuando ha hecho referencia a todo el proceso de parto:

EN: Giving birth as traumatic/horrific

ES: El parto como algo traumatizante y horrible

Y lo he traducido por «dar a luz» cuando ha hecho referencia al momento de parir:

EN: Fear of giving birth again

ES: Miedo a dar a luz de nuevo

b) Término: *labour*

Traducción: parto

Contexto:

EN: It is important to understand why some women experience distress following labour.

ES: Es importante entender por qué algunas mujeres sufren angustia después del parto.

El problema ha llegado cuando los dos han ido de la mano en el texto original:

Como bien apunta Navarro (2022), en español «parto» incluye todo el proceso, mientras que en inglés a veces separan *labour* (período de dilatación) y *birth* o *delivery* (período expulsivo). Por esta razón, dependiendo del contexto, lo he traducido por «parto» cuando se refería a todo el proceso y por «trabajo de parto» y «nacimiento» cuando en el original han querido especificarlo.

EN: The emotional and psychological impact of **labour and birth** on individual women was highlighted in the quantitative findings from a mixed methods research [...].

ES: Las repercusiones emocionales y psicológicas **del parto** en las mujeres se pusieron de manifiesto en los resultados cuantitativos de un estudio con métodos mixtos de investigación [...].

EN: ‘What made the birth experience horrific?’, one participant listed a series of procedures that were undertaken during her **labour and birth**.

ES: «¿Qué hizo que la experiencia de parto fuera horrible?», una participante enumeró una serie de procedimientos que se le llevaron a cabo durante **el trabajo de parto y el nacimiento**».

c) Término: *emotional distress*

Traducción: malestar psíquico

Contexto: *An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress.*

Este término ha sido complicado a traducir a causa de la gran variedad de traducciones existentes. En textos paralelos se pueden encontrar los términos estrés emocional, angustia emocional, trastorno emocional, conflictos emocionales, sufrimiento emocional o aflicción emocional, con definiciones más o menos parecidas. Finalmente, me he decantado por malestar psíquico, que es la traducción que recomienda Navarro (2022).

d) Término: *health professional*

Traducción: profesional sanitario

Contexto: [...] *'the impact of the health professional on women's experiences of giving birth'*.

A primera vista, si no se presta atención, es muy fácil traducirlo literalmente por «profesional de la salud». Sin embargo, como Navarro (2022) apunta, «sanidad» en función atributiva es «sanitario», aunque se debe usar «salud» en el sentido de «sanitario» cuando se trate de instituciones oficiales. Cabe decir, que en los textos españoles se ve de más en más «profesional de la salud» y solo hace falta una búsqueda rápida en internet para constatarlo.

e) Término: *trauma*

Traducción: trauma

Contexto:

EN: The authors did not find clear evidence that debriefing either reduced or increased the risk of a woman developing psychological trauma during the postpartum period.

ES: Los autores no encontraron pruebas claras de que las sesiones de análisis y reflexión redujeran o aumentaran el riesgo de que una mujer desarrollara un trauma psicológico durante el periodo puerperal.

Término: *traumatic*

Traducción: traumatizante

Contexto:

EN: Some participants also found the doctor coming into the room to be traumatic.

ES: Algunas participantes también consideraron que el hecho de que el médico entrara en la habitación era traumatizante.

En este caso, no es difícil confundir *trauma* con traumático y traumatizante y es fácil caer en el error y pensar que todos son sinónimos. Sin embargo, en el *Libro rojo* encontramos bien la diferencia y aprendemos que un trauma psíquico es traumatizante y un traumatismo físico es traumático.

f) Término: *vaginal examination*

Traducción: tacto vaginal

Contexto: *Women also described vaginal examinations as being very painful.*

En español, no se dice examen vaginal, error de calco fácil, sino tacto vaginal (Navarro, 2022). Este ejemplo lo he querido poner porque después de haber trabajado 10 años entre quirófanos y la sala de partos y haber realizado un sinfín de tactos vaginales, yo misma caí en la trampa y lo traduje inicialmente por examen vaginal.

g) Término: recruitment

Traducción: selección

Contexto: *The whole recruitment process resulted in a sample of 16 women, four of whom had attended the Birth Reflections service.*

Aunque en el DRAE (2021) se define «reclutar» como «reunir gente para un propósito determinado», el término «reclutamiento» tiene demasiadas connotaciones militares y, por lo tanto, no parece aconsejable utilizarlo en el sentido de añadir personas para un estudio (Navarro, 2022).

h) Término: *poor*

Traducción: según el contexto

Contexto: *poor childbirth experience* (mala experiencia de parto), *poor consequences* (consecuencias negativas), *poor maternal and infant bonding* (escaso vínculo materno-infantil), *poor quality of the evidence* (mala calidad de las pruebas), *poor staff communication* (falta de comunicación por parte del personal), *baby was poorly* (el bebé no estaba bien), *poor outcome* (mal resultado).

En los textos médicos, *poor* se usa más en el sentido de «mal», «poco» o «débil» que en el de «pobre» (Navarro, 2022) y aunque una de las acepciones de la DRAE (2021) de «pobre» sea «escaso e insuficiente», debemos tener en cuenta la fraseología española y si son adjetivos que concuerdan con el sustantivo que acompañan.

5.2.2. Siglas, acrónimos y abreviaturas

En el texto encontramos cuatro ejemplos de siglas:

- PTSD (*Post-traumatic Stress Disorder*) → TEPT (Trastorno por estrés postraumático)
- RCT (*Randomised Control Trials*) → ECA (Ensayos controlados aleatorizados)
- MMR (*Mixed Methods Research*) → MMI (Métodos mixtos de investigación)
- FSE (*Fetal Scalp Electrode*) → Electrodo cefálico fetal

En este caso, todas las siglas estaban desglosadas, lo que ha ayudado en su comprensión. La traducción de PTSD, la he encontrado fácilmente en el *Libro rojo* y en el DTM. Para PTSD y RCT me he ayudado de IATE y de textos paralelos. La traducción de FSE la he encontrado solo en textos paralelos, pero solo su traducción ya que no parece que haya

siglas específicas para el uso en español, así que quedarían las mismas que en inglés o se omitirían directamente.

5.2.3. Unidades de medida, conversiones, símbolos y puntuación en cifras.

En este texto encontramos ejemplos de símbolos y puntuación en cifras.

8.6% → 8,6 %

Como se puede apreciar, en la traducción se deja un espacio de no separación entre la cifra y el símbolo. Además, en la traducción, el punto se ha adaptado y se ha usado coma como separador de los decimales, como recomienda el SI.

Otro punto en relación con la puntuación de las cifras es que, en las cifras de cuatro números, no se deben separar las unidades de millar ni por espacio ni por punto. Igual pasa con los años:

- *In the late 1990s* → A finales de la década de 1990
- *From their sample of 1357* → De su muestra de 1357

Otro símbolo que he tenido en cuenta es la barra lateral (/). En los textos en inglés es frecuente encontrar este símbolo en sustitución de las conjunciones *and* y *or*. Sin embargo, en español, la barra es un símbolo matemático que se usaba para expresar fracciones y significa «dividido por». Y digo usaba porque, por influencia del inglés, en los textos en español se imita cada vez más. Autores como Navarro, consideran su uso como «pereza mental» por parte del redactor y recomienda el uso de las conjunciones «y» u «o» en su lugar.

Giving birth as traumatic/ horrific → El parto como algo traumatizante y horrible

5.2.4. Tablas y figuras

En el texto aparece una tabla. En este caso, el formato del texto original estaba en PDF y pude, con la acción «copiar y pegar», trasladar la tabla a formato Word en mi documento. Una vez allí, pude traducir el contenido sin problemas y sin que la tabla sufriera cambios estructurales.

Si no hubiera podido trasladar la tabla a mi documento, hubiera traducido el contenido de la tabla por filas, indicando primero el número de la fila y luego su contenido traducido.

5.2.5. Falsos amigos, palabras polisémicas y traducciones acríticas

Algunos ejemplos que encontramos en el texto son:

Abstract, como adjetivo es «abstracto», pero no como sustantivo, que es resumen, sumario, etc.

Affect, como sustantivo es «afecto» y, en la mayoría de los casos puede funcionar como «afectar». Sin embargo, una acepción frecuente es «influir en»:

How midwives can affect → Las matronas pueden influir en

Data no es «data», sino «datos» en plural.

Distress no es ni «distress» ni «distrés», sino angustia, sufrimiento, malestar, etc. Cabe decir que, por la influencia del inglés, se ve cada vez más el uso del anglicismo «distrés».

Women experience distress following labour → Algunas mujeres sufren angustia después del parto

Experience, como verbo, es mejor traducirlo por acepciones como sentir, padecer, sufrir, etc.

Evidence, no es «evidencia» cuando hace referencia a «pruebas», «indicios», «signos», etc.

Findings, en un estudio, no son «hallazgos» sino «resultados».

Focus, como verbo es «centrarse», «enfatizar», «insistir», etc., aunque por la influencia del inglés la RAE admitió «focalizar» en el 2001.

Gain, la mayoría de las veces, puede tener otra traducción que «ganar», dependiendo del contexto:

Women gaining a clear understanding → Que estas mujeres comprendieran claramente

Identify, aunque puede traducirse por «identificar», hay otras posibilidades a las que se puede recurrir, como «determinar», «definir», «señalar», etc. según el contexto

Impact, aunque puede traducirse por «impacto», existen otras acepciones más adaptadas según el contexto como «influencia», «efecto», «repercusión», etc.

Refer no es «referir» cuando hace referencia a «enviar», «remitir», «derivar», etc.

Report como verbo, no es «reportar» sino «publicar», «informar», «describir», etc.

Support como verbo, no significa «soportar», sino «apoyar», «respaldar», «sustentar», etc.

5.2.6. Uso de la cursiva

En el texto traducido encontramos un solo ejemplo del uso de la cursiva:

et al. → *et al.*

Esta es la forma abreviada de *et alii* («y otros», del latín). La escribimos en cursiva para señalar que es un extranjerismo no adaptado.

5.2.7. La voz pasiva

En cuanto a la voz pasiva, Navarro (1994:105) presenta una serie de consejos prácticos a seguir cuando se traducen textos médicos al español. De ellos, me gustaría resaltar dos. El primero, no utilizar la forma pasiva si se puede usar la activa, consejo que, aunque parezca fácil, a muchos de nosotros se nos pasa por alto y calcamos la pasiva del inglés. Y, el segundo, si se necesita la voz pasiva en el texto, mejor usar la pasiva pronominal que la perifrástica.

El texto en inglés que he traducido no es una excepción y la voz pasiva abunda, solo necesitamos leer unas cuantas líneas. El tercer párrafo, por ejemplo, está compuesto de cuatro frases, tres de ellas en pasiva.

A continuación, podemos ver algunos ejemplos de traducción de la voz pasiva:

Pasiva perifrástica → Voz pasiva pronominal y voz activa:

Contexto:

EN: In the late 1990s, services were set up and women offered debriefing by a midwife after giving birth in the UK and other western countries.

ES: A finales de la década de 1990, en el Reino Unido y en otros países occidentales se crearon servicios en los que una matrona ofrecía sesiones de análisis y reflexión a las mujeres tras el parto con el objetivo de reducir el trauma psicológico.

Pasiva perifrástica → Pasiva pronominal:

Services were set up → Se crearon servicios

Pasiva perifrástica → Voz activa:

Women (were) offered debriefing by a midwife after giving birth → Una matrona ofrecía sesiones de análisis y reflexión a las mujeres tras el parto

6. Conclusión

En este trabajo, en un principio, se ha visto lo que es un texto científico-médico, sus características de traducción, sus posibles estrategias de traducción y las diferentes problemáticas de traducción que hay que tener en cuenta. Luego, se ha continuado con la traducción de un texto médico del inglés al español y, por último, se ha llevado a cabo un análisis de dicha traducción basándose sobre las explicaciones iniciales, de donde han salido ejemplos de los problemas de traducción y soluciones a dichos problemas.

Con todo, como se puede apreciar a lo largo de todo el texto y junto a todos los ejemplos aportados, se ha podido comprobar que la traducción no es una simple tarea de transmisión de palabras de una lengua a otra, sino que es un verdadero trabajo de reflexión. De hecho, la primera tarea es la de lectura y comprensión, la segunda, de búsqueda de información y aprendizaje y, por último, la traducción. Y aquí no termina todo, porque una vez se ha comprendido el mensaje y se sabe lo que quiere decir, viene la importante tarea de escribirlo, en este caso en español. Esto quiere decir reflexionar sobre cuál es la mejor de las opciones de traducción, si hay más de una, si una es más correcta que la otra, cuál es la mejor según el contexto, cuál tiene el mejor grado de equivalencia semántica y pragmática, etc.

También se ha comprobado que, aunque la característica principal de los textos científico-médicos es la terminología específica, esta ocupa una pequeña porción del texto y que la gran mayoría es lenguaje general. Sin embargo, esta terminología a veces puede llegar a ser un rompecabezas, ya que el lenguaje médico evoluciona constantemente. A su vez, se ha constatado que, a parte de la terminología, existen otras dificultades, como los falsos amigos, las palabras polisémicas, la voz pasiva, las siglas, etc.

En definitiva, con este trabajo de fin de grado he aprendido a reflexionar sobre la traducción de los textos científico-médicos. También me ha enseñado que hay que pensar y valorar las distintas opciones de traducción antes de plasmarlas sobre el papel. He aprendido que la terminología es importante, pero que el resto también lo es y que la expresión y transmisión del mensaje requiere el uso de recursos específicos. Y todo con un mismo objetivo, la comunicación y la transmisión de la información.

7. Referencias bibliográficas

Aleixandre-Benavent, R., Bueno Cañigral, F. J. y Castelló Cogollos, L. (2017).

Características del lenguaje médico actual en los artículos científicos. *Educación Médica*, 18 (Supl 2), 23-29. Disponible en:

https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/110327/A_2017-Caracteri&%23769sticas%20del%20lenguaje%20me&%23769dico-Educacion%20Medica.pdf?sequence=1

Cabré, M. T. (2011). El principio de poliedricidad: la articulación de lo discursivo, lo cognitivo y lo lingüístico en terminología (I). *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, 16, 9-36. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2773163>

Domenech Bagaria, O. y Estopà Bagot, R. (s.f.). *La terminología como disciplina: orígenes, evolución, objetivo de estudio y organización*. UOC. UVIC.

Espasa, E. y Brugué, L. (s.f.). *Tipologías textuales de los textos especializados*. UOC. UVIC.

Hellín del Castillo, J. (2004). El Sistema Internacional de unidades: aspectos prácticos para la escritura de textos en el ámbito de las ciencias de la salud. *Panace@*, 5 (17-18), 200-207. Disponible en: <https://files.sld.cu/rededitores/files/2019/05/Sistema-Internacional-de-Unidades.pdf>

Navarro, F. A. (2008). Recetas médicas para nuestro lenguaje enfermo (1ª parte).

Revista Pediatría de Atención Primaria, 10 (37), 141-159. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2663138>

Navarro, F.A., Hernández, F., R. y Villanueva, L. (1994). Uso y abuso de la voz pasiva en el lenguaje médico escrito. En: Navarro F.A. (1997). *Traducción y lenguaje en medicina*, 101-5. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Disponible en:

<http://esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/137002.pdf>

Navarro, F. A. (2021). *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico (4.ª edición)*, [versión en línea]. Disponible en: www.cosnautas.com (necesita suscripción)

Obiols, V. (s.f.). *Iniciación a la traducción científico-técnica*. UOC. UVIC.

Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de términos médicos, [versión en línea]. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/>

Senz Bueno, S. (2005). Normas de presentación de originales de traducción para la edición impresa. *Panace@* 6 (20), 161-168. Disponible en:

https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n20_revistilo_senzbueno.pdf

Sevilla Muñoz, M. y Sevilla Muñoz, J. (2003). Definición del texto científico-técnico. *El Trujamán*. Centro Virtual Cervantes. Disponible en:

https://cvc.cervantes.es/trujaman/anteriores/julio_03/04072003.htm

Unión Europea. IATE. Disponible en: <https://iate.europa.eu/home>

Zierer, E. (1979). *La crítica de la traducción*. En: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes (2012). Alicante. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-critica-de-la-traduccion/>

8. ANEXO

Texto original

An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress.

Abstract

Background Following birth, some women report negative and traumatic feelings. There is relatively little research on women's perceptions of these emotions. It is important to understand why some women experience distress following labour. The work presented in this paper focuses on one aspect of a wider mixed methods research study.

Aims To explore reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress.

Method A descriptive qualitative approach was used. A total of 16 semi-structured, qualitative interviews were undertaken. These were with women following birth, some of whom had attended a local birth reflections service. Thematic analysis was performed using typewritten transcripts.

Findings Three key themes were identified which illuminated the topic of women's subjective distress: 'giving birth as traumatic/ horrific', 'lasting emotions linked to the birth process' and 'the impact of the health professional on women's experiences of giving birth'. As well as identifying how women are feeling following birth, this study has also highlighted how midwives can affect women's birth experience. It seems that trauma relating to the birth event may be mediated by professional behaviours and how supportive they are.

Conclusion Lack of support by care professionals was a key factor associated with a negative birth experience. Maternity services and education providers need to ensure optimal training for all healthcare professionals who provide care to women during labour and birth.

Keywords

Birth | Birth experience | Women's feelings | Emotional distress | Support from maternity professionals | Negative birth experiences

Women use different terms to describe distress in relation to a poor childbirth experience. Whereas some women consider it as having been negative, others feel their birth was traumatic (Creedy et al, 2000; Hodnett, 2002; Soet et al, 2003; Ayers, 2004; Waldenstrom et al, 2004; Beck and Watson, 2010; Beck et al, 2011; Storksens et al, 2013). This can lead to adverse consequences, including post-traumatic stress disorder (PTSD) (Ayers, 1999; Creedy et al, 2000). Other poor consequences that have been recognised following a traumatic birth experience are poor maternal and infant bonding (Ayers et al, 2006), a reduction in breastfeeding rates (Beck and Watson, 2010) and fear of childbirth in future pregnancies (Storksens et al, 2013).

In the late 1990s, services were set up and women offered debriefing by a midwife after giving birth in the UK and other western countries. The broad aim was to reduce psychological trauma. While it was unclear what these services provided women, a critical meta-ethnographic review of women's experiences of postnatal debriefing found that it satisfied women's need to talk, be listened to, receive information and gain a greater understanding of their experience. It also helped women to have their birth experience validated (Baxter et al, 2014).

A Cochrane systematic review of debriefing set in the maternity context was undertaken in 2015 (Bastos et al, 2015). This included seven randomised control trials (RCT). The authors did not find clear evidence that debriefing either reduced or increased the risk of a woman developing psychological trauma during the postpartum period. This was put down to the poor quality of the evidence, the use of different interventions and heterogeneity between the studies (Bastos et al, 2015).

However, the findings from a study of an Australian RCT suggested benefits to interventions designed to provide additional midwifery support to women between four and six weeks after birth. Women valued additional support provided by midwives in this way.

Reflecting on their birth helped them to make sense of their individual situations (Fenwick et al, 2013). The emotional and psychological impact of labour and birth on individual women was highlighted in the quantitative findings from a mixed methods research (MMR) study to investigate reasons why some women choose to attend or not to attend a birth reflections service (Baxter, 2019). This study identified that women with moderate or high post-traumatic stress (PTS) symptoms were more likely to wish to discuss their birth, consider it as negative and were less satisfied with care from staff during the birth.

Hodnett (2002) undertook a review to summarise what is known about satisfaction with childbirth, with particular attention to the roles of pain and pain relief. She concluded that the influences of pain, pain relief, and intrapartum medical interventions on subsequent satisfaction were found to be less strong than the influences of the attitudes and behaviours (Hodnett, 2002). Waldenstrom and colleagues (2004) in a longitudinal cohort study of 2 541 women in Sweden identified four key categories of risk for a negative birth experience: having an unexpected medical problem, such as an emergency caesarean section or augmentation in labour; factors from a woman's social life, such as unwanted pregnancy or lack of partner support; the woman's feelings during her labour (eg pain, lack of control); and the care a woman was given (eg lack of support in labour, administration of pain relief).

They concluded a lack of support from caregivers, lack of control and not being involved in decision- making increased the risk of a negative birth experience. This finding of a consistent effect of staff attitude and behaviour on maternal satisfaction with childbirth compared with medical interventions is also evident in the findings from a study on fear of childbirth in Norway (Storksen et al, 2013). These authors identified that 117 women (8.6%) from their sample of 1357 subjectively rated their previous birth experience as negative. Perceiving their previous birth experience to have been negative was much stronger than the association between previous obstetric complications and fear of childbirth (Storksen et al, 2013).

There is also a need to understand further what it is about a woman's birth experience that causes her to view it in a negative light or experience traumatic feelings in the first place. It is clear from the work of Waldenstrom and colleagues (2004) described above that staff and other carers can influence a woman's experience of birth. A fuller

understanding is required of what it is about the interaction between some staff and women which leaves them with negative and traumatic feelings towards their birth. It is possible there are other factors relating to the birth experience that women might also reveal through the use of a qualitative approach. Such detailed information is lacking from the quantitative studies in this area. This paper therefore presents qualitative findings from the wider MMR study (Baxter, 2017). These consider in greater depth women's emotions following birth and how they may be linked with the birth process.

Aims

The findings presented here stem from part of a wider MMR study on the topic of postnatal debriefing. The main study set out to determine the reasons why certain groups of women accessed (or did not use) a postnatal debriefing service and to provide a rich description of their perception of the service. The MMR study also explored women's feelings following birth. The findings presented in this paper relate to the latter aspect of the wider MMR study, which explored reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress.

Methods

The MMR study used an explanatory sequential design in which different data were collected on the same topic. There were two distinct phases: quantitative followed by qualitative (Creswell and Plano Clark, 2011). A quantitative survey was first conducted to determine women's need to talk following birth and their understanding about what a birth reflections-type service is. Sequential to this data collection, qualitative interviews explored women's experiences of being in labour and giving birth, and whether or not they needed to talk about this afterwards. It also explored their experiences of a birth reflections service and their feelings following birth.

Qualitative research is an interpretative approach concerned with the meaning people place on life in general, including beliefs and values (Snape and Spencer, 2003). Qualitative data emphasises people's experiences. A descriptive qualitative approach was undertaken (Polit and Beck, 2010). Data were generated through the use of individual interviews whereby women's personal perspectives were mentally reprocessed and

verbally recounted (Ritchie, 2003). A total of 16 semi-structured, qualitative interviews were undertaken.

Recruitment

The main sample was obtained from the quantitative strand of the wider MMR study mentioned above. The survey was administered to 447 women following birth and returned by 170 respondents (Baxter, 2019). Women were asked to provide their contact details if they were willing to be interviewed. A simple randomisation process was used to select 12 of the 72 women who agreed to be contacted. The original plan was to recruit 10 women who had attended the Birth Reflections service and 10 women who had not attended, from among the survey respondents. The rationale for this was based on theoretical sampling and estimates of numbers likely to achieve data saturation.

However, few of the survey respondents had attended the Birth Reflections service so a decision was taken to increase this sample from the clinic lists. One woman was selected, by the administrator of the service, who was independent of the study, for each of the four months between April and July 2013. Four women were contacted in this way and all agreed to take part in the study. The author was then able to contact them by telephone and make further arrangements. The whole recruitment process resulted in a sample of 16 women, four of whom had attended the Birth Reflections service.

Procedures

All but one of the women chose to be interviewed at home. The timing of the interview was between 8–17 months in relation to the birth experience for the women in the main sample and up to three years postpartum for those who had attended the Birth Reflections service. It was considered that the use of semi-structured interviews would provide greater flexibility: during interviews, non-verbal behaviours may reflect a lack of understanding of a question and so wording can be altered to help comprehension and engagement (Barriball and While, 1994). The sensitive nature of the topic area dictated that the interviews should be conducted on a one-to-one basis and not in group discussions. It was anticipated that women would not want to open up in a group.

Prior to commencing the interviews, all the women were given an information sheet about the study and time to read this through. They were subsequently asked if they had any

questions and the interviewer (author) reminded them that they were participating in a voluntary capacity and were free to withdraw at any time. Written consent was taken.

An interview guide was used to ensure consistency of questions. All information provided in the interviews was treated in the strictest confidence. The interviews focused on the informants' experiences and views about the need (or not) to attend a birth reflections-type service. There was also discussion about the birth experience more generally and the participants were invited to tell the story of their birth.

Analysis

A total of 16 semi-structured, qualitative interviews were conducted as part of a wider MMR study (Baxter, 2017). The interviews were audio-recorded and transcribed. Thematic analysis was undertaken, using the process described by Braun and Clarke (2006). The author started the process by familiarising herself with the raw data. All the transcripts were read through on many occasions and codes given to small pieces of text ie sentences, phrases, paragraphs.

These were entered directly onto the printed transcripts in the margins. This was followed by the identification and review of possible themes that emerged from the codes and the consequent confirmation of themes. In this way, categories that recurred in data from other participants were merged under an umbrella of themes. Miles and Huberman (1994) refer to this process as 'pattern coding'. The author's academic supervisor reviewed a selection of the transcripts and the coding process, and confirmed agreement and consistency of themes.

Findings

Some 16 women were recruited for semi-structured, in-depth interviews. Of those, 12 were identified through the survey and four through the Birth Reflections service as discussed above. Further details of these women are shown in *Table 1*.

Table 1. Details of participants interviewed				
Participant number	Previous births	Method of birth	Age (years)	Attended Birth Reflections service
1	0	Forceps	35–39	No
2	0	Emergency c-section	30–34	No
3	0	Ventouse	20–24	No
4	1	Normal vaginal	25–29	No
5	0	Forceps	30–34	No
6	1	Normal vaginal	35–39	No
7	1	Normal vaginal	30–34	No
8	0	Normal vaginal	30–34	No
9	1	Normal vaginal	30–34	No
10	1	Normal vaginal	30–34	No
11	1	Elective c-section	35–39	No
12	3	Normal vaginal	35–39	No
13	1	Emergency c-section	*	Yes
14	1	Forceps	*	Yes
15	1	Forceps	*	Yes
16	1	Forceps	*	Yes

*Information on age for women who were recruited through the Birth Reflections service was not collected

The findings reported in this paper all relate to women’s emotions linked to the birth process. Three themes were identified. These are described below under three separate headings: ‘giving birth as traumatic/horrific’, ‘lasting emotions linked to the birth process’ and ‘the impact of the health professional on women’s experiences of giving birth’.

These are three of five themes from the qualitative strand of the MMR study. They all relate to women’s subjective experience of emotional distress. The other two themes refer to other objectives from the wider MMR study. These were about women’s reasons for wanting to talk to a midwife about their birth experience postnatally: ‘making sense through the blur’ and ‘the need to attend a Birth Reflections-type service’. These are discussed elsewhere (Baxter, 2017).

Giving birth as traumatic/horrific

‘...if you’d asked me a couple of months ago, I would have said, “I’ll never do it again, it was most horrific”.’ [Participant 1]

Approximately half of women in the interviews used the words ‘traumatic’ or ‘horrific’ to describe their experiences of giving birth. This was more common among women giving birth for the first time. It is likely that the first birth is more difficult for women and they do not know what is normal or what to expect. Some felt shocked by it. This theme is further broken down into subthemes which illuminate reasons why some women experience the birth process as traumatic: ‘medical interventions’, ‘the pain of labour’, and ‘the effect of poor staff communication’.

Medical interventions

Traumatic feelings experienced by some of the women in the study appear to be related to the use of medical interventions. Induction of labour was mentioned by many of the participants as being a particularly difficult experience for them. When asked the direct question, ‘What made the birth experience horrific?’, one participant listed a series of procedures that were undertaken during her labour and birth:

‘I think from the three days of labour, to having the waters broken because [E] (baby’s name) was so far down ... pressing on the birth canal they had to push her up to break the waters ... having the monitor on her head. Then to having second-degree tear and being stitched. Yeah, all I could think about up until a couple of months ago was the ring of fire and I can still sense the pain from that.’ [Participant 1]

Participant 1 also had a long induction of labour process. Looking back, she considered that her birth was horrific. As can be seen from the quote above, she alluded to a ‘ring of fire’ which seemed to reflect her lasting memory of pain and her baby moving through the birth canal. This participant also described having a fetal scalp electrode (FSE) placed on her baby’s head to monitor the baby as being traumatic for her. There is a significant amount of other evidence in the data on this procedure being traumatic for women:

‘That took about 45 minutes to put on ... I had my mum and my other half literally almost holding me down.’ [Participant 1]

Women also described vaginal examinations as being very painful:

***'They'd examined me god knows how many times. His head was turned the wrong way so they had to turn his head inside. The internal examinations, they're painful ... I never quite realised how painful they were.'* [Participant 5]**

Some participants also found the doctor coming into the room to be traumatic. This was a cause for concern for women and suggestive that something was wrong. Not knowing what was going on, and the doctor coming into the room unexpectedly, could lead to fearful thoughts and feelings. This can be seen in the below quote:

***'...that was the bit that was, for me, the most traumatic because, I think the doctor coming in makes you think, "Oh, something could be going wrong".'* [Participant 6]**

The pain of labour

For the women who expressed feelings of trauma, the pain of labour appears to be unlike any other pain and they felt it is not possible to prepare for it:

***'You can't prepare yourself for the pain, you've never experienced that sort of pain... and nobody can ever tell you what you thought it was going to be.'* [Participant 5]**

According to one participant, the pain was so severe that she thought she was going to die. In addition, she remembered the situation being so distressing that her partner was crying:

***'I spoke to [D] (man's name) a little bit ... I was sort of emotional because of what happened. I felt like I'd been beaten up and I couldn't really believe what had happened...'* [Participant 2]**

It is clear that without appropriate support, the woman's pain in labour has a wider emotional impact.

The effect of poor staff communication

Some women described their birth experience as being traumatic following episodes of poor communication with staff in labour. One participant described how she went through her entire first labour experience (at a different centre in a large city) without communication with the midwife allocated to her and providing her care:

'I was told off for screaming ... I think the midwife was trying to make a joke but one of the few things she said to me was, "If you don't stop making such a fuss, I'll have to get a doctor". This was at the end and I was having my stitches then, I think, and I wasn't screaming then but I burst into tears ... because I was quite, I think, quite traumatised, just because no one was reassuring me at all ... I couldn't tell whether my experience has been normal.' [Participant 10]

Another participant remembered her first birth experience, which she described as being very painful long and traumatic. She had been told by staff on previous shifts that there was no clinical reason to undertake a c-section. At a later point, a different doctor came on duty and took over her care. Shortly after, this time, this woman had a caesarean section. At a later time, the second doctor informed her that she would never have given birth normally. As a consequence, she was left with worrying feelings that if the c-section had been performed at an earlier point, then her baby might not have contracted meningitis and needed to remain in hospital for 10 days following birth:

'[D] (woman's partner) did and still does feel quite a bit of bitterness because [L] (baby's name) was poorly and it probably was as a direct result because he was so distressed when he was inside, they explained that meningitis is an infection of the brain but it can come from anywhere ... if I would have been given a caesarean earlier, he may not have been poorly because he pooped twice within a 12- hour period.' [Participant 2]

Lasting emotions linked to the birth process

This theme shows that some women are left with heightened emotions relating to the birth experience. It has three subthemes: 'anger', 'fear of giving birth again' and 'living in an emotional bubble'.

Anger

As has been seen above, some women left the birth experience with angry feelings. They apportioned blame to the staff involved in their care and this was sometimes misplaced. The angry feelings prevented these women gaining a clear understanding of the reason for the unexpected poor outcome:

'No, angry at the treatment from the hospital ... angry at how I felt, the way I was treated while I was in labour and the birth itself. I felt like it had gone horribly wrong ... I was very angry at the whole experience. In fact, I had counselling about it.'
[Participant 14]

After refusing to meet with staff at the maternity unit following her first birth experience, Participant 14 sought out a c-section when she became pregnant for the second time. Staff encouraged her to attend the Birth Reflections service at this time, which was two years later. It was at this session when she learnt her anger had been misdirected and her wound infection had not been caused by the doctor whom she blamed. It is of interest that this same woman went on to give birth naturally and this subsequent birth experience was positive.

Fear of giving birth again

All of the four women who had attended the Birth Reflections service expressed degrees of hesitation about becoming pregnant for a second time and having to face giving birth again. One woman rushed to get pregnant again as she knew she needed to have another child at some point. Due to the negative and traumatic experience of her first birth, she wished to get the subsequent experience over with as soon as possible. The remaining three women also shared their fear of giving birth again:

'So it was actually the experience with [J] (first child's name) that impacted on pregnancy with [E] (second baby's name) and whenever I was going to my community midwife appointments for some reason, inexplicably I would end up in tears because I was so terrified about giving birth again because of what had happened the first time 'round...' *[Participant 15]*

Another woman, left feeling like she was 'in an emotional bubble', feared giving birth again following her first birth experience. She said that this was because she had been moved to theatre from her labour room during an emergency when the staff had been unable to hear her baby's heartbeat. This woman thought her baby was dead. In addition, she was taken into an operating theatre, which brought back personal memories of the death of her sister at the age of 21 years.

Living in an emotional bubble

Some participants described being in an emotional bubble. They felt distanced from others and not like other mothers. This remained for many months following birth and had an effect on the subsequent pregnancy. This could lead to anxiety and fear of giving birth again, as mentioned above. It seemed that the midwife at the Birth Reflections service was not always appropriately equipped to give psychological support:

‘It’s good to be able to talk through something but I don’t think that the midwives are properly trained in that emotional, psychological element, the counselling element ... talking through a traumatic experience, getting answers is great...’ [Participant 13]

Another woman also felt the need for more emotional support. She did not engage with her baby and felt that she was merely existing for the first few months after her baby was born. It took five months for her to seek help from the midwives at the Birth Reflections service after being referred there by her health visitor.