

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
ESCUELA DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE



CÓMO TRATAR EL DHDA SIN DROGAS:
ALTO A LA RITALINA
de Dr. Mary Ann Block

Traducción y Memoria

Trabajo de graduación para aspirar al grado de
Licenciada en Traducción
(Inglés-Español)

presentado por

ELISABET SABORÍO RAMÍREZ

2000

Hoja del tribunal

CÓMO TRATAR EL DHDA SIN DROGAS: ALTO A LA RITALINA,
de Mary Ann Block.

Trabajo de Graduación para aspirar al grado de
Licenciada en Traducción (Inglés - Español),
presentada por Elisabet Saborío Ramírez,

el día

_____ de _____ del 2000

ante el tribunal calificador integrado por

Dr. Albino Chacón Gutiérrez
Decano
Facultad de Filosofía y Letras

M.L. Rafael Pérez Miguel
Director
Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje

Dr. Carlos Francisco Monge Meza
Profesor guía

M.A. Sherry Gapper Morrow
Lectora

Lic. Margarita Novo Díaz
Lectora

Lector

Postulante:
Elisabet Saborío Ramírez

La traducción que se presenta en este tomo se ha realizado para cumplir con el requisito curricular de obtener el grado académico en el Plan de Licenciatura en Traducción, de la Universidad Nacional.

Ni la Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Nacional, ni la traductora, tendrán ninguna responsabilidad en el uso posterior que de la versión traducida se haga, incluida su publicación.

Corresponderá a quien desee publicar esa versión gestionar ante las entidades pertinentes la autorización para su uso y comercialización, sin perjuicio del derecho de propiedad intelectual del que es depositaria la traductora. En cualquiera de los casos, todo uso que se haga del texto y de su traducción deberá atenerse a los alcances de la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, vigente en Costa Rica.

Índice general

Prólogo.....	iv
Traducción.....	1
Capítulo 1.....	3
Capítulo 2.....	14
Capítulo 3.....	26
Capítulo 4.....	52
Capítulo 6.....	62
Memoria.....	77
Introducción.....	78
Capítulo I: Análisis de los textos y breve descripción de la memoria.....	84
Capítulo II: Cómo evitar la repetición en el texto meta y ajustarse al genio de la lengua castellana.....	99
Capítulo III: Adaptaciones culturales y semánticas necesarias para el lector costarricense.....	125
Conclusiones.....	142
Bibliografía.....	146
Texto original.....	152

PRÓLOGO

Es indiscutible la importancia de la traducción para transmitir ideas y conocimiento entre culturas que poseen diferentes idiomas. Cualquier labor que ahonde en el delicado proceso de traducción en forma de investigación teórica, representa también un aporte significativo para el oficio de traductor en general.

El texto aquí incluido presenta como primera instancia la traducción de varios capítulos del texto *Cómo tratar el DHDA sin drogas: alto a la Ritalina*, la Memoria de Trabajo que se llevó a cabo con relación a los problemas resueltos en la traducción y, finalmente, el texto original que se tradujo: *No More Ritalin: Treating ADHD without Drugs*¹. El libro puede arrojar nueva luz sobre un problema muy de actualidad en Costa Rica, y puede guiar a muchas personas que desean informarse de las situaciones que rodean la forma de tratar dicho trastorno.

¹ Block, Mary Ann. *No More Ritalin: Treating ADHD Without Drugs*. Nueva York: Kensington Publishing Corp., 1997.

TRADUCCIÓN

SECCIÓN I

**¿POR QUÉ TRATO EL
DHDA
SIN DROGAS?**

CAPÍTULO 1

LA ODISEA DE UNA MADRE

La dura prueba de Michelle.

Mi forma de abordar la medicina, en procura de descubrir las causas ocultas de un síntoma en vez de escribir una receta para aliviarlo, nació de la experiencia por la que tuve que pasar con mi propia hija. Aprendí lecciones muy difíciles cuando Michelle estuvo muy enferma. La terapia con drogas no sólo le provocó enfermedades a mi hija, sino que estuvo a punto de matarla. Los "expertos" de la medicina tradicional trataron a Michelle en forma insensible y negligente.

Doctor tras doctor me aseguraban que los episodios en que Michelle, de dos años, mojaba la cama (enuresis) eran una respuesta emocional a tener un nuevo bebé en la casa. Aunque yo creía que sus problemas de salud iban más allá, los expertos se negaban a escucharme. Al fin y al cabo, yo era sólo la madre de la niña, la persona que se encargaba de ella veinticuatro horas al día. ¿Qué podía saber yo si ellos eran los expertos?

El problema de mojar la cama persistió, y cuando Michelle tenía seis años, los médicos empezaron a practicarle invasores exámenes urológicos. Le prescribieron numerosos medicamentos, incluyendo Valium para relajar la vejiga y Tofranil, un antidepresivo que es a menudo prescrito para ese problema.

Nuestro bebé, el hermanito de Michelle, tenía seis meses cuando Michelle empezó a tener problemas. Yo nunca creí realmente que la presencia de un nuevo bebé pudiera causarle a mi hija las infecciones crónicas de vejiga (infecciones del tracto urinario). Justamente antes de que empezaran las infecciones, nuestro jardín fue fumigado con pesticidas. A Michelle se le manifestó urticaria y una hinchazón generalizada en todo el cuerpo, lo cual se solucionó con un antihistamínico, y se olvidó el problema. Pero aparentemente el cuerpo de Michelle no lo olvidó, porque esto pareció ser el principio de muchos años de problemas de salud para mi hija.

Receta para provocar problemas

Los médicos la trataron con drogas para las infecciones urinarias, las cuales siguieron persistiendo. Nuestro pediatra refirió a Michelle a un especialista que empezó a recetarle medicamentos para las infecciones crónicas de vejiga. Esta medicación continuó por varios meses.

Durante este período, en cierta ocasión, leí un artículo en una revista para mujeres sobre el medicamento que este facultativo le había prescrito a Michelle. El artículo decía que esa droga podía causar serios daños neurológicos. Concerté una cita para ver al especialista y discutir mis preocupaciones sobre lo que había leído; su respuesta a mis preocupaciones fue: "no lea tanto".

Al poco tiempo, un nuevo especialista que tenía un marcado interés en esa área se instaló en la ciudad. El nuestro nos refirió a él para una segunda opinión pues Michelle no había mejorado; ella tenía ya siete años y sus infecciones habían continuado presentándose a pesar de la terapia a base de drogas. Este nuevo especialista decidió realizarle más exámenes invasores a mi hija; luego de

completar los exámenes, determinó que la vejiga de Michelle no estaba liberando toda la orina, lo cual le causaba las infecciones.

En ese momento, prescribió terapia a largo plazo con tres drogas: recetó Valium para relajar la vejiga; Tofranil, un antidepresivo, para el problema de mojar la cama (también usado para síntomas del DHDA*) y una droga antibacterial para la infección. A pesar de que le expliqué que yo no creía que ella necesitara el antidepresivo pues mojaba la cama sólo cuando tenía una infección, él insistió en que era necesario.

El Tofranil se prescribe a menudo para la enuresis pues tiene un efecto secundario que causa la retención de orina en la vejiga. Yo no podía entender que le quisiéramos dar a Michelle una droga que causara la retención de líquido por las noches; el médico había explicado anteriormente que el problema de Michelle ocurría por existir retención de líquidos. Yo era sólo una joven madre y él era el médico; terminó la explicación diciéndome que era necesario para ayudarle a mejorar.

Irónicamente, durante este régimen de drogas, mi hija tuvo una de sus peores infecciones: cistitis hemorrágica, lo cual es sumamente doloroso. Esto sucedió a los seis meses de estar en la terapia de drogas. Cuando le mencioné a su pediatra su reciente y grave infección urinaria, éste pareció alarmarse. Me dijo que no había tomado conciencia de que Michelle había estado tomando todos estos medicamentos durante tan largo período y que quería que las dejara. Me envió de nuevo al especialista para que se las dejara de recetar.

* Siglas utilizadas para referirse al desorden de hiperactividad y déficit atencional (aunque la traductora propone la utilización del término "trastorno" en lugar de "desorden" como equivalente para la palabra inglesa "disorder", ésta es la forma en que se conoce el síndrome en Costa Rica).

Michelle deja los medicamentos abruptamente

El especialista me dijo que dejara de administrarle esos medicamentos. Le cuestioné al respecto de dejar las drogas en forma abrupta porque yo había notado que cuando a Michelle se le dejaba de dar una Valium, parecía presentar algunos síntomas característicos del síndrome de abstinencia. Me contestó que era simple coincidencia; ella no debería presentar problemas al dejar los medicamentos de golpe. Una vez más, hice lo que el médico dijo que era lo apropiado. Hice lo que dijo el doctor, aunque mi instinto me decía que no era lo correcto.

A los dos días, los síntomas eran obvios. Mi dulce y estable niña presentaba cambios drásticos de humor que iban de la hiperactividad a la depresión; nunca la había visto así, lo cual me asustó. A ratos "se subía por las paredes" y luego se echaba sobre el piso llorando histéricamente. Llamé al especialista para contarle lo que estaba ocurriendo. Uno de sus colegas estaba de turno; cuando le expliqué lo que sucedía, me contestó en tono protector: "deje que pasen unos cuantos días". Incapaz de hacer nada pues era fin de semana, conseguí, con el farmacéutico, el prospecto médico, el cual detalla las acciones y efectos secundarios del medicamento. Aunque no entendía toda la terminología médica contenida en el prospecto, era obvio que mi hija sufría los efectos de la suspensión brusca del medicamento. No fue sino hasta varios meses después que me enteré de que dejar el Valium en forma abrupta puede ser letal.

Le conté el incidente al pediatra de Michelle. Él le volvió a recetar los medicamentos y a retirárselos en una forma más segura, lenta y metódicamente. Pero el daño ya estaba hecho. Además de la negligencia en el retiro de los medicamentos, me enteré por el prospecto farmacéutico de que el especialista

debió haber efectuado exámenes de sangre rutinarios para detectar reacciones adversas a las drogas. Por sí sola, cada una de estas drogas pudo haber causado serios efectos secundarios, las tres juntas agravaron ese efecto. Para Michelle fue una triple agresión; ella pasaría enferma los próximos tres años con un bajo recuento de glóbulos blancos, lo cual pudo haber ocurrido como efecto de cualquiera de los medicamentos que no tuvo control médico. El bajo recuento de glóbulos blancos causó supresión de su sistema inmunológico.

Empieza la pesadilla

No había pasado mucho tiempo, cuando a Michelle la atacó cierta variedad severa de mononucleosis. Con su sistema inmunológico afectado, mi niñita pasaba prácticamente en cama. Durante los próximos tres años, al buscar explicación a lo que le había sucedido a mi hija y cómo resolverlo, mis ojos se fueron abriendo a la falibilidad de la medicina.

Al recordar esos días, no sé cómo hicimos para arreglárnosla. Yo cuidaba y consolaba a Michelle mientras iba de médico en médico buscando a alguien que la ayudara, pero la ayuda no aparecía. Las limitaciones frustraban a Michelle. El descanso forzoso en cama era algo muy difícil para una niña pequeña y activa. Ella había planeado ir con sus amigos a campamento de verano pero, debido a su sistema inmunológico extremadamente afectado, no podía salir de la casa. Para mantenerla contenta y darle la sensación de "normalidad", planeé un campamento de verano para Michelle y su hermano. Todos los días hacíamos proyectos de artes manuales, además de otras actividades especiales como un campo de minigolf que hice dentro de la casa con latas de papas *Pringles* que hacían la función de hoyos. Nuestro periódico local publicó un artículo sobre nuestro

"Campamento Mono-Nuk-Le-Osis", el cual provocó sonrisas y ayudó a aliviar el dolor del aislamiento.

Al cabo de tres años de llevar a Michelle de doctor en doctor y no encontrar ayuda, yo estaba muy frustrada; aparentemente, los médicos también estaban frustrados: al no ser capaces de curarla, decidieron que el problema de Michelle no estaba en otro sitio más que en su cabeza.

Por cuenta propia

Me encontraba completamente hastiada de una institución médica que parecía hacer más mal que bien. Una amiga y yo nos colamos en una biblioteca médica de un hospital local y empezamos a buscar qué encontrábamos. Aunque carecíamos de entrenamiento en investigación médica, y sin ninguna ayuda de los bibliotecarios, descubrimos en un boletín médico un artículo que cambiaría nuestras vidas.

Nos enteramos de que la mononucleosis podía ser inducida médicamente por reacciones adversas a medicamentos como los que había tomado Michelle. Todo parecía tener sentido; la terapia con base en medicamentos era la razón por la cual mi hija estaba postrada en cama. Las drogas que se le habían prescrito podían bajar el recuento de glóbulos blancos. Con un bajo recuento, el sistema inmunológico del cuerpo no podía trabajar adecuadamente. Fue por esta razón que Michelle tuvo mononucleosis y otras infecciones y no sanaba. En el artículo también se analizaba la posible relación entre la mononucleosis y la leucemia.

La cabeza me daba vueltas ante las implicaciones. Si yo hubiera arruinado la salud de Michelle, eso habría sido abuso infantil, y sería notificado a las

autoridades pertinentes; pero si un médico le hace esto a mi hija sólo se llama "un diagnóstico equivocado".

Mi amiga y yo salimos volando de la biblioteca médica con una copia del artículo en la mano. Nos fuimos directo al consultorio del pediatra y lo detuvimos haciéndole señales mientras estaba en el estacionamiento. Él continuaba apoyando mis esfuerzos; me refirió a un especialista en cáncer y trastornos de la sangre.

Cómo se atreve

El especialista evaluó a Michelle para ver si tenía leucemia, un tipo de cáncer de la sangre, o lupus sistémico, un padecimiento autoinmunológico. Al llegar a ese punto, yo me encontraba muy asustada. Afortunadamente, no tenía ninguna de estas dos enfermedades. Cuando le pregunté al doctor si los problemas de Michelle podrían ser derivados de los medicamentos que había tomado y de la forma en que le fueron administrados, se puso a la defensiva. De pronto dijo que no había ningún problema con Michelle; dijo que sus síntomas eran totalmente de origen psicológico. Me pareció que este médico estaba más interesado en proteger al especialista que prescribió las medicinas que provocaron el problema, que en encontrar y tratar la causa del problema. Después me di cuenta de que él les había enviado cartas a todos los otros médicos que habían visto a Michelle, diciéndoles que ella no tenía nada; pero él estaba muy equivocado, porque mi hija continuó sufriendo.

Michelle presentaba síntomas como fiebre, inflamación de los ganglios e infecciones. Estuvo tomando antibióticos durante más de un año. Mientras tomaba antibióticos podía asistir a la escuela, pero si se le quitaban, se enfermaba de nuevo. Aun con la medicación no podía participar en deportes y

otras actividades al aire libre pues esto ponía más a prueba su sistema inmunológico. ¿Todo estaba en su cabeza? ¡Cómo se atreve!

Detective médico

En una navidad de esa época, mi esposo me dio un regalo inusitado: un texto médico completo de dos tomos. Me había observado buscar, desesperadamente, respuestas a los problemas médicos de Michelle, y esperaba que yo pudiera encontrar en esos textos algo que fuera de ayuda.

Al día siguiente, durante una celebración navideña en casa de mis padres, recogí unos periódicos que estaban abiertos sobre la mesa del comedor. Por casualidad, me detuve en una entrevista con un médico osteópata local que se autodenominaba "detective médico". El hombre decía que le gustaba solucionar problemas médicos que otros doctores habían abandonado.

Admito que me sentía totalmente escéptica. El doctor sobre el cual leí era un médico osteópata, y en ese entonces, tenía prejuicios en contra de este tipo de medicina, por algunos casos que me habían contado. Pero como ya se sabe, estaba desesperada, no tenía adónde más acudir. A menudo digo: "Nunca hubiera ido a un médico osteópata si mi vida dependiera de ello, pero se trataba de la vida de mi hija. Así que fui".

Cuando llevé a Michelle a ver al detective médico, el Dr. Gary Campbell, desahugué toda mi frustración provocada por los doctores negligentes e insensibles que habían tratado a mi hija. "Y algo más" le dije furiosa, "ni siquiera vale la pena que tome el caso si no puedo ayudar."

"Y yo no querría que fuera de otra forma" me respondió el Dr. Campbell. A partir de ese momento las cosas empezaron a cambiar. Estaba dando mis

primeros pasos para recuperar la buena salud de Michelle y desarrollar un mejor plan de salud para toda la familia. El punto de vista del Dr. Campbell era muy nuevo, alentador y diferente de todo lo que había oído hasta entonces. Él decía que la medicina osteopática se centra en la creencia de que el cuerpo, si se le dan las herramientas apropiadas, puede sanarse a sí mismo (véase capítulo 10).

Cuando encontré al Dr. Campbell, ya estaba lista para darme por vencida en cuanto a la medicina se refería. Me sentí muy aliviada de poder escuchar a un médico ofrecer apoyo y buenas opciones, en vez de ofrecer otra receta médica. Él me mostró otra perspectiva; me enseñó lo que podía ser la medicina. El Dr. Campbell buscaba las causas ocultas de la enfermedad, me escuchaba y respetaba mis opiniones y lo que yo le contaba, y me educó al compartir conmigo sus conocimientos. Era un médico bueno y competente, sin ninguna arrogancia.

En defensa propia, mamá va a la escuela de medicina

Sin embargo, todavía estaba asustada por lo que se le había hecho a mi hija. Sentía que necesitaba saber lo que saben los médicos para proteger a mi familia de que volviera a ocurrir algo parecido. Me daba cuenta de que nadie se iba a preocupar por mi familia tanto como yo. A pesar de que había estado lista para desechar el tipo de medicina que habíamos experimentado en los últimos diez años, el Dr. Campbell me mostraba ahora una forma más responsable y diferente de practicar la medicina, una en la que pudiera confiar de nuevo. Si esta clase de medicina era la osteopatía, entonces yo quería ser médica osteópata.

Después de ser ama de casa y madre durante quince años, entré a la Escuela de Medicina a la edad de treinta y nueve años, en defensa propia y con el único propósito de proteger a mi familia. Aunque ahora esté inmersa en el mundo

de la medicina, todavía soy la madre que se vio forzada a emprender esta odisea para encontrar una solución para su hija. Aún hoy, la madre que soy es quien guía la búsqueda de conocimiento, mi experiencia médica y mi práctica de la medicina.

Mientras estudiaba, logré darme perfecta cuenta de cómo pudieron haber ocurrido los problemas de Michelle. Averigüé lo que aprenden y lo que no aprenden los médicos. Debido a que llegan a saber tanto sobre el uso de drogas para sus tratamientos, no es de extrañar que el tratamiento que enfermó a Michelle estuviera basado únicamente en el uso de medicamentos.

El resultado del caso de Michelle

En la Escuela de Medicina también estudié cómo funciona el cuerpo humano. En cursos como fisiología, bioquímica e inmunología aprendí lo que necesitaba para ayudar a mi familia a recuperar y a mantener la salud. No olvidaría tomar en cuenta cómo funciona el cuerpo aun cuando las drogas sean necesarias. De hecho, mi Facultad daba un curso de nutrición; en ese curso de nutrición y en el de bioquímica llegué a saber que las vitaminas y los minerales son muy necesarios para que el cuerpo trabaje adecuadamente.

Luego de que a Michelle se le recetó un protocolo de vitaminas, minerales y otros nutrientes, su salud empezó a mejorar. Varios años antes, cuando enfermó por primera vez, un amigo me regaló un libro sobre nutrición y un paquete de vitamina C. Recuerdo haber pensado que la vitamina C no iba a ayudar en nada a mi hija. Puse por ahí el libro y las vitaminas y me olvidé de ellos. ¡Qué ironía! Tal vez si hubiera escuchado a ese bien intencionado amigo, Michelle hubiera mejorado antes. Pero ella mejoró después, gracias a las vitaminas y minerales que recomendó el médico. El Dr. Campbell conocía algunos otros tratamientos

beneficiosos, uno de ellos era la manipulación osteopática. El tratamiento le ayudó a su sistema inmunológico a funcionar mejor y quizá también a recobrase de la agresión que había experimentado por las drogas. Michelle también padecía de alergias, lo que se sospechaba había sido la causa original de sus problemas del tracto urinario. El Dr. Campbell las trató también. Tomó varios meses de trabajo "detectivesco" descubrir y tratar todos estos problemas. Con la ayuda del Dr. Campbell y lo que aprendí en la Escuela de Medicina, Michelle se curó. Hoy, ella es una persona adulta, exitosa y feliz; sus problemas médicos son sólo un mal recuerdo de infancia. Sin embargo, la tendencia actual del manejo del DHDA con medicamentos delicados es un recordatorio escalofriante de lo que fue en su momento un tratamiento "aceptable" usado en Michelle. Esto me ha ayudado a definir mi orientación médica.

CAPÍTULO 2

LA INDUSTRIA DEL DHDA

La historia de Jason

Jason empezó a llorar desde el momento en que nació, y no dejó de hacerlo durante dos años. La primera vez que lo pusieron en brazos de su madre para que lo alimentara, su vómito explosivo llegó al otro lado del cuarto del hospital. Cuando salió del hospital y llegó a su casa, no dormía nunca. No era que se le había confundido el día con la noche sino que el niño literalmente no dormía! El más leve ruido lo despertaba, y cuando estaba despierto, lloraba.

Jason era un niño que pesó mas de cinco kilos al nacer, de piel clara, pelo muy rubio y ojos azules. Desde sus primeros años empezaron sus infecciones de oído, asma, pulmonía, alergias de piel, estreñimiento y fuertes cólicos. Al crecer, también sus problemas crecieron.

Cuando llegó a la preparatoria, pasaba la mayor parte del tiempo en el corredor..., en penitencia por su mal comportamiento. Golpeaba, pateaba y mordía a los otros niños y lanzaba objetos por el aula. Escogió al niño más revoltoso de la clase como mejor amigo, algo que con seguridad la madre de ese niño decía también del escogimiento de su hijo.

Debido a que Jason no podía evitar correr frente a los vehículos y subirse y saltar de lugares altos, entre otros comportamientos imprudentes, su madre siempre temía que sufriera algún accidente trágico o, incluso, mortal.

Jason era un niño extraordinariamente inteligente que aprendió a leer solo a la edad de tres años. Había ocasiones en que sus rabietas se apaciguaban y sus padres podían observar a un niño dulce y amoroso; sin embargo, esas ocasiones eran escasas. Lo llevaban de doctor en doctor, del pediatra al psiquiatra y de psicólogo en psicólogo. Decían que sus problemas eran culpa de su madre porque no lo disciplinaba adecuadamente o lo mimaba demasiado; muchos predijeron que terminaría en un hospital psiquiátrico o, peor aún, en prisión.

A sus nueve años, se había convertido en un niño hiperactivo y agresivo, aparentemente incapaz de concentrarse en una actividad por más de unos cuantos minutos. Sin embargo, podía ver televisión durante horas, hipnotizado por las imágenes. Era un niño atormentado por explosiones de violencia y pasó la mayor parte del cuarto grado castigado en el pasillo. Además, le faltaba coordinación y no podía participar con éxito en los deportes.

Doctor tras doctor les dijeron a sus padres que Jason sufría de DHDA, y que el único tratamiento disponible era la popular droga Ritalina (metilfenidato HCl). Incluso su maestra les sugirió que hicieran "lo que todos los otros padres están haciendo", y le dieran la Ritalina.

A pesar de que la situación era desesperada y en ocasiones aterradora, los padres de Jason rehusaron aceptar el terrible futuro predicho a su hijo: una vida entera de tratamiento con drogas y de vigilancia psiquiátrica. De manera que empezaron a buscar a algún médico que los ayudara a encontrar soluciones a sus problemas. Ellos lo trajeron a mi consultorio.

Más DHDA

Ciertamente, parece haber muchos niños más con diagnóstico del DHDA hoy día que hace veinte años. Hoy, el DHDA parece haberse convertido en una industria.

Los médicos generales, las compañías farmacéuticas, los psicólogos, los psiquiatras, los neurólogos, los pediatras, los médicos de cabecera, los tutores y las escuelas, participan de esta industria. Una vez que una industria importante aparece en los Estados Unidos, ésta continúa creciendo. Cuando la industria empieza a manejar el mercado, la meta no es ya solucionar el problema, sino continuar tratando los síntomas. Este proceso genera dinero para los que participan en la industria. Si se solucionaran los problemas que producen los síntomas, todas las drogas y servicios que producen ingresos se esfumarían. Ya no se necesitarían.

Veamos el ejemplo de la industria del tabaco. Existe tanto mercadeo para promover el hábito de fumar, y se gana tanto dinero por el uso del tabaco, que es prácticamente imposible hacer incursiones fructíferas hacia la salud y la seguridad de la población. Esta es la realidad, aunque haya evidencia científica de que el tabaco es perjudicial para la salud de nuestra sociedad.

Diagnóstico psiquiátrico

Los síntomas descritos como DHDA han estado con nosotros desde siempre. Ha habido muchos nombres para los mismos síntomas a los que hoy nos referimos como DHDA. El nombre del trastorno parece cambiar más o menos cada cinco años; me parece muy extraño que este trastorno consiga un nombre nuevo con tanta frecuencia. La mayoría de las enfermedades retienen el nombre:

el cáncer siempre ha sido cáncer, y la hipertensión siempre ha sido hipertensión. ¿Por qué es que los síntomas del DHDA obtienen un nuevo nombre cada cinco o menos años?

Planteo una tesis que puede explicar este fenómeno. No creo que la comunidad médica entienda a plenitud este trastorno, al cual se le dan nombres basándose en el conocimiento del momento. Cuando la elite de la profesión médica llega a descubrir algo nuevo sobre este problema, se le asigna un nombre nuevo. Estos cambios ocurren en forma periódica, así que el diagnóstico recibe un nuevo nombre periódicamente. El DHDA es un diagnóstico psiquiátrico, lo que sorprende a muchos de los padres que se preocupan por sus hijos. De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en su cuarta edición (DSM IV), DHDA se refiere a Desorden de hiperactividad y déficit atencional. El DSM IV define el DHDA así:*

A. Ya sea 1. o 2.:

1. seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses, en grado inadecuado e inconsistente con el nivel de desarrollo:

Desatención:

a. pasa por alto detalles o comete errores de descuido en la escuela, el trabajo u otras actividades;

b. tiene dificultad para mantener la atención en actividades de trabajo o juego;

c. parece no escuchar cuando se le habla;

* Se usó como referencia una lista, no tan completa como la incluida en este texto, inserta en Déficit atencional: lo que todos debemos conocer. San José: Fundación DA, 1994. (N. de la T.).

- d. no sigue instrucciones y no logra terminar sus deberes escolares o de trabajo (sin que se deba a un comportamiento rebelde o a la incapacidad de entender instrucciones);
- e. se le dificulta organizar tareas y actividades;
- f. evita o se muestra renuente a emprender actividades que requieran un esfuerzo mental prolongado (trabajo o deberes escolares);
- g. pierde objetos necesarios para realizar deberes o actividades (juguetes, tareas, lápices, libros o herramientas);
- h. lo distraen los estímulos externos;
- i. es olvidadizo.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad se han presentado por lo menos durante 6 meses, en grado inadecuado e inconsistente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a. juega con sus manos o pies o se mueve constantemente en su asiento;
- b. se levanta continuamente de su asiento durante las clases o en otras situaciones en las que debe mantenerse sentado;
- c. corre o se mueve mucho en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos, inquietud);
- d. tiene dificultad para jugar o emprender actividades recreativas que requieren tranquilidad;
- e. actúa como "impulsado por un motor";
- f. habla excesivamente.

Impulsividad:

g. contesta las preguntas antes de tiempo;

h. tiene dificultad para esperar su turno;

i. interrumpe o se entremete (en conversaciones o juegos).

B. Algunos de los síntomas de hiperactividad/impulsividad o desatención causantes de problemas se presentaron antes de los 7 años de edad.

C. Algunos de los problemas provocados por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ej. en la escuela o trabajo, y en la casa).

D. Debe existir clara evidencia clínica de trastornos significativos en las áreas social, académica u ocupacional.

E. Los síntomas no se presentan únicamente durante el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico, y no son consecuencia de algún otro trastorno mental (por ej., trastornos del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociador o algún trastorno de la personalidad)¹.

Síntomas subjetivos

Observe bien la forma que está redactado el diagnóstico del DSM IV. Los síntomas del DHDA son muy subjetivos; por lo tanto, la posibilidad de que a su hijo se le diagnostique el síndrome, depende del punto de vista de la persona que efectúe la evaluación.

Si el encargado de la evaluación cree que los niños deben verse, pero no oírse, y que deben ser capaces de mantenerse sentados durante largos períodos,

lo más probable es que se le diagnostique el DHDA. Sin embargo, si el evaluador considera que a los niños se les debe permitir actuar como niños, y acepta que charlen y se muevan con libertad, entonces es menos posible que se dé el diagnóstico. El pequeño debe presentar por lo menos seis síntomas para que se le pueda dar el diagnóstico; pero, no debería importar si un niño presenta uno, o los doce síntomas. Si su comportamiento interfiere con las actividades normales de la casa o de la escuela, necesita ayuda. Etiquetar al niño y drogarlo no es algo que yo considero una ayuda adecuada.

El DHDA no es un trastorno nuevo

Los niños siempre han presentado síntomas característicos del DHDA, pero parece que este nombre se usa ahora más que antes. Se ha confirmado que aproximadamente el 3% de los niños manifiesta síntomas del DHDA; sin embargo, el 6% se encuentra bajo medicación para su control⁶.

El DHDA es último de una larga lista de nombres que se le han dado al diagnóstico que abarca este grupo de síntomas; otros nombres que se han utilizado incluyen los siguientes:

- Disfunción cerebral mínima
- Síndrome del niño hiperactivo
- Hiperactividad
- Disfunción cerebral menor
- Trastorno de déficit atencional (con y sin hiperactividad)
- Trastorno de déficit atencional e hiperactividad

- Trastorno de déficit atencional e hiperactividad, combinado: Tipo predominante inatento o Tipo predominante hiperactivo o impulsivo.

El trastorno de déficit atencional y la hiperactividad son dos cosas diferentes

De hecho, prefiero no etiquetar a nadie, pero si tuviera que escoger entre todos los nombres que se han utilizado, preferiría el de "Trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad". Considero que unir los dos diagnósticos tiende a confundirlo todo ya que si los dos se clasifican como si fueran uno solo, será más difícil encontrar las causas ocultas. Desde la perspectiva fisiológica, considero que los dos trastornos tienen su origen en problemas subyacentes distintos; de hecho, los dos se manifiestan en forma diferente, lo cual significa que los niños afectados presentan síntomas muy variados.

"Déficit atencional tipo predominante inatento"

El término que se utiliza en el DSM IV para describir al niño que no es hiperactivo, es el de "Déficit atencional tipo predominante inatento". Considero que el niño que presenta este comportamiento en particular, tiene un problema de "procesamiento". Por lo general, los problemas se manifiestan cuando el niño llega a cuarto o a quinto grado, pero también se pueden presentar antes. Debido a que estos niños se comportan en forma adecuada, sus problemas pueden pasar desapercibidos durante varios años. Son niños tranquilos, y aunque son inteligentes, no les va bien en la escuela; parece que no digieren la información

que se les da, a pesar de ser bastante inteligentes. Puede que el problema sea la forma en que el cerebro procesa, o recibe, la información y la interpreta (el capítulo 8, *Aprender a aprender*, explica cómo lidiar con este asunto).

"Déficit atencional tipo predominante hiperactivo o impulsivo"

Este diagnóstico del DSM IV, suele usarse para el niño que no se queda sentado, no pone atención, y constituye un problema disciplinario, según el maestro, y muchas veces según los padres. Los maestros, terapeutas y profesionales médicos que creen que existe el DHDA realizan el diagnóstico de diferentes maneras. Al utilizar los síntomas subjetivos enumerados en el DSM IV, cualquiera determina con facilidad si el niño cumple o no con los criterios ahí expresados. Sin embargo, lo más inquietante es que a pesar del hecho de que existen esos criterios para el diagnóstico, muchos terapeutas han empezado a utilizar exámenes psicológicos para su evaluación. En mi opinión, los tests para detectar el DHDA se han desarrollado en años recientes como un débil intento de objetivar un diagnóstico totalmente subjetivo. El DHDA no se puede diagnosticar objetivamente; en la actualidad, no existe un marcador bioquímico establecido específico para este trastorno. No se puede extraer sangre, realizar un examen y decir, "su niño padece de DHDA".

En lugar de hacer eso, se supone que la evaluación que se elaboró determine si un niño puede concentrarse y mantener la atención durante actividades específicas. Una vez más, esto nos da poca o ninguna información objetiva. Los padres de familia pueden gastar miles de dólares en una de estas evaluaciones para obtener el mismo diagnóstico que podrían conseguir con mucho

menos dinero. Luego de gastar mucho dinero para que el niño reciba la etiqueta DHDA, deben ir a un médico para que recete el medicamento respectivo. Yo prefiero investigar el tipo de problemas que está afrontando el niño, y luego hacerme ciertas preguntas como: ¿cuál es la causa subyacente del problema?; ¿se puede determinar esta causa?; si se puede determinar, ¿se puede solucionar?

Podría ser importante que un psicólogo evalúe al niño, para descartar ciertos problemas psicológicos y de aprendizaje. El problema es que muchos médicos, cuando ven a un niño con problemas de atención o de comportamiento, acuden a su libreta de recetas.

Puede que se pasen por alto otros problemas médicos; por lo tanto, es muy necesario hacer un examen médico minucioso. Muchísimos niños a los que he visto no han pasado por dicha evaluación médica. Hoy en día, por el uso del modelo de medicina prepagada, sé que se hacen menos exámenes exhaustivos, lo que sucede más a menudo es que si un niño presenta problemas característicos del DHDA, se asume que se trata del trastorno y se receta el medicamento.

Personalmente no entiendo por qué es importante diagnosticar el DHDA, pero parece que el diagnóstico les permite a los médicos recetar metilfenidato HCl (Ritalina) o algún otro medicamento para tratar los síntomas. Los padres de familia a menudo me cuentan que su hijo ha sido evaluado y clasificado como DHDA indiferenciado, porque presentaba sólo uno o dos de los dieciocho síntomas. El diagnóstico de DHDA indiferenciado brinda poca información relevante, si es que la brinda del todo.

Es indiferente si el niño presenta los dieciocho síntomas o sólo uno, si tiene problemas en cualquier ámbito: la escuela, el hogar, los deportes u otras actividades, la situación se debe afrontar. Esta es una de las muchas razones por

las cuales no utilizo el diagnóstico del DHDA en mi consultorio de la clínica Block: todo lo que se logra es etiquetar con un diagnóstico psiquiátrico y darle permiso al médico para recetar medicamentos. También les proporciona a los padres y al mismo niño una excusa ante el fracaso.

Decíamos que ahora tenemos una industria del DHDA. Las personas que administran esta industria ganan mucho dinero. No me opondría a que se ganara dinero si el problema se estuviera resolviendo o curando; desafortunadamente, ese no es el caso. Debido a que el tratamiento principal para el DHDA consiste en medicamentos, echemos a continuación un vistazo a la realidad de las drogas.

El fin de la historia de Jason

Muchos niños a los cuales se les ha diagnosticado el DHDA tuvieron infancias con historiales parecidos a los de Jason: cólicos, llantos, insomnio, infecciones de oído y rabietas. Algunos de estos síntomas se relacionan con un bajo nivel de azúcar en la sangre y otros con alergias o hipersensibilidad.

La causa subyacente de los síntomas de Jason, diagnosticados como DHDA, era realmente la sensibilidad a ciertos alimentos e hipoglucemia, también conocida como nivel bajo de azúcar en la sangre. Los efectos de un bajo nivel de azúcar sobre el comportamiento se estudian con más detalle en el Capítulo 6. Al corregirse los problemas de comportamiento de Jason, su personalidad cambió en forma drástica; ahora es un jovencito dulce y considerado. Sus años de adolescencia, que sus padres esperaban temerosos antes del tratamiento para la hipoglucemia, fueron muy agradables. Los problemas de aprendizaje se remediaron con el programa Aprender a Aprender®, disponible en la clínica Block

(ver el Capítulo 8). Con el tiempo llegó a obtener excelentes notas y sobresalió en los deportes. Jason no tenía DHDA; tenía hipoglucemia, sensibilidad a ciertos alimentos y dificultades de aprendizaje.

CAPÍTULO 3

TODO TIENE RELACIÓN CON LAS DROGAS

El tratamiento actual para el DHDA

El tratamiento más habitual usado en la actualidad en los Estados Unidos para tratar el DHDA es la terapia a partir de medicamentos. Históricamente, se supone que el tratamiento combina medicinas, modificación del comportamiento y adecuación curricular. Sin embargo, los estudios demuestran que lo normal es que los pediatras receten sólo drogas, sin los otros dos tratamientos. Entre el 80% y el 85%, aproximadamente, de los niños con el trastorno toma medicamentos, mientras que sólo la mitad recibe adecuación curricular y modificación de comportamiento². Como dato curioso, la bibliografía médica especializada revela que los médicos de cabecera tienen más tino al recomendar modificaciones conductuales y escolares para los niños con el DHDA que los pediatras³.

La Ritalina, el medicamento más recetado para los síntomas del DHDA, es una de muchas drogas usadas actualmente. La lista incluye la dextroanfetamina (Dexedrina), la pemolina (Cylert), la imipramina hidrocliclorídica (Tofranil), la desipamina (Norpramin), varios medicamentos anticonvulsivos, y la clonidina (Catapres), Prozac y Paxil.

La Ritalina se receta tanto que la Ciba-Geigy, compañía que la produce, agotó sus existencias en 1993, antes de que terminara el año. La Ritalina es una sustancia controlada, como la morfina. Clasificar algo como sustancia controlada significa que existe preocupación de parte de la DEA (siglas en inglés para la Agencia para el Control de Drogas de los EE.UU.) pues la sustancia presenta

potencial para su abuso o adicción. Por ser una sustancia controlada, los médicos deben mantener un control muy estricto al recetarla, por medio de unas fórmulas triples existentes para tal propósito. El médico conserva una copia, el farmacéutico guarda una segunda y la DEA recibe la tercera. La DEA le sigue el rastro al lugar y la frecuencia con que se recetó y se vendió el medicamento, si ha sido muy constante, se cree que existe un posible abuso.

La DEA les impone límites de producción a las sustancias controladas, a cada compañía farmacéutica se le permite fabricar sólo cierta cantidad de medicamentos al año. Además, se debe dar cuenta de todos los medicamentos producidos. En 1993, la cuota de fabricación de Ritalina se agotó antes de que terminara el año y Ciba-Geigy no podía iniciar una nueva producción sin un permiso especial de la DEA. La escasez de Ritalina de 1993, causó pánico entre los muchos padres de niños que dependen de ese medicamento como tratamiento único y atrajo un gran interés de parte de los medios de comunicación.

En mi opinión, sin embargo, la popularidad de un medicamento no es representativa de su beneficio. De hecho, tal popularidad puede llevarnos a buscar un remedio fácil y rápido en lugar de buscar las causas que están provocando el problema.

Lo que me preocupa es que nunca llegaremos a conocer los verdaderos problemas de salud subyacentes de un niño, si sólo se piensa en cuál droga se debe usar como tratamiento. A mi modo de ver, debemos identificar y tratar la causa oculta del problema y no síntomas tales como la hiperactividad, el comportamiento agresivo o el déficit atencional.

Me parece irónico que hoy día a los médicos no les guste el poder ni el control que las compañías aseguradoras ejercen sobre ellos, a pesar de que las

compañías farmacéuticas los han controlado durante más de cincuenta años. Sí, las compañías farmacéuticas controlan la medicina y la manera de ejercerla, también controlan las Escuelas de Medicina, los estudios de posgrado, las revistas especializadas y la investigación médica. A ellos no les importaba cuando eran sólo las compañías farmacéuticas las que controlaban la práctica de la medicina, pues se daba una relación simbiótica: las compañías ganaban dinero al ayudar a los médicos a ganar dinero. En la actualidad, las compañías aseguradoras ganan al reducir los ingresos de los médicos, por lo tanto, éstos se quejan. Lo mismo ocurre con el DHDA: las compañías farmacéuticas están ganando tanto dinero con el diagnóstico y el tratamiento del DHDA que aunque se haya demostrado que las drogas no son el mejor tratamiento, éstas se siguen usando.

Todd Forte, vocero de Ciba-Geigy, compañía que fabrica la Ritalina, expresó que más de tres millones de personas toman Ritalina actualmente, niños en su mayoría. Al CHADD*, un grupo estadounidense de apoyo para el DHDA que se ha manifestado a favor del uso de la Ritalina y otras drogas para el tratamiento de este trastorno, se le comprobó hace poco su relación con las compañías farmacéuticas. La cadena de televisión ABC reveló en su programa de reportajes 20/20 del 27 de Octubre de 1995, que el CHADD había recibido más de US \$800 000 de parte de Ciba-Geigy. Además, dicho grupo de apoyo le pidió a la DEA que eliminara a la Ritalina su clasificación de sustancia controlada; si esto llegara a suceder, se les facilitaría a los médicos recetar la Ritalina e incrementar el uso de la misma.

Si tres millones de personas toman Ritalina, ya podemos imaginar las ganancias de esa compañía farmacéutica. Un cálculo conservador del costo

* Siglas en inglés para Children and Adults with ADD (Niños y Adultos con Déficit Atencional). (N. de la T.).

mensual de la Ritalina, o metilfenidato HCl, se encuentra alrededor de los US \$30, lo cual constituye un flujo inmenso de ingresos: \$30 por mes por tres millones de personas crearía entradas de más de mil millones de dólares para una compañía farmacéutica en un sólo año. Si se agrega el costo de otros medicamentos que también se utilizan, más gastos en educación, en psicología, en médicos y en otros servicios profesionales el total rebasa fácilmente los \$2 000 000 000.

Así es como ha crecido la industria del DHDA. Cuantos más diagnósticos de DHDA se hacen, más drogas se recetan, más servicios se prestan, más empleos se generan y más ganan todos los que están en la industria del DHDA. ¿Cuál sería el incentivo para que aquellos que están ganando tanto dinero en esa industria encuentren una mejor solución al problema, a menos que la solución mejorase aún más su posición económica? ¡Que cómoda situación para quienes están en el negocio del DHDA! Todos obtienen jugosas ganancias mientras aparentan ser de gran ayuda; nadie se está curando realmente, así que el dinero no deja de entrar. Mientras que todos los que trabajan con tanto éxito en la industria del DHDA ganan dinero, su hijo podría estar arriesgando su salud, privándose de una niñez libre de drogas y perdiendo la oportunidad de desarrollar todo su potencial.

¿Por qué el DHDA se trata tan frecuentemente con drogas?

La Ritalina se ha usado durante muchos años para el tratamiento de problemas de comportamiento en niños. Al principio se creía que la droga ejercía un efecto paradójico sobre los niños con DHDA. Existía la idea de que a los niños que sufrían de este trastorno se les habían "cruzado los cables", pues aunque la Ritalina y otras drogas semejantes a la anfetamina tenían un efecto "estimulante"

para la mayoría de las personas, se consideraba que a estos niños les producía el efecto contrario y más bien los calmaba. Sin embargo, las investigaciones llevadas a cabo hace unos diez o quince años lograron una mejor comprensión de la acción de las anfetaminas. Los expertos observaron que la droga no era paradójica, sino que el efecto sobre estos niños era el mismo que para los niños y adultos normales: básicamente, lo que lograba el medicamento era ayudarles a "concentrarse". Luego, y durante un breve período, se utilizaron las drogas sólo para la parte "atencional" del DHDA y no para los problemas de hiperactividad y de comportamiento; pero la información empezó a cambiar y pronto se empezaron a recetar de nuevo las drogas para dichos problemas. En muchos casos parecía que, al menos a corto plazo, las drogas lograban controlar los síntomas.

Hoy día, las drogas se utilizan para tratar los problemas atencionales, y también problemas de hiperactividad y de comportamiento. En aproximadamente el 75% o el 80% de los casos hay una mejoría notable en los signos y síntomas a corto plazo⁵.

A la mayoría de los niños con DHDA se les trata con drogas

Un artículo panorámico publicado en la edición de 1990 del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Revista de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría Infantil y del Adolescente) reveló que la incidencia del DHDA en niños es aproximadamente del 3%, mientras que el porcentaje de medicación se ha duplicado cada dos o cuatro años desde 1971⁶. Hoy día, hay más de dos millones de niños que toman Ritalina para tratar el DHDA⁷. Además, en 1987, una encuesta en escuelas públicas en el Condado de Baltimore mostró que

el 5.6% de todos los estudiantes de primaria (el 10% de todos los varones) recibía medicación estimulante⁶. Si la incidencia de DHDA del momento es de sólo el 3%, parece que existe un problema de sobremedicación de casi el 100% al tratar a niños a los cuales se les ha diagnosticado el trastorno.

Si las drogas dan resultado, ¿cuál es el problema?

De nuevo, el problema es que las drogas atacan sólo los síntomas del DHDA pero no hacen nada para remediar su causa subyacente. Se debe recordar que el DHDA no es sino una lista de síntomas y lo que hacen los medicamentos es *cubrirlos*; si la persona los deja de tomar o se vuelve tolerante a ellos, los síntomas se vuelven a presentar. Las drogas son una respuesta a corto plazo con potenciales efectos colaterales graves, para síntomas crónicos.

En un estudio llevado a cabo, el 80% de los niños con síntomas del DHDA siguieron presentando los síntomas durante los siguientes ocho años, a pesar de haber recibido medicación y modificación del comportamiento, y apoyo educativo. En dicho estudio, el 20% de los niños no recibieron ningún medicamento y sólo el 20% mostró mejoría al final del lapso de ocho años (el estudio no especificaba si éste 20% lo constituía el mismo grupo que no recibió medicación)². De todas maneras, un 20% me parece bastante bajo; yo no aceptaría para mis hijos ni para mis pacientes un porcentaje de mejoría tan reducido, especialmente ante la posibilidad de efectos secundarios.

¿Desaparecen los síntomas al crecer?

La creencia actual en cuanto al DHDA es que los síntomas no desaparecen con el tiempo: el problema es crónico. Se ha probado que la idea de que les

podíamos dar drogas a los niños durante unos cuantos años, quitárselas en la pubertad y 'asunto arreglado' es equivocada: los síntomas del DHDA no desaparecen al crecer. Si no se resuelve el problema arreglando la causa de fondo, se deberá seguir tratándolo durante el resto de la vida del paciente. Administrarles drogas a los niños cuando aún están pequeños no resuelve el problema. Si se recurre a las drogas sin tratar de corregir la causa oculta del trastorno, no se le está haciendo al niño ningún favor; de hecho, es mucho más fácil buscar y tratar el origen oculto cuando el niño está pequeño que cuando es ya un adolescente. Son muy pocas las drogas en el mercado que realmente curan algo, pues lo que hacen es ocultar los síntomas, no curarlos.

¿Se puede tomar la medicina permanentemente?

Asumiendo que la medicación alivie los síntomas, tratar el DHDA en forma perenne supondría dosis cada vez mayores de drogas con efectos secundarios cada vez mayores. Lo más seguro es que a un niño que se le diagnostique el trastorno a los seis años se le dé medicación; y, si ésta surge efecto a corto plazo, la siga tomando. Cuando la droga pierda su eficacia, se le aumentará la dosis o se le añadirá o probará con otra.

¿Qué sucede si la droga no hace efecto?

Cuando una droga no hace efecto, se prueba o se agrega otra al régimen original. A muchos de los niños que veo en mi consultorio, los médicos que los trataban con anterioridad les habían ofrecido otras opciones de medicación. Sin embargo, muchos de los padres que acuden a mí, se preocupan por la constante

prueba de diferentes drogas, especialmente porque las mismas son cada vez más potentes y los efectos secundarios más graves.

¿Son peligrosas estas drogas?

Estas drogas son de empleo delicado. Me preocupa sobremanera su uso frecuente en niños pequeños. La Ritalina, usada durante muchos años por niños con problemas de comportamiento, es también una sustancia con una estructura parecida a la de las anfetaminas. En los Estados Unidos es una sustancia controlada porque al Gobierno le preocupa su posible abuso. La Dexedrina también es una sustancia bajo control. Como expliqué antes, que sea una sustancia controlada significa que en ese país, por ley, algún agente gubernamental contra drogas lleva el control de las prescripciones de Ritalina del niño.

El programa 20/20 de la cadena televisiva ABC del 27 de octubre de 1995 reveló abusos, citando casos en los cuales había niños que inhalaban Ritalina, maestros y farmacéuticos que la robaban y padres que la vendían. Tim Benedick, de la cámara de farmacias del estado de Ohio expresó en ese programa que: “[la Ritalina] Es muy adictiva. Es un estimulante”¹¹.

Muchos de los niños que he atendido y que toman Ritalina, a menudo se ven deprimidos; otros han sufrido reacciones desfavorables o empeoramiento de sus síntomas y los padres dicen que sus hijos parecen autómatas. Puede provocar efectos distintos en diferentes personas; los adolescentes me dicen a mí, y a sus padres, que no les gusta la forma en que los hace sentir y que no quieren seguir tomándola.

Una sustancia parecida a la cocaína

Yo he denominado a la Ritalina "la cocaína pediátrica". La droga llamada Ritalina, o su equivalente genérico, el metilfenidato HCl, es muy parecida a la cocaína. Ambas drogas van al mismo sitio receptor del cerebro, provocan la misma sensación de bienestar y se usan indistintamente en las investigaciones médicas. La única diferencia parece ser que la cocaína sale del sitio receptor con más rapidez, lo cual la hace quizá más adictiva⁴. No es de extrañar que haya problemas de drogas en los Estados Unidos, si se les recetan drogas que usan el mismo receptor cerebral que la cocaína a niños tan pequeños (de hasta 3 años de edad). ¿Estamos enseñándoles a los niños que las drogas son la solución de todos los problemas? Creo que esa es la razón por la cual se abusa de la Ritalina de la misma forma en que se abusa de la cocaína; la única diferencia es que la Ritalina se receta legalmente y la cocaína no.

Los efectos secundarios

Todas las medicinas producen efectos secundarios. La Ritalina se ha utilizado durante muchos años, así que conocemos sus efectos a corto plazo, los cuales incluyen pérdida del apetito, retraso del crecimiento, tics, trastornos visuales, nerviosismo, insomnio, depresión, retraimiento, irritabilidad, dolor abdominal, taquicardia y síntomas parecidos a los de la psicosis^{10,15}. Insisto: estos son efectos a corto plazo de la Ritalina; debido a que su uso prolongado es una situación nueva, faltan por descubrir los efectos a largo plazo. No sabemos si tomar Ritalina durante un tiempo prolongado podría afectar el corazón, los riñones o el sistema inmunológico de nuestros hijos. En resumen, las pruebas a largo plazo se llevan a cabo en la actualidad, en nuestros propios hijos, sin que

ellos ni nosotros, nos demos cuenta. Las compañías farmacéuticas aclaran en los prospectos que no hay disponibilidad de información sobre la eficacia y la seguridad del uso prolongado del medicamento.

El prospecto adjunto al producto advierte que no se debe administrar este medicamento sino hasta después de haber descartado causas producidas por el entorno; también aconseja administrarla junto con otros tratamientos tales como modificaciones académicas y conductuales¹⁵. Algunas veces el prospecto no viene en la caja del medicamento; por lo tanto, debe pedirle al farmacéutico que lo incluya cuando lo compre.

¿Quién puede tomar el medicamento?

El prospecto que trae la Ritalina indica que no se les debe recetar a niños menores de seis años de edad, ya que no se ha determinado que sea segura y eficaz para niños de esa edad¹⁵. Sin embargo, a diario sé de niños menores de seis años (incluso menores de tres años) a los cuales les recetan esta droga.

¿Son adictivas estas drogas?

No existe una comprensión adecuada del mecanismo por medio del cual la Ritalina modifica el comportamiento de los niños. Según su prospecto médico y el libro de referencia de los médicos (*PDR, Physician's Desk Reference*), que contiene la misma información que el prospecto y se puede obtener en bibliotecas o comprar en librerías, existe la posibilidad de que un niño se vuelva psicológicamente dependiente de la droga y que desarrolle tolerancia¹⁵. Esto significa que, con el tiempo, existe la necesidad potencial de aumentar la dosis para lograr el mismo resultado. Los niños se han dado cuenta de que pueden

inhalar la Ritalina e intoxicarse, por lo cual parece que tiene las mismas propiedades de las drogas adictivas. Debido a que se parece tanto a la cocaína, creo que debe considerarse adictiva.

¿Se utilizan otras drogas para tratar el DHDA?

Existen muchas otras drogas que se recetan para tratar los síntomas del DHDA:

Dextroanfetamina (Dexedrina): se prefería en el pasado, pero parece que se utiliza con menos frecuencia en la actualidad. Es una anfetamina, y también una sustancia controlada que se ha vendido como droga callejera. Debido a que suprime el apetito como efecto secundario, se tomaba en la década de 1960 como una píldora para bajar de peso; pero, se descubrió que poseía un alto potencial de abuso si se utilizaba en forma continua con esa intención. Mientras parece ser muy peligroso que los adultos la tomen a diario, se les da con facilidad y con toda libertad a los niños. Posee efectos secundarios similares a los de la Ritalina^{5,8,10,15}.

Pemolina (Cylert): es probablemente la segunda droga más utilizada, o por lo menos, lo fue durante algún tiempo, hasta que se descubrió que su uso prolongado presenta un potencial daño al hígado. Ha habido unos cuantos casos de muertes relacionadas con problemas hepáticos en pacientes que tomaban Cylert. La única indicación de uso para el Cylert es para tratar los síntomas del DHDA. Es un estimulante del sistema nervioso central y tiene múltiples efectos secundarios^{5,8,10,15}.

Clorhidrato de imipramina (Tofranil): es un antidepresivo tricíclico, también popular para tratar los síntomas del DHDA. Esta fue una de las drogas que le recetaron a mi hija para tratar sus infecciones de vejiga y que posiblemente ayudó a enfermarla. Tampoco se entiende bien cómo actúa esta droga. Está indicado como antidepresivo y para la enuresis (problema de mojar la cama) en niños, pero no para el tratamiento del DHDA; sin embargo, se usa bastante para tratarlo. No se ha aprobado el Tofranil en niños menores de seis años y se permite que lo tomen niños mayores sólo para tratar la enuresis. De acuerdo al prospecto médico, esta droga puede afectar la médula espinal, así como provocar problemas cardiacos, neurológicos, endocrinos y gastrointestinales. A pesar de que su fabricante aduce que no es adictiva, pueden darse síntomas del síndrome de abstinencia luego de interrumpir abruptamente su uso tras un tratamiento prolongado^{8,15}.

Desipramina (Norpramin): es otro antidepresivo que se receta para tratar el DHDA pero que, afortunadamente, se utiliza menos que otros. El prospecto médico de la Norpramina dice que la droga no debe administrársele bajo ninguna circunstancia a niños y tiene aprobación oficial para el tratamiento de la depresión. Actualmente, algunos médicos le diagnostican depresión a niños que presentan síntomas de DHDA. Ha habido casos de muertes por falla cardíaca súbita en niños que tomaban Norpramin; por supuesto, esto es muy poco frecuente^{8,15}.

Los medicamentos anticonvulsivos también fueron muy utilizados durante algún tiempo para el tratamiento de DHDA. Se les recetaba esta clase de drogas a niños que no presentaban ataques. Desde ese entonces, se ha determinado que

los medicamentos anticonvulsivos sólo se le deben dar a pacientes que presenten esos problemas¹⁵. Además, estas drogas se han asociado con la aparición de dificultades de aprendizaje^{14,15}.

Clonidina (Catapres): es una droga contra la hipertensión en adultos. No se ha probado en niños para tratar los síntomas del DHDA y no está indicado para tratar ninguna otro síntoma que no sea la hipertensión en adultos^{9,15}. Los niños que he visto que toman este medicamento a menudo tienen baja presión y duermen constantemente. Recuerdo con claridad a una niña que tomaba clonidina: cuando sus padres la trajeron a mi consultorio, no la vimos nunca despierta sino hasta que dejó de tomarla.

Prozac: de acuerdo con mis pacientes de California, es lo último en drogas para los síntomas del DHDA. He oído sobre su uso en Texas, donde yo practico. Luego de la presentación del reportaje de 20/20 en la cadena ABC sobre el abuso de la Ritalina, predigo que empezaremos a ver a muchos niños tomar Prozac como alternativa a la Ritalina.

Aderall: es lo último en medicamentos para el DHDA, y también es una anfetamina. El libro de referencia dice que "las anfetaminas poseen un alto potencial para el abuso. Debe evitarse el recetar anfetaminas durante un tiempo prolongado pues podrían provocar dependencia. Se debe prestar especial atención a la posible existencia de individuos que obtengan anfetaminas para usos no terapéuticos o para su distribución. Se deben recetar o vender en pequeñas cantidades"¹⁵.

El Aderall puede provocar taquicardia, aumento de la presión arterial, episodios psicóticos, nerviosismo, mareos, insomnio, tics, diarrea o estreñimiento, pérdida del apetito, pérdida de peso o impotencia¹⁵.

¿Qué significa que una droga sea "indicada"?

Que sea "indicada" significa que las drogas han pasado, en realidad, por pruebas que las califican para el uso indicado. De la lista anterior, sólo tres medicamentos están indicados para el tratamiento de DHDA: la Ritalina, la Dexedrina y el Cylert^{5,15}. Los demás se han utilizado sin pasar por las rigurosas pruebas que necesita una droga para que califique como indicada.

¿Si una droga está indicada para tratar los síntomas del DHDA, significa también que es segura para los niños?

Todas las drogas indicadas para el tratamiento de DHDA tienen potenciales efectos secundarios múltiples y graves. Por supuesto, la mayoría de las drogas conlleva efectos secundarios potenciales. Se deben equilibrar los efectos secundarios con los posibles resultados positivos para decidir qué es lo mejor. He escuchado a otros médicos decir que no hay efectos secundarios; esa aseveración es simplemente falsa.

Si las medicinas hacen que mi hijo se concentre mejor, ¿no significa esto que le irá mejor en los estudios?

Si la droga funciona para un niño, lo más probable es que no todos sus problemas desaparezcan. Incluso si logra alejar algunos de los problemas, éstos sólo se apartarán mientras el niño esté tomando el medicamento, pero la posibilidad de efectos secundarios permanecerá. La Ritalina hace que los adultos y los niños *sin* síntomas de DHDA se concentren mejor, de la misma forma en que

afecta a los adultos y a los niños que *sí presentan* los síntomas⁶. Si le da la medicación a su hijo y él mejora, no significa que los síntomas del DHDA hayan desaparecido, sino que la droga está tapando los síntomas y el problema subyacente. Las compañías farmacéuticas y los médicos nos han hecho creer que esa es la forma apropiada de lidiar con nuestros problemas de salud. A pesar de que a veces debemos tratar los síntomas con drogas, no debemos dejar de buscar la causa oculta. Un estudio panorámico publicado en la edición de 1990 de la Revista de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría Infantil y del Adolescente reveló que el efecto a corto plazo de los estimulantes sobre los niños con DHDA incluyen una mejora en su comportamiento, desempeño y atención; sin embargo, hubo poca evidencia de que mejoraran la atención prolongada, la retención de información, el control de la ira o el cumplimiento escolar⁶.

De hecho, el estudio concluyó que no había diferencia entre los hiperactivos con tratamiento o sin él en cuanto a la repetición de grados escolares o en las calificaciones. Menos niños hiperactivos llegaron a asistir a la universidad y, en la secundaria muchos perdieron el año o discontinuaron los estudios; sin embargo, los niños con síntomas de DHDA que tomaban medicación no presentaron muchas diferencias en estas áreas. Además, estudios sobre los efectos inmediatos de la medicación de estimulantes han arrojado un efecto positivo insignificante en cuanto a la relación con otros niños: "Estudios detallados de los efectos a largo plazo de los estimulantes le dan poco respaldo a la eficacia del uso de la droga al tratar a niños con DHDA"⁶.

Doctores que recetan drogas

Todo lo que aprenden los médicos en las Escuelas de Medicina, con excepción de los cursos básicos de ciencias, gira en torno a la utilización de drogas para tratar los diversos síntomas. Ellos aprenden todo lo necesario sobre el cuerpo humano en cursos como anatomía, fisiología, inmunología y bioquímica; en el curso de patología aprenden a diagnosticar, o nombrar, una enfermedad y, en el curso de farmacología, aprenden a tratar los síntomas, o a prescribir drogas. Después de eso, en las rotaciones, en los internados y en las residencias, continúan su aprendizaje para tratar las enfermedades con drogas; eso es lo que se les enseña.

Al salir de la Escuela de Medicina

En las reuniones que forman parte de la educación médica continua, las compañías farmacéuticas patrocinan las conferencias médicas. El médico conferencista, quien normalmente recibe honorarios de parte de alguna compañía, les cuenta a los colegas presentes sobre los medicamentos que usa en ese momento, la cual es "el mejor tratamiento actual" para diversas enfermedades. Por supuesto, la droga a la cual se refiere, la fabrica la compañía farmacéutica que patrocina la actividad.

En las reuniones médicas a las que asisten especialistas de todo el país, las compañías farmacéuticas colocan puestos para exhibir sus medicamentos. He visto enormes centros de convenciones llenos de puestos de compañías que les muestran a los médicos las ventajas de sus drogas tradicionales y de las nuevas; casi siempre les regalan objetos como bolígrafos, libretas para notas y otros incentivos para que se detengan en sus respectivos puestos. Si alguien que no

pertenezca al medio observa la actividad le parecerá, a primera vista, una celebración para adultos del día de brujas, donde los médicos van de puesto en puesto con bolsas, recogiendo "golosinas" de las compañías farmacéuticas. No obstante, estos regalitos tienen un propósito bien definido: mantienen el nombre de los medicamentos frente al médico cuando éste vuelve a su oficina y utiliza los objetos que le obsequiaron. Este hecho hace más probable que cuando el médico les prescriba medicamentos a sus pacientes, recuerde esa droga específica. Esta práctica produce resultados reales, y es tomada directamente de un curso de mercadeo básico; también demuestra cómo se refuerza la dependencia de los medicamentos y por qué las drogas siguen siendo la primera opción en cuanto a tratamientos se refiere. A los médicos no se les educa o informa de otras opciones. Cuando se les habla sobre otra clase de tratamientos, no suelen escuchar, entender o creer en ellos por lo mucho que se les ha enseñado a practicar la medicina basada en drogas. Las alternativas que no utilizan drogas no tienen cabida en su conocido modelo de tratamientos con medicamentos y por lo tanto las desechan. Esto es muy triste: muchos de estos médicos creen con firmeza que los tratamientos con drogas son el único o el mejor camino. Pero, para quienes es de verdad triste es para los pacientes, expuestos a la medicina que lo soluciona todo con drogas.

La producción de una nueva droga

Algunas drogas nuevas no lo son tanto; de hecho, se derivan de otras antiguas de uso corriente o en compuestos naturales. En ambos casos, son baratas y de fácil adquisición, por lo que las compañías farmacéuticas no las pueden patentar ni monopolizarlas. Al no poder hacerlo, las compañías no ganan

mucho dinero, por lo tanto, no existe el incentivo de producirlas. Entonces, ¿cómo pueden las compañías farmacéuticas estadounidenses abrir un nuevo mercado y obtener buenas ganancias en una economía capitalista? Por supuesto, la compañía desarrolla un nuevo medicamento; no importa si ya existe uno barato y efectivo que produzca efectos secundarios mínimos. Lo que hará una compañía con tal motivación será tomar la composición química de alguno que ya se utiliza, cambiar un poco las moléculas químicas y ¡listo!, se hace una nueva droga: una que la compañía pueda patentar.

Luego de estudios doble ciegos y del proceso de aprobación de parte de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), comienza el proceso de mercadeo. A los médicos se les "educa" sobre las ventajas de esta "nueva y mejor" droga en seminarios, conferencias, exposiciones, publicidad en revistas médicas, objetos gratuitos en los cuales resalta el nombre de la nueva droga y, por supuesto, mediante el visitador médico que les lleva muestras, así como regalos y hasta bocadillos a sus consultorios. Después de tal campaña publicitaria, ¿cómo va el médico a recordar los otros medicamentos u otras opciones para sus pacientes?

¿Qué sucede cuando se vence la patente sobre un medicamento y cualquier compañía puede producir la versión genérica de una droga a la cual se le ha hecho tanto mercadeo? Las compañías tienen una nueva estrategia: hoy día, cuando se vence la patente, el medicamento se vende sin necesidad de receta médica y comienza toda una nueva campaña publicitaria, dirigida al consumidor. En lugar de hacer mercadeo para que el médico recete la droga, las compañías tienen todo un nuevo mercado...los pacientes. Me ha asombrado el hecho de que una medicina que debía ser recetada por un médico mientras tenía patente, de forma milagrosa se

vuelve segura como para que el paciente se la autorrecete, exactamente al mismo tiempo que se vence la patente. Y, ¿por qué era tan cara cuando debía comprarse con receta médica? ¿Era porque no existía competencia y el público no tenía otra opción que pagar lo que la compañía quisiera cobrar de acuerdo al mercado? ¿Se trata todo esto de dinero o se trata de nuestra salud y de nuestra seguridad?

¿No instruyen los boletines médicos a los doctores sobre terapias que no estén basadas en drogas?

A nosotros nos gustaría creer que los boletines médicos no presentan sesgos y que transmiten información nueva e importante, pero página tras página las revistas están inundadas de publicidad de los productores de drogas. Si una revista desea seguir bajo el patrocinio de las compañías farmacéuticas, con toda seguridad que no va a incluir artículos sobre tratamientos alternativos ni antidrogas. Hace poco, en mi consultorio, tomé un boletín médico al azar; de las 230 páginas que lo componían, el 60% eran anuncios de las compañías farmacéuticas.

¿No incluirían los boletines médicos estudios fidedignos y probados sobre tratamientos que no se basan en drogas?

Es casi imposible conseguir financiamiento para investigaciones que definan la eficacia de cualquier tratamiento que no sea la medicación. Las compañías farmacéuticas gastan millones y hasta miles de millones de dólares en la investigación. ¿Quién más posee el dinero necesario para invertir en la investigación de tratamientos alternativos? Incluso los Institutos Nacionales para la Salud, que empezaron este tipo de investigación hace unos pocos años, proporcionaron sólo una cantidad simbólica de dinero para iniciar tal proyecto.

¿Cómo se prueban las drogas?

El método científico, considerado el mejor modelo para las investigaciones médicas, está, a mi parecer, sesgado a favor de las drogas. Para que un tratamiento pase la prueba del método científico, se debe poder probar que se llevó a cabo un estudio doble ciego. Un estudio "doble ciego" significa que a un grupo de individuos se les da un tratamiento determinado, generalmente medicación, y a un grupo de control se le da otro tratamiento, llamado placebo. Un placebo es algo que no debe provocar ningún efecto sobre la persona. Ni las personas ni el médico saben a quién se le dio alguno de los dos tratamientos, y se evalúa el estudio para determinar si el tratamiento verdadero resultó mejor que el placebo. Debido a que ni el investigador ni el paciente saben cuál tratamiento están recibiendo, se presume que no existe la posibilidad de que algún sesgo personal influya sobre los resultados.

Pero este no es siempre el caso. Una doctora me habló de un proyecto de investigación en un centro importante contra el cáncer, en el cual ella participó. Los médicos abrieron el sobre a escondidas para ver si contenía un placebo o la droga que estaba bajo prueba; luego les indicaron a los participantes lo que habían decidido. Así no es como se debe realizar un estudio doble ciego; lo que sí demuestra es que no todos los estudios, ni siquiera los doble ciegos, son necesariamente exactos. La mayoría de los medicamentos que se usan en la actualidad para el tratamiento de los síntomas de DHDA no han pasado por estudios doble ciegos que demuestren su efectividad para este propósito específico. Aun así, se siguen usando con esa finalidad.

¿Puede acudirse al método científico para estudiar tratamientos que no estén basados en drogas?

Para realizar un estudio doble ciego, se debe lograr con el paciente algo que se pueda mantener en secreto, tanto para él como para el médico. No existen muchos tratamientos, aparte de las drogas, que se adapten a un formato doble ciego, pero a los científicos se les ha lavado de cerebro, literalmente, para que crean que este método es el único para comprobar que algo sirve en medicina. Ya que casi los únicos tratamientos que realmente operan bajo el modelo del estudio doble ciego son las drogas, lo que se considera un tratamiento "efectivo" se va a limitar y dirigir hacia tratamientos medicamentosos. No importa si un médico usa un tratamiento alternativo para ayudar al paciente a sentirse mejor o a curarse, si el método para el procedimiento no ha pasado por un estudio doble ciego, la medicina occidental no lo acepta. Esto se aplica para tratamientos como la acupuntura, las hierbas y la homeopatía, los cuales se han usado con éxito durante miles de años en otras partes del mundo.

Algunos de los tratamientos que pongo en práctica en mi consultorio no se pueden probar en el formato del estudio doble ciego. La terapia de manipulación osteopática (OTM, por sus siglas en inglés), es un tratamiento mediante el cual se hace el diagnóstico y se trata al paciente por medio de la palpación (véase el Capítulo 10). A pesar de que supongo que podría practicar dicha terapia de forma que el paciente no sepa lo que estoy haciendo, sería imposible que yo misma no sepa lo que estoy haciendo. Por lo tanto, como la manipulación osteopática no cabe en el formato de estudio doble ciego, no se acepta como una forma tradicional y aceptable de medicina occidental, aunque sea muy efectiva para el paciente. La institución médica rechazará cualquier cosa que no se ajuste al formato de estudio doble ciego y que no sea aceptada por la medicina occidental. Podemos

escuchar aseveraciones tales como: "no se ha probado". Los pacientes que no comprenden las limitaciones de los estudios doble ciego pueden dejarse influir por esas afirmaciones de la comunidad médica y desechar lo que podría llegar a ser un tratamiento efectivo para sus problemas. Los pacientes merecen toda la información disponible para tomar decisiones relacionadas con su salud; de verdad me hubiera gustado que ese hubiese sido mi caso cuando mi hija se enfermó por primera vez. Nunca hubiera escogido la peligrosa terapia de drogas que le recetaron para su problema crónico del tracto urinario.

¿Encajan los métodos de tratamiento aceptados, tales como la cirugía, en el formato de estudio doble ciego?

Es casi imposible efectuar cirugía con el sistema doble ciego. Se consideraría poco ético operar a alguien, no hacer nada después de haberle abierto y cerrarle para que no sepa si se le hizo algo o no. El médico sabría, de seguro, si en realidad le realizó al paciente un procedimiento quirúrgico o si sólo lo abrió y lo volvió a cerrar. Aun así, todo el tiempo se aceptan técnicas quirúrgicas que no han pasado por ningún estudio doble ciego: a alguien se le ocurre una nueva idea de cirugía, la realiza y nunca ejecuta un estudio doble ciego. Es interesante que los médicos occidentales acepten nuevos tratamientos quirúrgicos a pesar de que no se haya probado su efectividad por medio de un estudio doble ciego sino porque dan resultados positivos. Parece existir una doble mora! en cuanto a estudios doble ciegos se refiere.

¿Ha empezado a cambiar la opinión sobre los estudios doble ciegos?

Desde hace algún tiempo, ha crecido el interés en la importancia de estudios de *resultados*; por lo tanto, se les ha dado un poco menos de importancia a los estudios doble ciegos. Sin embargo, el énfasis no ha cambiado mucho. De vez en cuando se publica algún estudio de resultados, incluso ahora existe un "Boletín de resultados". Pero hay que recordar que los editores de los boletines poseen sus propios sesgos y que, como no pueden publicar todos los artículos que les llegan, deben escoger los que van a publicar. Lo más seguro es que los editores seleccionen los artículos que estén de acuerdo con sus propias creencias y tal vez también con las de sus anunciantes.

Por estas razones desconfío de los boletines médicos. Siempre espero que la técnica que se usa y sus resultados sean consistentes con el conocimiento básico de áreas como la fisiología y la bioquímica. Me es muy difícil aceptar la veracidad de los artículos cuando los resultados van en contra del sentido común y del conocimiento básico; por ejemplo, la investigación que supuestamente demuestra que el azúcar no afecta el comportamiento, cuando es un hecho fisiológico que puede hacerlo y de hecho afecta a muchas personas^{16,19-22} (sobre el bajo nivel de azúcar, véase el capítulo 6).

Según lo expuesto en el Capítulo 2, detrás de estos estudios hay personas que lo que quieren es ganar dinero; desafortunadamente, las necesidades y las conveniencias de los pacientes no siempre son la prioridad.

Los sistemas de medicina prepagada* y la atención médica controlada

La atención médica controlada también tiene relación con el dinero. La crisis moderna de la atención médica no es el resultado de la desilusión generalizada del modelo de medicina convencional, basado en el tratamiento con drogas, sino del alto costo de la medicina. En mi opinión, la atención médica prepagada tiene más relación con el control de los costos que con el control de los cuidados médicos. No ha sido sino hasta hace poco que empezamos a ver reportajes noticiosos y a tener conocimiento sobre informes gubernamentales sobre problemas resultantes de las prácticas relacionadas con la salud. Algunos pacientes con este sistema se han quejado de la falta de atención médica, de la administración de tratamientos poco efectivos y de haber sido dados de alta demasiado rápido. Esto se debe a que la atención y los tratamientos adecuados, así como la permanencia prolongada en un hospital, no representan lo óptimo para la situación económica de la compañía. ¿Se nos está restringiendo la atención médica? El personal administrativo, y no el personal médico, de las compañías de medicina prepagada controlada es el que toma actualmente las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, no el paciente y su terapeuta. Dichos funcionarios obtienen bonificaciones de acuerdo a la cantidad de dinero que le ahorran a sus compañías; o mejor dicho, por la atención médica que la empresa *no tiene* que pagar. Yo creo que los incentivos motivan a las personas. Parece obvio que aquí el incentivo es proveerle a usted de la *menor* atención médica posible.

Asistí a un seminario sobre atención controlada donde se dijo que debíamos practicar la medicina de forma diferente. A continuación expongo un ejemplo que

* HMO sus siglas en inglés (Health Maintenance Organization), en Costa Rica existe un sistema similar (medicina prepagada) brindado por la compañía Medipre. (N. de la T.)

usó el conferencista: si una anciana necesita un reemplazo de cadera, el médico debe tratar de posponer la cirugía y recomendarle a la señora que utilice un bastón para caminar. Debido a su avanzada edad, es probable que la anciana no viva lo suficiente como para tener que hacerle la cirugía, lo cual ayuda a mantener gastos bajos médicos y a ahorrarle dinero a la compañía. De hecho, a los doctores que gastan mucho dinero de estas compañías, se les informa que están utilizando demasiado el servicio y, por lo tanto, los pueden excluir de la lista de médicos de la empresa.

Generalmente, es más económico medicar a los pacientes. Llegar al fondo del problema sería muy costoso, lo cual es inaceptable en el entorno de la medicina prepagada. La fácil práctica de aplicar la misma fórmula para todos los pacientes parece ser la regla, y la receta diaria de la medicina controlada. Esta manera de actuar es, por desgracia, muy limitante para aquellos pacientes cuyo cuidado de la salud requiere servicios más específicos e individualizados que se encuentran fuera de la línea de servicio de la medicina controlada.

Por esto es que no participo en el sistema de medicina prepagada; no quiero ejercer con ese modelo ni con el orientado hacia las drogas. Mi enfoque médico se dirige a buscar la causa subyacente de los problemas de salud y al seguimiento de la filosofía osteopática (ver el Capítulo 10). La mayoría de mis pacientes mejora luego del tratamiento y no necesita volver a mi consultorio. Si las compañías de medicina prepagada en realidad quisieran ahorrar dinero a largo plazo sin racionar el cuidado médico ni poner en peligro la salud de los pacientes, buscarían las respuestas más allá del dinero y de los modelos basados en drogas. Después de todo, la forma más cara de medicina es la que no sirve. Los usuarios

deberían exigir más pues esos cambios casi siempre se hacen teniendo en cuenta al consumidor.

CAPÍTULO 4

¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA EDUCACIÓN?

La tríada de cuidados generales para el DHDA lo conforman los servicios para la atención de la salud mental y las adecuaciones curriculares, así como los medicamentos. El prospecto médico de la Ritalina indica que el medicamento no debe usarse como único tratamiento para los síntomas del DHDA, sino en conjunto con adecuaciones ambientales y curriculares. Pero, los médicos recetan casi siempre sólo medicamentos para los síntomas^{2,3}.

Mientras que, con frecuencia, los servicios antes mencionados se pasan por alto como parte del tratamiento para los síntomas del DHDA, no estoy totalmente de acuerdo con la manera de utilizar estos servicios, cuando son utilizados.

¿ Un diagnóstico psiquiátrico?

Como pudimos ver en el Capítulo 2, se considera que el DHDA es un diagnóstico psiquiátrico. Este diagnóstico tiene como base la lista de síntomas de la 4ta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (o DSM IV). En vista de que considero que la evaluación de estos síntomas es subjetiva, cuestiono la validez del diagnóstico. Me molesta el hecho de que los padres de familia estén pagando cientos de dólares para que se les realice a sus niños la evaluación del DHDA, cuando cualquier persona que lea la lista de síntomas incluidos en el Manual la puede comparar con el comportamiento del niño y hacer el diagnóstico. Si el pequeño presenta problemas de concentración en la escuela pero no en la oficina del que lo evalúa, ¿significa ésto que no tiene ningún

problema? Por supuesto que no. Un buen evaluador tendrá en cuenta la información de los padres y del maestro. Recuerde que la persona que le efectúe la prueba a su hijo puede no compartir con usted el mismo concepto de lo que debe ser el comportamiento infantil. Si es un terapeuta que les exige mucho a los niños y cree que deben sentarse tranquilos, escuchar y obedecer sin importar sus edades o las circunstancias, hará un diagnóstico diferente de aquel que cree que los niños pueden hablar, moverse por todas partes y ser creativos. Una vez observé a un psicólogo "evaluar" a un niño para ver si tenía DHDA. Esta persona se molestó mucho cuando el niño no se quedó sentado escuchándolo, por lo cual lo agredió verbalmente, luego sentó al niño en un rincón y le colocó una mesa en frente para que no se pudiera mover. Es sumamente dudosa la validez del resultado de esa "prueba". El pobre niño estaba muy asustado.

¿Lo psicológico o lo fisiológico?

Un exceso de atención en la parte psicológica nos puede desviar de la búsqueda del verdadero problema, que es a menudo más fisiológico que psicológico. He visto a muchos niños que han tenido evaluaciones psicológicas muy costosas sin los exámenes médicos adecuados. Como considero que condiciones como la hipoglucemia, las alergias, e incluso una disfunción tiroidea, pueden contribuir a provocar los síntomas del síndrome y los respectivos cambios de comportamiento, el niño debería ser evaluado médicamente y ser tratado antes de llegar a la conclusión de que el problema es sólo psicológico. Sin embargo, parece que esto se lleva a cabo sólo en forma esporádica. El año pasado diagnosticué hipertiroidismo a cuatro niños en cuestión de cuatro meses; a todos los niños se les había diagnosticado DHDA. Cuando se trató el problema de

tiroides, los síntomas (a los cuales se les llamó DHDA) desaparecieron. ¡Qué triste es ver niños medicados mientras sus problemas ocultos de salud siguen sin solución! No hay que sorprenderse entonces, de que los síntomas regresen al suspender la medicación.

Comportamiento

A pesar de que no suelo diagnosticar el DHDA a mis pacientes, considero que es importante hablar sobre su comportamiento. Si la conducta de un niño está interfiriendo con su vida en la casa o en la escuela, existe un problema. Sin embargo, el comportamiento es sólo un signo de que algo médico o emocional anda mal en el niño. Tal conducta puede indicar que hay un conflicto en el entorno en el que se encuentra el niño.

En un caso específico, un niño era muy bueno en la casa, pero problemático en la escuela ya que solía interrumpir la clase continuamente. La maestra pensó que el niño padecía de DHDA. Luego de un examen cuidadoso del ambiente hogareño del niño, se descubrió que el padre era muy estricto y que le exigía a su hijo que se estuviera tranquilo y se comportara perfectamente todo el tiempo. Para este niño, el único lugar en donde podía incumplir tales exigencias era la escuela. La prescripción de Ritalina hubiera sido inapropiada para él. Un niño no puede ser perfecto todo el tiempo. Piense en lo que sería cargar constantemente un peso de 50 kilos. Aunque usted posea la capacidad de levantar ese peso, no puede cargarlo todo el día sin descansar en algún momento. Lo mismo se puede decir del comportamiento de los niños. Aunque puedan controlarse parte del tiempo, eventualmente se liberan. Es cuando se puede apreciar lo que se considera una conducta inadecuada: cuando se liberan en un momento y en un

lugar inapropiados. Además, lo que es aceptable en un hogar puede considerarse inaceptable en otro. Cuando mis hijos estaban pequeños, les permitía jugar con libertad dentro de la casa, lo que muchas veces provocaba ruido y juguetes regados por todos lados. En otro hogar, tales acciones podían haberse juzgado demasiado ruidosas y desordenadas, y no se permitiría tal comportamiento. Cualesquiera sean las reglas de su casa, si su niño es incapaz de acatarlas, el problema existe y hay algo que debe cambiar: sus expectativas o el comportamiento de su hijo. Etiquetar a un niño y decir que sufre de DHDA no resuelve el problema.

Los psicólogos también son de ayuda

No se debe subestimar el campo de la psicología. Cada pensamiento nuestro afecta cómo nos sentimos y viceversa. Los elementos químicos, tanto neurológicos como inmunológicos, que produce nuestro cuerpo hacen que éste funcione y los dos sistemas están interconectados.

El médico debe tener en cuenta lo que sucede en la vida de un niño, sea física, mental y emocionalmente. Si el niño sufre de algún tipo de abuso, con toda seguridad será incapaz de concentrarse en la escuela. Y, como resultado del abuso, se pueden presentar cambios en el comportamiento.

No creo que en la mayoría de los casos la causa subyacente del DHDA sea de origen psicológico; sin embargo, sí considero que estos niños deben ser evaluados por un terapeuta. Muchas veces el componente emocional es el resultado de otro problema.

También considero que los psicólogos y los terapeutas están en condiciones de ayudar bastante a que un niño mejore. Pero los psicólogos no son médicos, y no

siempre toman en cuenta el diagnóstico médico ni otras opciones de tratamiento para los síntomas aquí tratados. Hay muchas modalidades de la psicología que son beneficiosas; acudo con frecuencia a terapeutas para hipnosis, biorretroalimentación, relajación y asesoramiento.

Modificación del comportamiento

He descubierto que la modificación conductual no ayuda cuando un niño sufre una reacción a un problema de salud. Los niños no pueden controlarse, no importa cuánta modificación conductual reciban, si su nivel de azúcar en la sangre ha descendido o si su tiroides está demasiado activa; o, como dice la Dra. Doris Rapp: "...si están experimentando una reacción por algo que tocaron, olieron o comieron". Cuando no es este el caso, la modificación conductual no se hace necesaria porque el niño puede comportarse bien. Un niño que puede comportarse bien lo hará; creo que todos los niños quieren complacer a los demás y quedar bien. Cuando son incapaces de hacerlo, se debe a que no poseen el control necesario o no entienden lo que se espera de ellos. De manera que si están experimentando una reacción física, la modificación del comportamiento no les va a ayudar; y, si no es producto de una reacción, la modificación no es necesaria.

Creo que la verdadera razón para visitar a un terapeuta, si se desea una evaluación, no es para ver si tiene síntomas del DHDA, sino para someterse a una valoración para detectar otros problemas potenciales que podrían aparecer como síntomas del DHDA. Por esta misma razón, a su niño se le debería realizar también un examen físico completo.

Los problemas potenciales que pueden provocar síntomas del tipo de los del DHDA y que puede evaluar un psicólogo, incluyen dificultades del aprendizaje o

diferencias en el aprendizaje, problemas emocionales, abuso infantil o, inclusive, falta de disciplina o una disciplina inadecuada. Sin embargo, considero que la mayoría de las veces los síntomas del DHDA provienen más de una dificultad física o académica que de una mental o emocional, y que los niños con diagnóstico de DHDA pueden desarrollar problemas emocionales y de autoestima como resultado de tal diagnóstico.

¿Un problema médico?

No creo que el DHDA sea en realidad un problema médico. Lo único que lo convierte en tal cosa es que normalmente se trata con medicamentos y que los médicos lo diagnostican. Sin embargo, considero que a menudo existe una condición médica que es la que provoca los síntomas.

Hoy día, a muchos niños con DHDA se les diagnostica también una depresión. Muchos de estos niños sí parecen estar deprimidos, pero no estoy convencida de que la depresión es la causa del síndrome, más bien, los rasgos depresivos son el resultado de los síntomas del DHDA. Otra situación puede ser que tanto los síntomas del DHDA como la depresión compartan una causa subyacente. Con toda seguridad, si alguien va por la vida siguiendo un ritmo propio y oyendo que es diferente, la forma anímica y física de sentirse se va a ver afectada. Por esto me preocupa que las comunidades médicas y psicológicas traten de señalar la depresión como la causa de los síntomas del DHDA. En mi consultorio atiendo a muchos niños que toman antidepresivos, pero debido a que éstos no son lo más indicado para tratar el DHDA, me pregunto si no será que la comunidad médica diagnostica depresión a los niños cuyos síntomas mejoran con

esos medicamentos, y así usar ese diagnóstico como pretexto para recetar los antidepresivos con toda tranquilidad.

Cierto médico decía que él estaba seguro de que la mayoría, si no todos los casos, de DHDA eran realmente de depresión. Decía que todos lo que sufren DHDA deben tomar antidepresivos o litio, usado para el trastorno maniaco depresivo o bipolar. A pesar de que me disgusta que etiqueten a los niños con DHDA, creo que es menos dañino que si se compara con el trastorno bipolar.

Demasiadas veces el medicamento que se receta no funciona y entonces se debe tratar con otro. Un niño al cual examiné en mi consultorio, tenía que tomar cuatro medicamentos diferentes al mismo tiempo debido a su comportamiento. Como no le hicieron efecto, le mandaron otros cuatro. La segunda combinación tampoco le ayudó. Cuando le pregunté a la madre si las medicinas le habían ayudado, me contestó, "No estaría aquí si estuvieran haciendo el efecto deseado; cuando uno encuentra lo que necesita, deja de buscar otras opciones". Su niño tomaba diferentes tipos de medicamentos de uso delicado sin experimentar ningún alivio. Mientras un médico esté convencido de que las drogas son la única solución, seguirá usando más y diferentes medicamentos para tratar los casos. Se dice que si usted tiene un martillo, sólo verá clavos a su alrededor. Lo mismo se puede decir del DHDA: si lo que tiene es un formulario para recetas, todos van a salir con una receta en la mano .

Diferencias en el aprendizaje

Otra razón para hacerle a su niño una evaluación son los problemas derivados de las diferencias en el aprendizaje. Realizar exámenes para determinar dificultades de aprendizaje es un proceso objetivo que ayuda a

identificar el origen del problema de aprendizaje. Una dificultad de aprendizaje (o una diferencia de aprendizaje, como prefiero llamarle) puede afectar el estado emocional del niño, hacerle sentirse diferente a los demás y conducirlo a los síntomas de la depresión. Pero darle a un niño un antidepresivo sólo ocultará los síntomas, no hará que el problema desaparezca. Debe afrontarse la diferencia en el aprendizaje y, entonces, puede ser que el niño no necesite las drogas (ver el Capítulo 8 sobre las diferencias del aprendizaje).

Cuando les enseñamos a nuestros niños a leer, a sumar, a restar, a multiplicar y a dividir, solemos partir de que automáticamente saben aprender, que aprender es una habilidad inherente, algo que no necesita enseñarse. Asumimos que todos saben cómo aprender, y que si no aprenden, es porque son discapacitados. Esto es erróneo; debemos enseñarles a nuestros niños a aprender así como les enseñamos a leer.

Parece que algunos niños nacen con la capacidad de aprender, lo cual les da una ventaja. También hay niños que aprenden a leer solos, y otros a los que hay que enseñarles. Mi hijo parece haber nacido con una capacidad natural para las matemáticas: a sus cuatro años podía multiplicar mentalmente cifras de dos dígitos, algo que nadie le había enseñado. A esa edad podía calcular raíces cuadradas al tiempo que se ajustaba su cinturón de seguridad en el asiento trasero del carro rumbo al kindergarden, y eso tampoco se le enseñó. Algunos niños necesitan que se les enseñe a leer o a hacer cálculos matemáticos, otros no; algunos necesitan que se les enseñe a aprender, otros no.

Por supuesto que todas las personas pueden aprender algo. Lo que se aprende sin esfuerzo es algo muy individual. Algunos dibujan o pintan sin que se les enseñe; otros tocan el piano sin haber recibido lecciones de música. A esto lo

llamamos don, y con toda seguridad lo es. Pero, también sabemos que alguien que no posee este don, puede aprender a tocar el piano con la instrucción adecuada, con tiempo y con práctica. Puede que le tome meses o años llegar a dominarlo, pero no decimos que tiene dificultades de aprendizaje sólo porque no toca solo como lo hacen los niños dotados. Más bien, le damos tiempo para que practique y le dedicamos tiempo para enseñarle. Esto mismo les sucede a muchos niños a quienes se les ha diagnosticado DHDA o que tienen dificultades de aprendizaje. A menudo poseen dones o expresiones creativas que logran hacer bien en forma natural, pero también hay áreas que les cuestan, tales como las matemáticas o la lectura.

Debemos abandonar la idea de que estos niños están discapacitados para aprender. En algunos lugares se utiliza el término "diferencias en el aprendizaje", expresión que apoyo. Estos niños no son incapaces de aprender; de hecho, a veces son muy inteligentes y dotados en áreas que no tienen que ver con el trabajo escolar. Es nuestra responsabilidad enseñarles a los niños a aprender, no debemos asumir que están incapacitados porque no aprenden sin la debida instrucción.

"Discapacitado para aprender", al igual que DHDA, es una etiqueta, nada más que eso; y no tiene ninguna importancia al buscar la causa oculta del problema. Las dificultades de aprendizaje se pueden evaluar. Si un niño tiene problemas de aprendizaje en la escuela, debemos saber cuál es su origen, en qué área se le presentan y atacarlos. A un niño con diferencias en el aprendizaje se le puede diagnosticar erróneamente el DHDA (véase el Capítulo 8).

Exigir demasiado

Ejercemos tanta presión sobre niños tan pequeños, que a menudo olvidamos cómo deben comportarse. Pasan mucho tiempo fuera del hogar, con maestros a los cuales se les paga para que los supervisen. El trabajo del maestro es mucho más fácil si todos los niños se comportan perfectamente bien y no dan problemas. Pero, ¿hay algo malo con un niño de tres años de edad que no puede quedarse quieto todo el día, que no espera su turno para hablar, que se frustra y que agrede físicamente a otros niños de vez en cuando? No, estos comportamientos se han dado a través de los siglos, y la mayoría de ellos son normales.

CAPÍTULO 6

Hipoglucemia o bajo nivel de azúcar en la sangre

La historia de Tim

Tim llegó a mi oficina cuando tenía 16 años. Los síntomas que presentaba eran gran agresividad y un estado de agitación; continuamente perdía los estribos y no podía controlarse. Se comportaba en forma destructiva y malvada, y a menudo tenía problemas con la ley; sin embargo, había momentos en que era dulce y cooperador. Su familia no sabía en qué momento se iba a poner inquieto y los momentos buenos no se presentaban muy seguidos. Su madre decía que ya no podía conseguir cobertura de seguro psiquiátrico para él pues había pasado por hospitales psiquiátricos la mayor parte de su corta vida sin que esto le ayudara. Además, ya la familia había gastado más de \$100 000 de su propio bolsillo para pagar por su cuidado. La madre lo trajo a mi oficina como un último recurso.

Efectué exámenes de laboratorio, pues me niego a etiquetar a los pacientes sin tratar de descubrir las causas ocultas de los problemas. El resultado de las pruebas reveló que Tim sufría un caso severo de hipoglucemia, o bajo nivel de azúcar en la sangre.

Fácil de identificar

La hipoglucemia es la causa oculta más significativa que he encontrado en niños que presentan problemas de comportamiento. Sus síntomas son casi siempre fáciles de identificar. Es probable que un niño que se muestra inquieto o irritable durante las mañanas o antes de las comidas y mejora después de comer, esté

afectado por un bajo nivel de azúcar en la sangre. El niño con comportamiento Dr. Jekyll y Mr. Hyde, que a veces es amable y obediente y luego, sin razón aparente, se vuelve inquieto, violento e irritable, seguramente padece de hipoglucemia.

Cómo comprender del problema

Cuando estudiamos fisiología, podemos entender con facilidad cómo un nivel bajo de azúcar en la sangre afecta el comportamiento. Una persona sin glucosa (azúcar) en el cerebro, cae inconsciente o en coma. La naturaleza nos ha dotado de un sistema de reserva: cuando existe muy poca glucosa en el torrente sanguíneo y el cerebro corre el peligro de no disponer de la suficiente cantidad de ella para trabajar adecuadamente, el cuerpo libera una sustancia química para enviar más azúcar a la sangre y al cerebro, previniendo el coma. La sustancia que libera el cuerpo para aumentar el azúcar hasta el nivel normal se llama epinefrina o adrenalina. El problema es que la epinefrina tiene cierto efecto sobre el cuerpo.

Epinefrina: la hormona de "ataque o escape"

La epinefrina, comúnmente conocida como adrenalina, es una sustancia química muy importante del cuerpo, que tiene efectos tanto en el sistema nervioso como en el inmunológico; afecta el corazón, los pulmones, el estómago y el cerebro. La adrenalina afecta casi todo el organismo y se la conoce a menudo como la hormona de "ataque o escape" por ser una hormona protectora. La liberación de adrenalina, que se da cuando nos asustamos o sentimos que estamos en peligro, produce cambios en el organismo que nos permiten protegernos. Una de sus funciones es robar energía que se hubiera usado para hacer la digestión y

permitirle a la persona aprovechar ese exceso energético para correr, pelear o protegerse del peligro que percibe.

Cuando una gran cantidad de adrenalina llega al torrente sanguíneo de un niño, éste siente esa descarga de energía de ataque o escape, y reacciona de la forma en que la sustancia química lo haga sentirse en ese momento. Aunque trate de poner atención, cómodamente sentado en el aula, la liberación de adrenalina le va a provocar un fuerte efecto: sus pupilas se dilatan, el ritmo cardiaco aumenta y no puede mantenerse quieto; no se logra concentrar y es probable que se ponga intranquilo. Cualquier cosa que suceda le hará reaccionar en forma agresiva. Tal comportamiento no es consciente; el niño no decide actuar de esa manera, es una reacción fisiológica. ¡Qué incómodo y confuso para la mente y el cuerpo tener que lidiar con los acontecimientos diarios y comunes como si fueran sucesos catastróficos! Lo que sucede es que la liberación de adrenalina ocurre como un mecanismo protector, no la activan el peligro o el miedo, sino otros factores: lo que comemos o dejamos de comer. Nuestros cuerpos y sus sustancias químicas, reaccionan en función de nuestros hábitos alimenticios. La adrenalina causa la misma agitación, la irritabilidad y el temblor que sentimos cuando tenemos hambre.

¿Cómo desciende el azúcar?

La hipoglucemia ocurre cuando la sangre no contiene una cantidad de azúcar adecuada, lo cual puede ocurrir por dos razones diferentes; una de ellas es no comer con la frecuencia suficiente. Todo lo que ingerimos se convierte eventualmente en azúcar o glucosa; si no comemos con la debida frecuencia, no existe un abastecimiento continuo de azúcar en el torrente sanguíneo.

Otra razón para que el nivel de azúcar descienda es la ingestión de azúcar o de alimentos ricos en azúcares. Esto puede sonar paradójico. Lo lógico sería que si se consume azúcar, ingrese más glucosa al torrente sanguíneo, en lugar de menos. Sin embargo, algunas personas tienen "hipoglucemia reactiva", este tipo de hipoglucemia se puede presentar después de ingerir carbohidratos refinados, comidas con alto contenido de azúcar o alcohol. Es posible que una persona con hipoglucemia reactiva tenga un problema metabólico y los síntomas de un nivel bajo de azúcar se presenten con un nivel considerado normal.

Los alimentos con alto nivel de azúcares pueden provocar un aumento de la liberación de insulina por parte del páncreas. En un estudio realizado para evaluar la secreción de insulina, el 90% de los pacientes con hipoglucemia tuvo secreciones de insulina anormales. Se logra hacer el diagnóstico de hipoglucemia reactiva si los síntomas asociados con la adrenalina ocurren después de la ingestión de carbohidratos refinados; y el tratamiento consiste simplemente en eliminar de la dieta tales alimentos²⁰.

Si ingiere una gran cantidad de carbohidratos refinados, el azúcar entra en el torrente sanguíneo con mucha rapidez. A pesar de lo que lea u oiga de su pediatra acerca de que el azúcar no afecta el comportamiento, creo que la mayoría de los maestros (y probablemente, también de los padres) que observan los efectos que el azúcar produce en los niños, dirían lo contrario. Una buena oportunidad es observar a los niños durante la noche de día de brujas*.

Un estudio efectuado en la Universidad de Yale, se centró en este problema. Se les dio de comer cierta cantidad de azúcar a niños y a adultos, en forma proporcional al porcentaje de su peso. Se midieron los niveles de glucosa y

* La celebración que se menciona es la de *Halloween*. (N. de la T.)

de adrenalina en la sangre cada media hora por espacio de cinco horas. Los niveles de azúcar permanecieron dentro del rango normal tanto en los adultos como en los niños, lo cual indicó que la adrenalina estaba cumpliendo con su labor de mantener los niveles de glucosa dentro de lo normal. Sin embargo, en los niños, los niveles de adrenalina continuaron siendo diez veces mayor que lo normal hasta cinco horas después de haber ingerido el azúcar. Todos los niños que participaron en la investigación presentaron los síntomas de un aumento de adrenalina, mientras que de los adultos, sólo uno lo tenía; por lo tanto, parece que el azúcar tiene un mayor efecto sobre los niños¹⁶. Recuérdese que todos eran niños "normales". Considero que el niño con la etiqueta de DHDA tendría una reacción aún más fuerte.

Ha habido muchos estudios de investigación médica sobre la presunta relación entre la ingesta de azúcar y el comportamiento. Debe de ser que no se comprende lo que se está investigando. Si se presta atención a la fisiología básica, lo difícil es probar que el azúcar no afecta el comportamiento. Comer azúcar o productos con mucha azúcar da como resultado un alto nivel de azúcar en la sangre, luego el cuerpo libera insulina para transportar el azúcar, o la glucosa, a las células. Si se extrae mucha glucosa de la sangre, y queda muy poca en el torrente sanguíneo, se produce la hipoglucemia o bajo nivel de azúcar en la sangre. Cuando el cuerpo se torna hipoglucémico, la adrenalina se libera y causa los síntomas que se mencionaron anteriormente. En la investigación de Yale, los autores llegaron a la conclusión de que los niños liberan adrenalina con un nivel de glucosa más alto que los adultos.

A pesar de que muchas investigaciones médicas dan a entender que no existe relación entre el azúcar y el comportamiento, dudo de la exactitud de los

resultados^{19,23}. Hay muchos factores inconsistentes; varios de los estudios usaron dos tipos diferentes de azúcares¹⁹: la sucrosa puede provocar la respuesta insulina/adrenalina (produciendo a su vez problemas de comportamiento), mientras que la fructosa no la produce. Para mí, el empleo de dos tipos distintos de azúcares invalida la investigación. Otro aspecto que se debe considerar en tales estudios es si los azúcares se proporcionaron con el estómago vacío o después de una comida completa, lo cual puede variar el índice de absorción y alterar la respuesta conductual, así como afectar la consistencia del estudio. Otra variable susceptible de tergiversar los resultados es el hecho de que un niño sea sensible a algún otro ingrediente de las comidas usadas en la investigación. Tal sensibilidad provocaría una reacción similar a la de la hipoglucemia y sería determinante en cuanto a la exactitud del estudio.

Síntomas de hipoglucemia

Alto peso al nacer	Dolor de cabeza
Insomnio	Temperamental
Rabietas	No puede mantenerse quieto
Llanto sin razón	Antojo por los dulces
Hiperactivo	Tembloroso/irritable antes de las comidas
Incontrolable	Su comportamiento mejora después de comer
Violento/hostil	Inquieto
Distraído	Desafiante
Comportamiento Jekyll/Hyde	

Otros factores

Otros factores que pueden causar un bajo nivel de azúcar en la sangre, además de comer azúcar, incluyen el no comer con suficiente frecuencia y la

sensibilidad a ciertas comidas. Muy a menudo atiendo en mi consultorio a niños que no desayunan y que algunas veces tampoco almuerzan; su comportamiento muestra que no han comido. Su nivel de azúcar en la sangre baja y sigue una descarga de adrenalina. No debería sorprender que no sea muy ameno estar cerca de estos niños: son irritables, inquietos y tercos.

En lo que respecta a reacciones a alimentos, que trataré en detalle en el próximo capítulo, parece haber una relación entre la liberación de histamina (por una reacción alérgica) y los niveles de azúcar en la sangre^{24,25}. Esto se debe más a una respuesta neurológica que a una respuesta del sistema inmunológico. No obstante saber que la respuesta y el efecto existen, se necesita más investigación para determinar los mecanismos exactos.

En la Escuela de Medicina me enseñaron que los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tenían más probabilidades de presentar problemas más adelante en sus vidas. Por lo tanto fue una sorpresa cuando, en mi primer año de práctica profesional, advertí que los niños que venían a mi consultorio con síntomas del DHDA, habían sido, en su mayoría, de alto peso al nacer (más de tres kilos y medio). La mayoría estaba en la categoría de los cuatro o cinco kilos. Sostengo la teoría de que un mayor peso al nacer podría estar relacionado con la incapacidad de procesar la glucosa apropiadamente, ya que los bebés grandes son a menudo indicadores de que la madre tiene un problema de procesamiento de la glucosa.

Cómo solucionar el problema

No es necesario efectuarles a estos niños un examen de tolerancia a la glucosa para diagnosticar la hipoglucemia. Si presenta los síntomas clínicos

(temblor e irritabilidad cuando tiene hambre, comportamiento Jekyll/Hyde, se calma cuando come), es viable un diagnóstico médico. El tratamiento para la hipoglucemia es sencillo: cambie la dieta del niño; asegúrese de que nunca llegue a estar muy hambriento y elimine de su dieta los carbohidratos refinados tales como los dulces, los pasteles y las gaseosas, y determine a cuáles comidas puede ser sensible (ver el capítulo 7 sobre alergias).

Recomiendo que el niño con hipoglucemia ingiera varias comidas pequeñas al día. Debe tomar un desayuno que contenga proteína (por ejemplo huevos, carne o salchichas), y no comer cereales azucarados ni agregar azúcar al cereal. Asimismo, no es recomendable ponerle sirope a los *panqueques* o a los *waffles*. Un buen sustituto del sirope son las jaleas y mermeladas sin edulcorantes. Recuerde que los niños no tienen necesariamente que comer comida de "desayuno" para el desayuno; si le quedaron sobras de la noche anterior, pueden comerlas. Los emparedados son otra opción. Se les debe mandar una merienda a la escuela. A veces expido permisos médicos para que a mis pacientes se les deje tomar una merienda a media mañana o a media tarde en la escuela. Si transcurren más de dos horas entre la cena y la hora de ir a dormir, sería adecuado hacer otra pequeña merienda. Lo mejor es que un niño con síntomas de hipoglucemia no pase más de dos horas sin comer. Si su niño tiene este problema y le dice que tiene hambre, pero la cena no va a estar lista hasta en unos treinta minutos más, es tentador hacerle esperar hasta entonces; sugiero muy encarecidamente que le dé algo de comer en ese mismo momento, no lo haga esperar hasta la cena. ¡Cuando a un niño con hipoglucemia le da hambre, necesita comer en ese mismo instante! Los emparedados de mantequilla de maní o de almendra, pero sin azúcar adicional, son buenas opciones para comer entre comidas, pues tienen un alto contenido de

proteína, grasa y carbohidratos completos. También son aconsejables las mezclas de nueces, semillas y frutas secas. Este tipo de comidas se digiere lentamente y ayuda a mantener el nivel de azúcar estable. Con un nivel estable de azúcar, el cuerpo no tendrá que liberar adrenalina para corregir el problema.

Si no hay adrenalina en el torrente sanguíneo de los niños con hipoglucemia en momentos inoportunos, ellos pueden controlar su comportamiento sin mostrar síntomas inadecuados. Como resultado, no se necesitarán medicamentos para corregir estos síntomas; además, es mucho más sencillo corregir este tipo de problema a los seis años que a los diecisiete.

La historia de Tim: conclusión

Muchas veces no se le da a la hipoglucemia la debida importancia. Incluso el especialista que trató luego a Tim la desestimó, al considerarla irrelevante. Pero, la hipoglucemia puede ser un problema muy serio; de hecho, lo fue en el caso de Tim. Si se le hubiera diagnosticado, y tratado, cuando todavía era pequeño, muchos de sus problemas se pudieron haber evitado; como no fue así, pasó los primeros dieciséis años de su vida con el estigma de problemas psiquiátricos y de comportamiento. Le aconsejé a Tim cómo llevar su dieta para no sufrir episodios hipoglucémicos, le dije que dejara de comer dulces, queques, pasteles y gaseosas; que comiera con frecuencia y no esperara a estar hambriento. A pesar de que Tim entendió y pudo reconocer cómo la hipoglucemia había afectado su comportamiento y que ahora podía adaptar su dieta para prevenir los síntomas, sufrió tanto daño en manos de la medicina moderna en sus años de formación, que su recuperación completa está en duda. El sistema médico le falló a Tim durante

dieciséis años; un simple cambio en la manera de comer pudo haber mejorado de forma dramática su vida. Tim no tenía DHDA, tenía hipoglucemia.

La historia de Cody

Cuando terminaba de redactar este capítulo, se activó mi radiolocalizador. Era la madre de uno de mis pacientes: Cody, un niño de diez años; ella se notaba muy perturbada. Habían estado en mi consultorio el día anterior, habíamos analizado lo importante que era que él mantuviera su dieta para la hipoglucemia. Al realizarle pruebas en mi consultorio, Cody había reaccionado con varias comidas, presentando cambios abruptos de personalidad; también le descendían sus niveles de azúcar si no comía con frecuencia o si ingería azúcar. Cuando llamó su madre, me dijo que Cody había comido, en la escuela, un helado y dos chocolates y que se negaba a comer nada más. El niño se encontraba fuera de control, y su madre dijo que temía que se fuera a hacer daño o que se lo hiciera a alguna persona; la señora lloraba y no sabía qué hacer.

Le expliqué que, en ese momento, lo más importante era proteger a Cody y a los demás. Le dije que podría ser necesario llevarlo al hospital y que probablemente necesitaría medicación. Ya se le habían recetado varios medicamentos, antes de visitarme; mientras los tomó sus síntomas habían empeorado y su madre no quería que los tomara más. Hay un momento y un lugar para los medicamentos, le expliqué, y ese podría ser uno de ellos. Sin embargo, le recomendé que si lograba que el niño tomara Alka-Seltzer Gold, que permite neutralizar reacciones a la comida, y que consumiera un poco de proteína, se pondría bien. Le dije que hiciera todo lo posible y que me volviera a llamar de inmediato. Si la reacción de Cody se debía a sensibilidad a la comida, la Alka-

Seltzer Gold (una tableta disuelta en agua para niños de seis a doce años y dos tabletas para mayores de doce años) probablemente le ayudaría; si era hipoglucemia, la proteína le iba a ayudar. No habían pasado ni diez minutos cuando la señora volvió a llamar. "Está bien", dijo, "tomó la Alka-Seltzer Gold y comió un emparedado de mantequilla de maní. Está bien" (La mantequilla de maní no tenía azúcar). La hipoglucemia puede ser algo dramático. Antes de que Cody comiera, lo que actuaba era la adrenalina, no él mismo. Podemos culpar a la hipoglucemia por el comportamiento, pero Cody debía asumir la responsabilidad por haberse comido los chocolates y el helado, y sabe que puede prevenir el mal comportamiento ingiriendo la comida apropiada para su condición particular. La mayoría de los niños que atiendo escogen lo que comen en forma responsable al ver cómo ciertas comidas les afectan y llegan a saber cuáles comidas deben evitar.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cuarta edición, American Psychiatric Association, Washington, DC, American Psychiatric Association., 1994, pp. 83-85.
2. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria I: An 8 year-prospective follow-up study; Barkley, R.A. y otros, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 29, No. 4, julio 1990, pp. 546-556.
3. Stimulant medication used by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder, Wolraich, Mark, y otros, *Pediatrics*, Vol. 86, No. 1, julio 1990, pp. 95-101.
4. Is methylphenidate like cocaine? Volkow, Nora, y otros, *Archives of Family Medicine*, Vol. 52, junio 1995, pp. 456-463.
5. Therapy for attention deficit hyperactivity disorder; Vinson Daniel, *Archives of Family Medicine*, Vol. 3, mayo 1994, pp. 445-451.
6. Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: A comprehensive review article, Jacobvitz, D., y otros, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 29, 1995.

7. Attention deficit disorder: A dubious diagnosis; The Merrow Report, Public Broadcasting, octubre 29, 1995.
8. Attention deficit hyperactivity disorder in adults; Bellack, Leopold, *Clinical Therapeutics*, Vol. 14, No. 2, 1992, pp. 138-147.
9. An open trial of guanfacine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder; Hunt, Roberts, y otros, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 1, 1995, pp. 50-54.
10. Using psychostimulants to treat behavioral disorders of children and adolescents; Dulcan, Mina, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 1, NO. 1, 1990, pp. 7-19.
11. 20/20 Show, ABC Television, octubre 27, 1995.
12. Ritalin Brochure, Ciba-Geigy, 1995.
13. *An alternative Approach to Allergies*, Randolph, Theron, M.D. y Moss, Ralph, Ph.D., Harper and Row Publishers, Inc., New York, 1989, pp. 83-84.
14. Cognitive side-effects of antiepileptic drugs; Meador, Kimford, *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 21(30):s12, 1994, agosto.

15. *Physicians' Desk Reference*; Arky, Ronald, M.D., asesor médico, Economía Médica, Montvale, Nueva Jersey, 1996, pp. 412-413, 674-675, 848-849, 856-857, 919-923, 1526-1527, 2474-2476.
16. Enhanced adrenomedullary response and increased susceptibility to neuroglycopenia mechanisms underlying adverse effects of sugar ingestion in healthy children, Jones, Tim, y otros, *Journal of Pediatrics*, Vol. 126, No. 2, feb. 1995, pp. 171-177.
17. *Healthy School Handbook*; Miller, National Education Association, Washington, DC, 1994, pp. 121-134.
18. *The Autobiography of A. T. Still*, Still, A. T., A. T. Still, D.O., Kirksville, Missouri, 1908.
19. Sugar intolerance: Is there evidence for its effects on behavior on children; Wolraich, Mark, *Annals of Allergy*, Vol. 61, dic. 1988, pp. 58-61.
20. Reactive hypoglycemia; Hofeldt, Fred, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, Vol. 18, No. 1, marzo 1989, pp. 185-201.
21. Hypoglycemia in infants and children; Haymond, Morey, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, Vol. 18, No. 1, 1989, pp. 211-253.

22. The contribution of the autonomic nervous system to changes of glucagon and insulin secretion during hypoglycemic stress; Havel, Peter y Taborsky, Gerald, *Endocrine Reviews*, Vol. 10, No. 1, 1989, pp. 332-350.

23. Sugar "allergy" and children's behavior; Mahan, Kathleen y Chase, Mabel, *Annals of Allergy*, Vol. 61, diciembre de 1998, pp. 453-458.

MEMORIA

Introducción

En esta Memoria de Trabajo se incluye la información relacionada con el Trabajo de Graduación para aspirar al título de Licenciada en Traducción (Inglés-Español). El título del libro del cual se tradujeron los capítulos seleccionados es *No More Ritalin: Treating ADHD without drugs*¹ [*Cómo tratar el DHDA sin drogas: alto a la Ritalina*]. Los capítulos son: el I, "A Mother`s Journey"; el II, "The ADHD Industry"; el III, "It`s All about Drugs", el IV, "What about Mental Health and Educational Services?" y el VI, Hypoglucemia/Low Blood Sugar [La odisea de una madre, La industria del DHDA, Todo tiene que ver con las drogas, ¿Cuál es la función de los servicios para la atención de la salud mental y la educación? e Hipoglucemia o bajo nivel de azúcar en la sangre].

En su texto, Block muestra por qué la Ritalina puede ser muy peligrosa para la salud de los niños y por qué el trastorno conocido como DHDA puede y debe tratarse con métodos más seguros; además, denuncia el negocio que existe detrás de la producción de medicamentos. Es un texto, que por sus características (léxico, cobertura de diferentes aspectos, multiplicidad y claridad de datos), está al alcance de un vasto público. Tanto padres de familia, como maestros, psicólogos, médicos y hasta nutricionistas, se beneficiarían de su lectura. Lo actual del tema: la hiperactividad y el déficit atencional, en nuestro medio y lo innovador del enfoque de la autora lo hacen también de utilidad.

¹ Block, Mary Ann. *No More Ritalin: Treating ADHD Without Drugs*. Nueva York: Kensington Publishing Corp.. 1997.

Hoy día, el déficit atencional y la hiperactividad son problemas presentes en todas las escuelas y en muchos hogares del país. Se consume mucho tiempo y dinero en la búsqueda de remedios para tales problemas: se organizan talleres de trabajo y conferencias para capacitar a los maestros; los padres se ven obligados a visitar a especialistas para que les ayuden con sus hijos, y los maestros y los padres deben mantenerse en contacto constante para minimizar los efectos perjudiciales que repercuten tanto en la parte psicológica como académica de los niños. Por estas razones, un libro que brinde nueva información sobre cómo solucionar o minimizar los efectos dañinos del DHDA y que advierta sobre posibles peligros en la forma de solucionarlo, representa una gran ayuda.

La obra trata un asunto en particular que se plantea desde muchos puntos de vista: médico, pedagógico, económico, familiar, etc. Tal característica lo hace un manual de consulta práctico para todas las personas que trabajan con o que tienen interés en el trastorno de déficit atencional. En él la autora describe muy a fondo los motivos que tuvo para emprender la búsqueda de métodos opcionales para tratar este problema, además de que describe el ya conocido que utiliza la Ritalina u otros medicamentos.

Como punto de partida, en el capítulo I de la *Memoria de Trabajo* se realiza un análisis de ambos textos, el original y el traducido, que brinda la oportunidad de comprender los contextos geográficos, culturales e históricos en los cuales se desenvuelve cada uno de ellos. También se tuvieron en cuenta la intención de la autora y la intención del texto traducido y en qué se asemejan los lectores de cada uno de los textos.

Luego, como aporte al campo de la traductología, partimos de que la obra constituye un ejemplo muy claro de un tipo de redacción que reúne

características de redacción y sintaxis propias del inglés (oraciones cortas, yuxtapuestas; repetición del sujeto, provocada por la misma razón; uso abundante de pronombres posesivos, entre otras). Esta peculiaridad nos va a permitir comparar estructuras contrastantes en ambos textos, el original y el traducido.

En el capítulo II, se analizan específicamente los pasos de análisis y transformación que son necesarios para ajustarse a la forma en que, de acuerdo a Gerardo Vázquez-Ayora (*Introducción a la traductología*), una lengua específica, en este caso el castellano, expresa la "realidad y la experiencia"; las particularidades gramaticales y sintácticas, que son las que determinan el "genio de la lengua" (la forma en que cada lengua estructura su realidad y que es característica inherente de dicha lengua). Para lograr este propósito, se intentó adaptarse a la sintaxis propia de la lengua castellana por medio de modificaciones tales como alargar la escasa longitud de las oraciones del texto original por medio de la subordinación y la coordinación. Las oraciones cortas hacen que exista una repetición que puede producirle al lector del español una sensación de extrañeza. Para lograrlo se sistematiza la forma de introducir nexos, tanto léxicos como de puntuación, para darle al texto traducido una fluidez que no existe en el inglés (al menos, el utilizado en el texto original). Se analizan también los cambios en el orden de los elementos de las oraciones, y las adiciones o ampliaciones necesarias para adaptar el texto traducido, así como la introducción de sinónimos, hasta donde fue posible, para darle variedad al vocabulario y evitar la repetición que no es estrictamente necesaria. Se realizó un estudio detallado de cómo prevenir el uso incorrecto de sinónimos. Para lograr este objetivo, se consultaron obras del uso del español y del inglés para explicar en qué reside la diferencia mencionada y lograr modificar analíticamente las estructuras que resultan extrañas en el

castellano. Entre las fuentes de referencia importantes para el tema están la *Gramática de la lengua española*, de Emilio Alarcos Llorach; *El castellano actual* de Manuel Casado; el *Diccionario del uso del español*, de María Moliner; *Introducción a la traductología* de Gerardo Vázquez-Ayora; *Manual de traducción* de Juan Gabriel López y Jacqueline Minett; y *A Textbook of Translation* de Peter Newmark, todos textos de mucha utilidad que arrojan luz sobre los problemas por resolver. Se estudiaron también textos adicionales que se refieren a las diferencias gramaticales existentes entre el inglés y el español. Se analiza además la presencia de "falsos amigos": palabras que por tener una forma similar, y a veces por haberse desarrollado a partir de una raíz común, pueden confundir al traductor. Un ejemplo de falsos amigos son el par "disorder" y "desorden", que al referirse a condiciones médicas, no son equivalentes. Para este propósito se recurrió a textos que explican en dónde reside la posible confusión entre palabras tan similares, como el *Dictionary of Spanish False Cognates*, de Marcial Prado.

El último aspecto de análisis, expuesto en el capítulo III, es la explicación, por medio de notas o de la información adicional en la traducción misma, y la adaptación (búsqueda de ejemplos similares fácilmente reconocibles para el lector) para instituciones, programas televisivos y frases idiomáticas pertenecientes a la cultura propia de los Estados Unidos y que pueden no ser del conocimiento de los lectores costarricenses. Esto es imprescindible para lograr que el texto traducido sea de uso real para los lectores de este país. Se parte del hecho de que la mera traducción de palabras no necesariamente les va a revelar a los lectores el verdadero sentido de lo que leen; es por esto que una explicación detallada de aspectos pertenecientes a la cultura del texto original es necesaria,

sea para ampliar la información relacionada con detalles desconocidos, o para buscar equivalentes en la cultura del texto meta. Para este propósito fueron necesarios los artículos y libros paralelos escritos en la lengua original, pues en ellos hay detalles aclaradores de aspectos que se mencionan muy superficialmente en el texto original por ser del conocimiento de los lectores estadounidenses.

Es importante el valor de textos paralelos que tratan el mismo tema del texto original y que además cuentan con la ventaja de haber sido escritos en Costa Rica. Este es el caso de *La verdad sobre el déficit atencional* de Ethel Pazos y la "Guía de intervención educativa", y *Déficit atencional, lo que todos debemos conocer* y boletines de la Fundación DA, editados por dicha fundación costarricense, abocada a divulgar aspectos relacionados con el Déficit Atencional. También son de utilidad artículos de revistas y periódicos como "The People vs. HMOs" y "Bleak Days for Doctors" de la revista Time y "¿Cómo manejar el déficit atencional?" de *La Nación*, entre otros. Existe un trabajo de graduación efectuado por Ingrid Gólcher, cuyo título es *Atención sin tensión* y la respectiva Memoria, la cual contiene un capítulo de terminología y además contiene un estudio de los verbos frásicos o compuestos. Dicho texto difiere, sin embargo, del que se tradujo en el presente Trabajo de Graduación en que enfoca principalmente los aspectos fisiológicos del ADHD, y más en específico los que tienen relación con los procesos que se llevan a cabo en el cerebro. Se puede observar también que los aspectos analizados en la Memoria de Trabajo se enfocaron hacia otras particularidades.

Es también de mucha ayuda, para aclarar dudas relativas al uso específico de términos médicos y de uso común, la consulta con personas especializadas en

sus respectivos campos, para aclarar y lograr adaptar los aspectos que se podrían prestar a un entendimiento vago y ambiguo. Se agradece la oportunidad de haber contado con la ayuda de las personas idóneas, que proveyeron la información necesaria para fundamentar el escogimiento de los términos o expresiones que se utilizan en Costa Rica.

Se espera que la presente Memoria de Trabajo les brinde a todas las personas interesadas en la adaptación o reelaboración de un texto escrito originalmente en el idioma inglés, el cual presenta estructuras gramaticales disímiles al castellano, de una manera de comprender en qué residen tales diferencias. Se logra la intención propuesta al transmitir cómo resolver dichas diferencias para realizar un texto que se ajuste a las reglas y convenciones del español. Aunque como sabemos, la bibliografía sobre las diferencias entre el inglés y el castellano es amplia, muchas veces nos topamos con que los que se exponen son aspectos sintácticos más propios del castellano que se usa en España, por lo que la investigación de esos textos, unida a los textos aquí producidos y al uso común de nuestra gramática resulta en un trabajo de gran provecho.

También es la intención que las adaptaciones culturales que se efectuaron, y el sistema utilizado para lograrlas provean de un método a seguir en trabajos futuros y que el aporte a la sociedad costarricense de un texto pensado para adaptarse a la terminología y a las expresiones características del medio sea de verdadera utilidad.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DE LOS TEXTOS Y BREVE DESCRIPCIÓN DE LA MEMORIA

En este capítulo se presentan los aspectos generales, tanto en lo que se refiere a traducción específicamente, como del trabajo de investigación realizado. Existen diferentes puntos que ayudarán a comprender el texto traducido, el texto original y la memoria que los acompaña.

Entre los puntos presentes en este capítulo se incluyen: un análisis detallado del texto original, el tema expuesto, sus propósitos, el énfasis o punto de vista del autor hacia el mismo y los lectores hacia quienes va dirigido. En cuanto al texto traducido, se tratará su propósito, la audiencia hacia quien va dirigido, cuál método de traducción se escogió, así como el estilo utilizado.

Partimos del hecho de que es imprescindible analizar el texto original antes de intentar entenderlo y traducirlo, atendiendo el consejo de Gerardo Vázquez-Ayora, quien afirma que "Sin análisis previo de un texto no se puede traducir" (*Introducción a la traductología*, p. 8) .

Se utilizaron, para el presente análisis, los parámetros expuestos por Peter Newmark en su libro *A Textbook of Translation* y por Eugene A. Nida y Charles R. Taber en *La traducción: teoría y práctica*.

Como se mencionó anteriormente, el título del texto original es *Non more Ritalin: treating ADHD without drugs* y el del texto traducido *Cómo tratar el déficit atencional sin drogas: alto a la Ritalina*. En este trabajo se incluyen los capítulos 1,2,3,4 y 6 del libro. En el primero de ellos explica la autora a profundidad lo que la motivó a escribir el libro, en él involucra al lector y lo sitúa

en el marco general del problema que expone. En el segundo, da las pautas que se siguen, en el sistema de medicina tradicional, para diagnosticar lo que es el trastorno de déficit atencional e hiperactividad o DHDA, las siglas que se utilizan para referirse al mismo. En el tercero y cuarto capítulos profundiza en lo que ella llama la "industria" del DHDA, en cuanto a la fabricación de medicamentos se refiere, (más que todo alude a la Ritalina, la cual se usa para tratar este trastorno), y a las diferentes modificaciones que necesitan los niños con este problema. El capítulo 6 provee de un ejemplo práctico de la forma en que la autora practica la medicina, y más específicamente, del caso de un niño con síntomas característicos del DHDA, el cual mejora sin necesidad de usar medicamentos, gracias a un trabajo médico investigativo.

En los capítulos que no se tradujeron se tratan otros temas relacionados con el principal, como se describen brevemente a continuación. El capítulo 5 profundiza en el enfoque que Block asume de la práctica de la medicina y cómo aprecia ella la salud en una forma integral, que comprende buenos hábitos y una buena alimentación, y no solo como la ausencia de enfermedad. Los últimos cuatro capítulos tratan los siguientes temas: el capítulo 7 expone sobre alergias a diferentes alimentos que afectan el comportamiento; el capítulo 8 describe cómo funciona la clínica Block y los servicios que ofrece; el capítulo 9 amplía la variedad de problemas de salud que a veces provocan un diagnóstico erróneo de hiperactividad y déficit atencional. Por último, el capítulo 10 explica en qué consiste la filosofía osteopática y cómo fue que se desarrolló a principios del siglo XX.

El texto trata sobre el trastorno de déficit atencional e hiperactividad, desde un punto de vista más médico, y hasta económico, que pedagógico. En él, la

autora expone primero su experiencia, no con la Ritalina específicamente, sino con diferentes medicamentos recetados a su hija, los cuales le provocaron gran cantidad de efectos secundarios no deseados. En cuanto a su relación con el trastorno antes mencionado, desarrolla el tema como facultativa que se encarga de ayudar a niños y adultos con este problema, tan común en los últimos años. Describe también, con bastante detalle, cuáles son los parámetros utilizados actualmente para hacer el diagnóstico del déficit atencional y da su opinión sobre la forma en que se llega a este diagnóstico. Expone las consecuencias del uso, a veces indiscriminado, de medicamentos, y critica su abuso por parte de médicos, educadores y padres. También revela la relación que existe entre este trastorno y las compañías farmacéuticas, el interés de las últimas en que se sigan empleando las drogas que producen y qué estrategias utilizan para conseguir este propósito. También se mencionan en el texto diferentes formas para descubrir cuáles son las causas que provocan los síntomas del síndrome en estudio, y la autora exhorta a la comunidad médica a investigar un poco más al paciente antes de recetar drogas que pueden tener consecuencias bastante graves en algunas ocasiones. Este es un tema que se presta a debate y a puntos de vista tan variados como lectores interesados en el tema existen. Debido a que son tantos los campos que abarca este problema: psicológico, educativo, médico y psiquiátrico, entre otros, es este un texto muy completo pues trata de cubrir también los temas que no pertenecen únicamente al campo de la medicina. En el último capítulo traducido aquí, se puede aprender sobre una de las causas subyacentes que provoca los síntomas del déficit atencional y de la hiperactividad: la hipoglucemia o bajo nivel de azúcar en la sangre, y cómo un simple examen y una dieta cuidadosa pueden

ayudar a ciertos niños a sobreponerse de una situación que les acarrea problemas con sus padres, sus maestros, otros adultos, sus compañeros y sus amigos.

Lo que pretende la autora en su libro es advertirles a los lectores el grave problema que encierra el rápido y, a veces, descuidado diagnóstico de déficit atencional e hiperactividad que se les hace a niños que presentan ciertas características: falta de atención, dificultad para aprender algunas materias en la escuela, poco control de sus emociones, etc. Quiere también dar a conocer su manera de practicar la medicina, el enfoque que le da ella a las enfermedades y la filosofía sobre la cual se basa su enfoque, la osteopatía. Existe también un interés personal, pues al final del libro, la Dra. Block da a conocer su centro para el tratamiento del déficit atencional y de problemas de aprendizaje. Se puede decir que, en cierta forma, la autora aprovecha muy bien el texto pues desarrolla todo un tema, presenta los diferentes enfoques que existen a su alrededor, los critica, los evalúa y a la vez le hace publicidad al sistema y centro de atención que dirige.

La versión traducida pretende informar al lector hispanohablante, y más específicamente, al lector costarricense, sobre las características y las diferentes opiniones respecto al déficit atencional, los tratamientos convencionales y los peligros o cuidados que se deben tener en cuenta a la hora de decidir qué estrategia se va a seguir con niños que presentan esos síntomas. En nuestro ámbito se analiza con mayor atención el aspecto puramente pedagógico del problema, debido a que es en el aula donde se hace más evidente que existe. Los psicólogos también intervienen pero, muchas veces, con un sentido remedial más que preventivo y los padres acuden a ellos para solucionar un trastorno que ellos, sin saberlo, pueden ayudar a resolver. Creo que la parte traducida del texto

puede dar una nueva visión a padres y maestros que buscan soluciones diferentes para abordar el problema del déficit atencional. No se debe despreciar la ayuda que las ideas que expone la autora pueden ofrecer a la comunidad médica y educativa de Costa Rica, aunque sea para solucionar unos cuantos casos de los que se presentan aquí. La sección que revela la conexión entre las compañías farmacéuticas y el uso de medicamentos sirve como información general, ya que no práctica, para ampliar el panorama de todo el problema que se encuentra detrás del uso y del abuso de la Ritalina.

El texto original se consigue en presentación de pasta suave, en edición de bolsillo. Para el presente trabajo se consultaron dos diferentes ediciones, la primera que se imprimió, en el año 1996, presentaba un formato ligeramente más grande que la segunda edición, del año 1997. Se puede deducir, por la rápida impresión de la segunda edición, que el texto fue un éxito y que la disminución en su tamaño fue hecha con la intención de hacer de él un texto de consulta, fácil de transportar y de manipular. La traducción se llevó a cabo con la intención de que sirviera de base para esta memoria, pero existe la intención de traducir el texto completo para que sea una opción de consulta en escuelas y colegios. Existe en Costa Rica un grupo de personas interesado en difundir información y ayuda práctica a los padres y maestros para que puedan lidiar mejor con el problema en cuestión; su nombre es Fundación DA (el nombre viene del verbo "dar" pero se ajusta a la iniciales de Déficit Atencional). Un propósito de la traducción de este texto es que la Fundación DA, entre otros, pueda obtener de ella algún provecho.

La autora muestra un gran apasionamiento hacia el tema que trata en su libro. Ella deja ver también valentía, pues brinda datos de los manejos internos de grandes compañías farmacéuticas y denuncia los intereses de las mismas. El

mismo hecho de que la señora Block empezara a estudiar medicina a la edad de 39 años para ayudar a su hija, demuestra la gran determinación de esta madre y sobresale su dedicación posterior a la carrera cuando se llega a saber sobre el centro de atención que dirige y que lleva su nombre: el Centro Block. A través del texto existe, de parte de ella, una actitud de resentimiento por lo que le sucedió a su hija, y utiliza un tono un poco despreciativo por los médicos que representan la medicina tradicional. Como ejemplo de esta actitud, se puede tomar en cuenta un pequeño fragmento tomado del Capítulo I:

I learned some hard lessons when Michelle was seriously ill. Drug therapy not only created illness in my daughter, but it also nearly killed her. The "experts" of traditional medicine had grossly and negligently treated Michelle (p. 3).

Es importante mantener el mismo tono en el original, pues este tono es el que explica, en alguna medida, la razón de ser del texto:

Aprendí lecciones muy duras mientras Michelle estuvo gravemente enferma. La terapia a base de drogas no sólo le provocó enfermedades, sino que estuvo a punto de matarla. Los "expertos" de la medicina tradicional trataron a Michelle de forma ingrata y negligente (p. 2).

El tipo de lectores a los cuales va dirigido el texto original abarca un grupo bastante homogéneo. El tema es de interés para padres, educadores, psicólogos, médicos y otras personas que tengan que tratar con niños o adultos que presentan los síntomas del trastorno de déficit atencional e hiperactividad. A los padres

les interesa saber que no les están causando un mal a sus hijos al administrarles una droga que puede ser dañina, y que pueden escoger entre diferentes opciones de tratamiento. Los médicos y los psicólogos pueden aprovechar la misma oportunidad para ofrecer a padres y maestros no enterados nueva información.

El hecho de que el texto esté dirigido a tan vasto público explica que posea un grado de dificultad promedio, en él la autora no utilizó un lenguaje muy técnico, aunque se refiera a temas médicos. La idea es que la información que presenta la comprendan los expertos y los legos en la materia también.

El grupo de personas que va a leer la traducción es semejante al que lee el original. Existe, sin embargo, la necesidad de efectuar algunas modificaciones que se ajusten a nuestro medio y uso de la lengua e, inclusive, en algunos casos recurrir a la utilización de anglicismos (de acuerdo al Diccionario Real de la Academia Española: giro o modo de hablar propio de la lengua inglesa), para facilitar la comprensión del texto. Entre las modificaciones están la readaptación de modismos y la información adicional en caso de instituciones y programas pertenecientes a los Estados Unidos. Las modificaciones mencionadas se tratarán con más profundidad en el Tercer Capítulo de esta memoria: "Adaptaciones culturales y semánticas necesarias para el público costarricense".

En cuanto al medicamento del que más se abusa en los Estados Unidos para tratar el DHDA, la Ritalina, es una medicina ampliamente conocida y utilizada en Costa Rica. Sería de gran utilidad, por lo tanto, para la misma audiencia del texto original, saber acerca de sus ventajas y desventajas. También es importante hacer notar que la mayoría de las opciones que presenta el texto están al alcance de todas las personas, por lo cual gran parte de su intención original se mantiene.

La misma idea de no incluir términos médicos especializados es útil en el texto traducido, pues lo ideal es que el texto sea accesible a la mayor cantidad posible de lectores.

Por ser el presente un texto bastante nuevo, la información que incluye es de mucha utilidad. También, la cercanía geográfica y cultural que existe entre Costa Rica y los Estados Unidos hace que los temas tratados no presenten grandes diferencias en cuanto a costumbres. La información relativa a la forma de vida estadounidense y las facetas que se han adoptado en nuestro país hacen la cercanía entre los dos países aún más evidente. Por ejemplo, el tipo de dieta costarricense se hace poco a poco más parecida a la del ciudadano de los Estados Unidos; esta es una razón por la cual podemos explicar que se conserven en la traducción nombres de alimentos que se consumen en Costa Rica y que se conocen con los nombres estadounidenses un poco adaptados. Además, la vida se hace cada vez más complicada y más difícil para los padres, que deben dedicar el poco tiempo libre que les permite el trabajo, a ayudarles a sus hijos a cumplir con las obligaciones de escuelas que se vuelven cada vez más demandantes. Esta característica de las instituciones de enseñanza pone, por ende, más en evidencia cualquier problema que puedan presentar los niños, pues al ser las exigencias mayores, se requiere de más concentración y control de parte de ellos. En cuanto a la variación en el diagnóstico del trastorno y los diferentes nombres que se le han dado, en vez de provocar confusión en nuestro medio, ayudan a entender la evolución que se ha dado, pues aquí se han adoptado los nombres que se le dan en otros países como los Estados Unidos.

Otro aspecto que ayuda a la comprensión del texto, es el registro empleado. La autora desarrolla el tema con un análisis de ideas que requiere, por

lo expuesto anteriormente, de un registro formal pero no exageradamente técnico. La autora también emplea a veces un registro más informal, como cuando se dirige al lector en forma directa, como se verán ejemplos más adelante. Considero que es necesario conservar los diferentes registros que existen en el original para lograr el mismo efecto. Sería una lástima echar por tierra la valentía de la Dra. Block al denunciar tan enérgicamente una situación que ella considera perjudicial. De hecho, las estructuras gramaticales que emplea, dicen mucho de la intención del texto, pues no sólo las estadísticas y las cifras que menciona le dan el carácter beligerante que ella adopta, lo hacen más el uso de la primera persona y la firmeza de las opiniones que externa (Peter Newmark, *A Textbook of Translation*, capítulo 4).

El texto original tiene, de acuerdo a las guías provistas por Peter Newmark, una función eminentemente informativa; sin embargo, muestra también características de la función vocativa. Al ser un texto que provee de datos basados en investigaciones y manuales existentes, cumple con su función informativa. No obstante, la autora utiliza la función vocativa cuando se dirige al lector y lo insta a sentir y a actuar, o sea a "reaccionar" en la forma en que lo dirige el texto. Otra característica de la función vocativa es el uso de "lenguaje inmediatamente comprensible para el lector" y en la relación personal que establece con el mismo, al utilizar la primera y la segunda personas gramaticales que establecen una conexión entre ambos:

✓*Look closely at the actual wording of the DSM-IV diagnosis (p. 17).*

Observe la forma en que está redactado el diagnóstico del DSM IV (p. 22).

✓*The chance that your child will or will not receive a diagnosis of ADHD depends upon de point of view of the individual making the evaluation (p.17).*

...la posibilidad de que a su hijo se le diagnostique el síndrome, depende del punto de vista de la persona que efectúe la evaluación. (p. 22).

✓*I definitely prefer not to label anyone, but if I had to choose from all the names used thus far, I would prefer "Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity" (p. 19).*

Definitivamente prefiero no etiquetar a nadie, pero si tuviera que escoger entre todos los nombres que se han utilizado, preferiría el de "trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad" (p. 23).

En cuanto al método de traducción escogido, podemos decir que la función del texto cumple un papel importante, pues delimita las posibilidades. Al texto se le puede aplicar cualquiera de los dos métodos mencionados por Newmark en el capítulo 4 de *A Textbook of Translation*: la traducción semántica o la traducción comunicativa. La diferencia entre ambas es pequeña y reside en que la traducción semántica respeta más, por decirlo así, el original que la traducción comunicativa. No se afirma con esto que la traducción comunicativa "irrespete" el

original, sino que se concentra más en hacer que el lector de la traducción comprenda y acepte el texto, para lo cual se deben hacer los cambios que sean necesarios. Afirmamos que la función es importante, pues no podemos aplicar otro tipo de modelos de traducción a un texto con función informativa-vocativa como es el caso de la que nos ocupa; se podría sin embargo, optar por una traducción fiel, la cual "trata de reproducir el significado contextual exacto del original dentro de los límites de las estructuras gramaticales de la lengua meta. Transfiere palabras culturales y conserva el grado de 'anormalidad' (desviación de las normas de la lengua original) en la traducción" ¹. Debe aceptarse que el optar por el último modelo descrito ahorra gran cantidad de trabajo pues no implica la adaptación y el mejoramiento del texto en la lengua meta, pero también resulta en un trabajo de calidad inferior que demuestra falta de interés hacia el lector y, con toda razón, llegar a provocar una falta de interés del lector hacia el texto. Volviendo a los modelos mencionados anteriormente, la traducción comunicativa es la más apropiada para un texto informativo-vocativo como el presente, la que mayor respeto hacia el lector brinda, como lo define Newmark: "Sin embargo, la veta vocativa (persuasiva) en la mayoría de los textos informativos debe restituirse teniendo en cuenta a la audiencia..."².

Utilizar el método comunicativo implica una serie de responsabilidades para el traductor. Debe tenerse en cuenta que se busca un "efecto equivalente" o una "equivalencia dinámica" como la llama Nida³ y que Newmark explica más como el "resultado que se busca" que la "meta" de la traducción; en el caso de textos con función vocativa, este efecto es imprescindible. Para lograr este efecto equivalente es necesario recurrir a cambios que implican un trabajo investigativo de parte del traductor, para lograr adaptar al TM⁴ todos los aspectos

(expresiones, costumbres, instituciones) que son característicos de la cultura a la que pertenece el TO⁵; como lo explica Newmark, "el deber de la traducción comunicativa es explicar"⁶.

Es importante decidir qué se va a hacer con el texto original. Como afirma Gregory Rabassa, el gran maestro de traductores, "el proceso de traducción es un proceso de escogimiento" y las "experiencias anteriores de una persona afectan al traductor de la misma manera en que afectan al lector"⁷. Con estas declaraciones nos permitimos, como traductores, elegir y actuar de la forma más responsable posible ante un texto, tratando de hacer lo mejor, teniendo en cuenta que una traducción "nunca puede igualar al original; se le puede aproximar, y su calidad sólo se puede juzgar por cuánto se le aproxime" y que el trabajo de traducción "no se termina nunca, continúa abierto y podría seguir hasta el infinito"⁸.

Con la elección del método comunicativo de traducción, entonces, es necesario efectuar algunos cambios que van a adaptarse a la lengua meta (idioma al cual se va a traducir), para que los lectores no sientan que el texto no se ajusta al esquema mental de cómo se utiliza su idioma; también es importante decidir qué aspectos se van a conservar. Los registros que utiliza la autora no afectan la idiosincracia del costarricense; de hecho, el que se dirija al lector en forma directa, de la forma en que lo hace, y que utilice la primera persona, expresan un sentido de "confianza respetuosa" que se puede conservar perfectamente en la traducción. El español provee, gracias a la doble opción en el uso de la segunda persona singular, de una herramienta adicional que no posee el idioma inglés; gracias a esta característica podemos además escoger si vamos a emplear el "usted", más formal, o el "vos", definitivamente informal. En el segundo capítulo

de esta memoria, cuyo título es "Cómo evitar la repetición en el texto meta y ajustarse al genio de la lengua castellana" se hará un análisis de los cambios sintácticos que sí se consideraron necesarios para cumplir el propósito de adaptar la forma al castellano tradicional, entre ellos la puntuación.

Es incuestionable la necesidad de recurrir a textos paralelos para obtener una idea de cómo se trata el tema en el medio en que se va a utilizar la traducción. Por supuesto, las traducciones son de muchísima ayuda pues dan idea de los parámetros y métodos empleados para adaptar los diferentes términos al castellano, también permiten aclarar aspectos un poco confusos, si los hubiere, del texto original. No se pueden dejar de lado tampoco, los textos escritos en la lengua terminal. Especialmente los escritos en Costa Rica fueron de mucha ayuda pues aclaran la utilización de términos en un espacio regional específico. Para proveer sólo un ejemplo, de importancia básica, se encuentra el uso de las siglas para referirse al trastorno del cual se trata durante todo el texto. Todos los textos traducidos que se consultaron utilizan las mismas siglas del inglés (ADHD), por lo cual, en un principio se había decidido conservarlas en la presente traducción. Sin embargo, fue gracias a un texto escrito en Costa Rica: *La verdad sobre el déficit atencional* de la autora Ethel Pazos, y las publicaciones de la Fundación DA, que se pudo observar que aquí se emplean las siglas DHDA para referirse al conjunto de síntomas que componen el síndrome. En la bibliografía se proveerá de una lista de textos paralelos, traducidos y escritos en Costa Rica, para que puedan ser consultados por las personas interesadas en ahondar más en la materia.

Se encuentra dentro de lo que abarca el presente capítulo la explicación, a grandes rasgos, de lo que trata el texto aquí incluido y los marcos teóricos para

aproximarse al análisis del texto original y del traducido. Es la esperanza que los capítulos que siguen sean de provecho al campo de la traductología, que puedan ayudar a aquellos que se interesen por la resolución de problemas que se presenten, siempre lo hacen, a la hora de traducir del inglés al español textos que compartan características con el aquí incluido.

NOTAS

- ¹ Peter Newmark, *A Textbook of Translation*, p. 46 (traducción).
- ² *Ibidem*, p 48 (traducción).
- ³ Ver capítulo II de *La traducción: teoría y práctica*.
- ⁴ Texto Meta o texto traducido.
- ⁵ Texto original.
- ⁶ Peter Newmark, p. 48 (traducción).
- ⁷ De "No Two Snowflakes are Alike", en *The Craft of Translation* (Editado por John Biguenet y Rainer Schulte).
- ⁸ *Ibidem*, p. 1 y p. 7.

CAPÍTULO II

CÓMO EVITAR LA REPETICIÓN EN EL TEXTO META Y AJUSTARSE AL GENIO DE LA LENGUA CASTELLANA¹

“La regla de oro para toda traducción es, a mi juicio, *decir todo* lo que dice el original, *no decir nada* que el original no diga, y *decirlo todo con la corrección y naturalidad* que permita la lengua a la que se traduce.”

Valentín García Yebra

Cada lengua posee una estructura y un ritmo característicos. Es por este motivo que al transmitir en un idioma un mensaje que se escribió originalmente en otra lengua, se debe tener el cuidado de amoldarse a la estructura y al ritmo nuevos. No nos referimos aquí al ritmo de la prosa como lo describe García Yebra en su texto *Teoría y práctica de la traducción*, en el cual se da “la ordenada sucesión de sílabas tónicas y átonas, las formaciones de grupos, la tensión, las pausas” (p. 308). Este ritmo lo utilizaron los prosistas griegos y latinos y cuando se usa le confiere a la prosa una calidad artística. Por otro lado, el “ritmo” en el cual nos vamos a concentrar aquí es al sonido natural que posee el idioma, el que constituye lo natural para el lector (y hablante), y más específicamente el español. Desde este punto de vista, se puede decir que parte del ritmo de una lengua es la escasa o abundante repetición, la cual puede causarle al lector una reacción determinada; otra faceta que le confiere a un texto un ritmo extraño es

la forma en que se expresa la continuidad, la longitud de las pausas que se dan a través del discurso escrito. En el presente capítulo se ha esquematizado un sistema que detecte y permita hacer los cambios necesarios para que el texto traducido posea un ritmo que pase desapercibido para el nuevo lector, que le parezca "natural".

Hay, sin embargo, aspectos que se deben analizar antes de proceder a brindar a los lectores del texto meta (TM), una versión completamente castellanizada. A pesar de que en el capítulo I se llevó a cabo un análisis del texto original (TO), se pueden agregar algunas consideraciones relativas al problema específico que se estudiará en el presente capítulo.

Existen ocasiones en que se debe respetar el ritmo y las estructuras del original: un poema tiene su razón de ser tanto en las palabras como en el "sonido" que posee; una obra literaria debe reflejar el contexto en que se desarrolla y éste se debe respetar para que el lector obtenga la "imagen" exacta que el autor quiso describir. En estos casos se habla de expresión literaria, el lugar de residencia de la descripción y la narración.

Si se toman como referencia los tipos de escrito que describe Miriam Álvarez en *Cuadernos de Lengua española* (Tipos de escrito I: Narración y descripción, y Tipos de escrito II: Exposición y argumentación), pueden dividirse, a grandes rasgos, en aquellos que forman parte de la expresión literaria (mencionados anteriormente) y los que representan las "modalidades relacionadas con las vertientes científicas y humanísticas de la comunicación" (p. 10, Tipos de escrito I).

Todo parece indicar, entonces, que el texto bajo análisis pertenece a este último grupo. Dos subtipos de escrito que pertenecen al grupo mencionado son el

expositivo y el argumentativo. El objetivo del primero es "el de ofrecer un tema cualquiera al receptor en forma clara y ordenada [...] requiere un conocimiento global de la cuestión..." (p. 9, Tipos de escrito II); en cuanto al argumentativo,

"...se utiliza normalmente para desarrollar temas que se prestan a controversia, y su objetivo fundamental es ofrecer una información lo más completa posible, a la vez que intentar persuadir al lector mediante un razonamiento". (p. 25)

A pesar de estas especificaciones en cuanto a tipos de texto, sería un poco arriesgado declarar que el texto que nos ocupa es solamente argumentativo o expositivo pues,

"...puede afirmarse que no existe una modalidad aislada, sin que participe con otra en un mismo texto. No se concibe la narración sin elemento descriptivos; la argumentación por su parte, se combina con la exposición, aunque ésta pueda aparecer, sin duda, de forma aislada e independiente [...] normalmente una composición es una mezcla de todos ellos." (p. 11, Tipos de escrito I)

En vista de que nos abocamos a la traducción de un texto en el cual aparecen rasgos narrativos, descriptivos, expositivos y argumentativos, debemos tener el cuidado de conservar, o modificar, lo que fuera necesario, de acuerdo al tipo de escrito que se fue presentando en cada sección. Gracias a que no predomina lo literario en el texto, pues las partes narrativas y descriptivas son

minoría, existió más libertad para decidir cómo se evitaría la repetición, incluyendo los cambios sintácticos necesarios, pues lo que se desea es que el mensaje llegue al nuevo receptor en la forma más clara y amena posible.

Se puede recurrir a diferentes recursos para evitar, dentro de lo posible, la repetición presente en el TO de una manera responsable:

1. El uso de conectores para lograr la coordinación de oraciones que suprime, en parte, la reiteración de sujetos y objetos.
2. El uso de frases y pronombres relativos para, por medio de la subordinación, evitar usar las mismas palabras una y otra vez.
3. La búsqueda de sinónimos que le den variedad al texto.
4. La investigación previa para detectar y evitar los "falsos amigos" o falsos cognados².
5. Realizar cualquier recurso estilístico necesario para reducir al mínimo la repetición.

Antes de abocarse a la tarea de poner en práctica los recursos mencionados, se pueden tomar en cuenta ciertos pasos que ayudarán a lograr lo propuesto:

- a. Leer el texto con cuidado para comprender a fondo el mensaje del autor, sin ponerle mayor importancia a la sintaxis;
- b. releer para detectar la presencia de oraciones muy cortas que obligan a repetir sujetos u objetos;
- c. pensar en cómo diría un lector de lengua española lo dicho en el TO.

En vista de que una de las características del TO es la de oraciones muy breves, separadas por puntos (parataxis), y que el castellano, por el contrario,

favorece las relaciones subordinadas (hipotaxis), se hizo necesario, detectar en qué partes se presentaba este rasgo del inglés para efectuar las modificaciones pertinentes. En castellano, las oraciones cortas van en detrimento del buen estilo y así lo dejan ver diferentes autores.

En el *Manual de Traducción*, Juan Gabriel López y Jackeline Minett, califican las estructuras hipotáticas como pertenecientes a un lenguaje más culto, mientras que la parataxis viene a representar un uso lingüístico más infantil o coloquial. En consecuencia, recomiendan unir en el castellano oraciones que en el inglés se encuentran en forma separada. Los autores mencionados expresan así esa característica de la lengua inglesa:

"La menor extensión del período inglés en comparación con el castellano se ve facilitada por la capacidad de la lengua inglesa para construir una sucesión de oraciones relativamente simples recurriendo a las repeticiones y las referencias anafóricas para mantener la cohesión del discurso" (p.87)

y agregan que "...el castellano, en cambio, hace un uso general mucho más amplio de la subordinación." (p.89), lo cual hará necesario, siempre y cuando "esta característica no sea un rasgo estilístico pertinente [...] unir en castellano en un solo período oraciones que el inglés presenta de modo independiente." (p. 85)

Para Gerardo Vázquez-Ayora, las frases cortas en el castellano, dan la impresión de dificultad de raciocinio. En inglés, sin embargo, no se presenta este problema; por lo tanto, sería inapropiado afirmar que el TO presenta un "mal estilo". Tal y como lo explica este autor (pp. 111, 112 de *Introducción a la*

Traductología) el español subordina siempre que sea posible y su sintaxis le exige mayor 'coherencia interna' de la oración, del período y del texto en general; el inglés, por su parte, no se caracteriza por los párrafos largos y complejos y prefiere las oraciones y cláusulas cortas. Además, imitar en el castellano el uso de oraciones cortas nos conduce al uso de un anglicismo de frecuencia³. Una de las razones que explican este proceder de la lengua inglesa, es la preferencia por la concisión y economía de la cual hace gala este idioma.

Como resultado del uso de oraciones breves en el inglés se da la repetición, pues al existir poca subordinación, ésta se hace necesaria. Además, este recurso de la repetición se convierte en uso obligado en el inglés porque en esa lengua todo sintagma verbal completo debe expresarse, con la salvedad del imperativo (p. 105, Vázquez-Ayora). En el castellano, en cambio, se favorece la variación como forma de evitar la repetición que no posee un propósito determinado (como recurso retórico). Algunos fines específicos del uso de la reiteración pueden ser artísticos, literarios o educativos; por lo tanto, cuando se utiliza, se hace con alguno de estos propósitos en mente.

Es importante aclarar que no se debe asumir que el inglés carece totalmente del uso de la subordinación, pues al decir que este idioma favorece la parataxis y la yuxtaposición (enlace asindético o la supresión de elementos de enlace o conjunciones) no debemos dar una idea equivocada ni categórica de su total ausencia. En el texto *Harbrace College Handbook* (p. 267) se lee: "One of the marks of a mature style is effective use of subordination, particularly of modifying phrases and clauses that give grammatical focus to main clauses". [Una de las características de un estilo experimentado, es el uso de la subordinación,

en especial de frases y cláusulas que provean a las cláusulas principales de enfoque gramatical].

Hay que tener cuidado, sin embargo, de no caer en el extremo opuesto al traducir al español: el abuso de la subordinación o coordinación, que, como lo explica Ethel Pazos en *Frecuentes errores en el uso del español* (p. 181), "consiste en elaborar párrafos largos, con oraciones que se subordinan a una principal, por medio de pronombres relativos [...] O bien, con muchas oraciones coordinadas por medio de conjunciones..." y que, como resultado "...el sentido de la oración principal se pierde de vista o se confunde." Según esta autora, tal exceso de subordinación se debe a la "pereza de pensar y al descuido [...] que no sólo afea un texto, sino que distorciona el contenido" (p. 150).

Al tratar el problema del paso de la parataxis a la hipotaxis, se hace necesario ahondar en el tema de las estructuras y la forma en que éstas se separan o se unen, ya sea por el uso de conectores o de puntuación. Emilio Alarcos Llorach aclara en su *Gramática de la Lengua española*, que la función de los conectores es fundir "en un único enunciado dos o más oraciones que de suyo podrían manifestarse aisladas como enunciado" (p. 227). Como ya vimos, el inglés hace uso de los conectores, pero al aplicar en forma diferente la puntuación, se da una diferencia de fluidez: a diferencia del español, el inglés utiliza el punto ante las conjunciones, los adverbios o las locuciones, sin que esto vaya en detrimento del buen estilo del texto. El castellano, opta por pausas menos marcadas y usa el punto y coma, y la coma, para subordinar oraciones y expresar relación; el punto indica una pausa o separación más brusca. En cuanto al uso de nexos, o conectores, el español consta de reglas muy precisas para su uso, que ayudan a conservar la sintaxis, un poco estricta, característica de esta lengua. La

manera más lógica de probar que los pasos expresados dan como resultado un buen texto, es ponerlos en práctica por medio de ejemplos representativos:

Ejemplos

A continuación se expondrán varios casos en los cuales se siguieron las pautas expuestas con anterioridad. Se verá el paso de la parataxis a la hipotaxis, el ajuste de estructuras (omisión de pronombres como sujeto y de pronombres posesivos) y además cómo se pudo evitar la repetición innecesaria, con el debido cuidado de no caer en la traducción de falsos amigos:

1.

TO: Jason started crying the moment he was born. He didn't stop for two years. (p. 13)

TM: Jason empezó a llorar desde el momento en que nació y no se detuvo en dos años. (p. 13)

Aquí se usó la conjunción copulativa "y" para unir dos oraciones muy cortas. Este recurso evita, además la repetición del sujeto en la segunda oración (en el inglés), o sea del pronombre "El", cuyo uso en castellano constituye un anglicismo de frecuencia.

2.

TO: Jason was very, very, bright. He taught himself to read at the age of three (p. 13).

TM: Jason era un niño muy inteligente que aprendió a leer solo a la edad de tres años (p. 14).

Para lograr el mismo propósito que en el ejemplo anterior, se utilizó esta vez un demostrativo especificativo que subordina la segunda oración. Este recurso crea una oración subordinada con la función de modificar al núcleo sustantivo porque es una "proposición adjetiva" (*Gramática del español*, Villalobos y Alfaro).

3.

TO: The child must have at least six of the symptoms to receive the diagnosis. However it shouldn't matter if a child has one symptom or twelve symptoms. If her or his behavior interferes with life at home or in school, the child needs help. Giving the child a label and a drug is not what I think help should be. (p. 18).

TM: El pequeño debe presentar por lo menos seis de los síntomas para que se le pueda dar el diagnóstico; pero, no debería importar si un niño presenta uno, o los doce síntomas. Si su comportamiento interfiere con las actividades normales de la casa o de la escuela, necesita ayuda. Etiquetar al paciente y medicarlo no es lo que yo considero la ayuda adecuada (p. 19).

En el fragmento anterior se repite la palabra *child* en cuatro ocasiones: una vez en cada oración. Al unir las dos primeras en una sola, por medio de la conjunción adversativa "pero" y recurrir al uso de sinónimos (el pequeño, el niño, el paciente), y del pronombre posesivo "su", se logra eliminar tal reiteración.

4)

TO: Epinephrine, commonly known as adrenaline, is a very important chemical in our body, working on both the nervous system and the immune system. It affects

our hearts, our lungs, our stomach, and our brain. Just about everything in our body is affected by adrenaline. (p.74)

TM: La epinefrina, comúnmente conocida como adrenalina, es una sustancia química muy importante del cuerpo, que trabaja tanto en el sistema nervioso como en el inmunológico; afecta el corazón, los pulmones, el estómago y el cerebro. La adrenalina afecta casi todo el organismo y se la conoce a menudo como la hormona de "ataque o escape" por ser una hormona protectora (ver nota al final del comentario).

En este caso se evitó del todo el uso del pronombre posesivo en la traducción. El original incluye en seis ocasiones el pronombre "our". Se puede observar que la segunda oración se subordinó a la primera por medio del pronombre relativo "que". Se cambió el pronombre posesivo por el uso de artículos para ajustarse al español y apartarse del estilo inglés, en el cual es característico dicho uso del posesivo, "el que guarda relación con el sustantivo al cual se refiere" (Marina Orellana, p. 170), lo cual no sucede en el castellano y que además constituye un anglicismo sintáctico. En *Introduction to Spanish Translation* (p.99), se confirma que es un anglicismo de este tipo: "...Overuse of possessive pronouns with parts of the body" [...El abuso de pronombres posesivos unidos a partes del cuerpo], y se agrega como ejemplo "My arm hurts", siendo un anglicismo "me duele mi brazo", donde se debe escribir "me duele el brazo".

(Esta cita se tomó de uno de los capítulos traducidos, pero no incluidos, dentro de este Trabajo de graduación; sin embargo, se incluyó dentro de la Memoria pues se consideró que ilustraba, con más claridad que otras, el tema que se quería tratar.)

5.

TO: I must admit that I was highly skeptical. The doctor I had read about was an osteopathic physician, a DO, and at that time, I had a prejudice against osteopathic medicine, because of stories I heard from others (pp. 9,10).

TM : Admito que me sentía totalmente escéptica. El doctor sobre el cual leí era un médico osteópata, y en ese entonces, tenía prejuicios en contra de este tipo de medicina, por algunos casos que me habían contado (p.9).

A diferencia del inglés en el cual se debe mencionar el pronombre en todos los casos con excepción del imperativo, el castellano lo puede omitir porque se reconoce en la flexión de persona gramatical del verbo; esta clase de sujeto se llama sujeto omitido, desinencial, tácito, flexional o eléptico (*Gramática del español*, Villalobos y Alfaro). De esa manera, se evitan repetir cinco pronombres en la primera persona que se presentan en el original, y como se puede observar no se incluye "yo" en ninguna parte de la traducción. Lo que se hace en el español es, entonces, incluir la persona y el número en la conjugación verbal: *admito, leí, tenía, me habían contado*. En este ejemplo es importante mencionar la omisión de la siglas DO del original, lo cual no representa una falta de respeto al original. Nos basamos para esta decisión primero, en el sentido común: no nos referimos a los distintos especialistas médicos por medio de la utilización de siglas (un dermatólogo no es un MD o DD, un oncólogo no es un MO o DO, un pediatra no es un MP o DP, y así con las demás especialidades). Con mucha más razón no vamos a escribir DO para "doctor en osteopatía", cuando esta es una especialización de la que prácticamente no se conoce nada en Costa Rica. La segunda razón es la recomendación que provee el *Manual de español urgente*, en sus apartados 3.19. y 3.20, en los cuales dice que no se utilizarán nunca abreviaturas, con excepción de

las más conocidas sin aclarar su significado (ONU, UNESCO, UNICEF, OEA y otras).

6.

TO: It is ironic to me that doctors today do not like the power and control insurance companies are exerting over them, while doctors have been controlled for over fifty years by the drug companies.

Yes, the drug companies control medicine and the way doctors practice. They control medical schools, continuing medical education, medical journals, and medical research.

Doctors didn't mind when it was just drug companies controlling medicine. It was a symbiotic relationship. The drug companies made money by helping the doctors make money (pp. 24, 25).

TM: Me parece irónico que hoy día a los médicos no les guste el poder ni el control que las compañías aseguradoras ejercen sobre ellos, a pesar de que las compañías farmacéuticas los han controlado durante más de cincuenta años. Sí, las compañías farmacéuticas controlan la medicina y la manera de ejercerla, también controlan las Escuelas de Medicina, los cursos de actualización, las revistas y la investigación médica. A ellos no les importaba cuando eran sólo las compañías farmacéuticas las que controlaban la práctica de la medicina, pues se daba una relación simbiótica: las compañías ganaban dinero al ayudar a los médicos a ganar dinero (pp. 26, 27).

La longitud de este ejemplo se debe a que, para evitar la repetición y lograr hipotaxis es necesario tomar antecedentes que provienen de párrafos anteriores en el original y formar un nuevo solo párrafo en la traducción. El original presenta la palabra "doctors" en cinco ocasiones, en la traducción se

redujo a dos menciones de "médicos". Para lograrlo se utilizó "los", que es una forma del pronombre "ello" en forma oblicua: *los han controlado durante más de cincuenta años*; en otra ocasión se impersonalizó la acción: *y la manera de ejercerla*; en la última oportunidad en que se evitó su repetición se refiere al antecedente ya provisto en la primera oración y se dice simplemente: "*A ellos no les importaba...*"

En cuanto a la coordinación e hipotaxis se combinaron las tres oraciones del último párrafo mostrado en una sola por medio de la utilización de la partícula consecutiva "pues" en función causal que equivale a "ya que" o "puesto que" (María Moliner). Para unir la última oración de ese párrafo se usaron los dos puntos, que se usan cuando lo que sigue es una explicación, aclaración, desarrollo, consecuencia o comentario de lo que antecede.

7.

TO: From a physiological perspective, I believe the two disorders stem from a two very different underlying problems. The two disorders certainly manifest themselves differently, meaning that the afflicted children present very different symptoms (p.19).

TM: Desde una perspectiva fisiológica, considero que los dos trastornos tienen su origen en problemas subyacentes distintos; de hecho, los dos se manifiestan en forma diferente, lo cual significa que los niños afectados presentan síntomas muy distintivos (p. 20).

El presente ejemplo es muy interesante pues comprende todos los problemas a los cuales se alude en este capítulo: se debe modificar de manera que se anule la repetición, mejore la sintaxis y se verifique que no se usará un

falso cognado. Primero que nada, hay que tener el cuidado de no utilizar, por el deseo de variar el vocabulario como primera opción, la palabra "desorden" (existente en español), por "disorder". Con la precaución de verificar en un diccionario de cognados, se puede ver que "disorder" y "desorden" son en efecto falsos cognados: *Disorder* also refers to people's health, meaning *enfermedad* (f.) *trastorno*. (ej. El alcohol trae trastornos al hígado. *Alcohol causes disorders of the liver*). Según el DRAE (Diccionario de la Real Academia Española):

desorden: 1. confusión y alteración del orden. 2. Alboroto, motín. 3. Exceso o abuso, ; y, **trastorno:** Acción y efecto de trastornar o trastornarse. 2. Alteración leve de la salud.

Con el uso del DRAE se verifica lo expuesto por el *Dictionary of Spanish False Cognates*: se puede utilizar "trastorno" con el sentido que posee el texto, a la vez que se desecha la posibilidad de uso de "desorden". Luego, y como forma de evitar la repetición de "the two disorders", se utilizó la opción del punto y coma para unir dos oraciones yuxtapuestas y convertirla en una subordinada. El recurso estilístico conocido como elipsis⁴, permite eliminar "trastornos" e incluir solamente "los dos", pues el antecedente, mencionado en la oración anterior, no permite confusión. Se puede ver también que "different(ly)" se repite tres veces, por medio de los sinónimos *distintos, en forma diferente* (adverbio) y *muy variados* se logró no repetir ninguno de los presente en el TO.

Es importante hacer notar, en este punto específico, que existe una aparente discordancia entre lo analizado y el título mismo del libro traducido: se hace énfasis en que la forma correcta de traducir "disorder" es "trastorno" y no "desorden", sin embargo, en el título del libro se incluyen las iniales DHDA, las cuales, como se vio anteriormente se refieren al "desorden de hiperactividad y

déficit atencional". Hay que efectuar aquí una división entre lo que está gramaticalmente correcto, que es lo estudiado en este capítulo y lo usado en el medio costarricense en los campos de la psicología y la educación. En vista de que en Costa Rica a este trastorno se le conoce como "desorden", no sería correcto de nuestra parte inducir al lector a confusión cambiando las siglas a "THDA" (para más información sobre este tema en particular, véase el Capítulo III de esta Memoria).

Como se mencionó anteriormente, otra forma de evitar la excesiva repetición, es la de utilizar sinónimos para hacer que el texto fluya mejor. No obstante, se deben tener ciertos cuidados a la hora de usarlos. Sería irresponsable abrir un libro de sinónimos, buscar los existentes para sustituir el término que se desea cambiar y cambiarlos en el texto sin prestar atención a las posibles implicaciones. Un procedimiento muy útil para delimitar las palabras que pueden aplicarse al texto sin usar sinónimos inapropiados es el análisis componencial, el cual se explicará rápidamente por no encontrarse dentro del marco de estudio del presente trabajo. En este análisis,

"no se trata de distinguir los diversos significados de una misma palabra, sino los rasgos diferenciales que delimitan los significados de palabras afines [...] Se llama "componencial" porque en él se trata de confrontar los *componentes semánticos*, e. d., los rasgos constitutivos del significado de las palabras que se analizan" (García Yebra, p. 80),

para lo cual no es sólo importante un diccionario bilingüe, sino que es imprescindible uno monolingüe, así como diccionarios de sinónimos. El aplicar el análisis componencial para detectar los rasgos que pueden compartir las diferentes palabras nos evita el uso equivocado de sinónimos pues existen "...palabras cuyos significados se aproximan tanto que pueden a veces confundirse" (ibid. p. 79)

Aunque no se seguirá aquí la forma tradicional de efectuar el análisis componencial de una palabra, se va a seguir un modelo propio para encontrar los sinónimos que pueden ser de utilidad en la traducción y que consiste en buscar:

1. el significado de la palabra en cuestión en un diccionario monolingüe inglés;
2. los sinónimos en uno o varios diccionarios de sinónimos, para descubrir cuáles pudieron ser las opciones que tuvo el autor;
3. el significado de los diferentes sinónimos para detectar rasgos disímiles o comunes;
4. el equivalente de la palabra en un diccionario bilingüe;
5. los sinónimos que se pueden usar para traducir;
6. los significados de los sinónimos en un diccionario monolingüe español con la misma intención que se mencionó antes;
7. la decisión correcta luego de hacer una evaluación y análisis de lo encontrado al seguir los pasos anteriores.

Todo este procedimiento tiene como propósito reducir al mínimo el riesgo de introducir sinónimos con rasgos semánticos diferentes al término que se quiere variar. Al ser éste un texto con un enfoque médico, se debe tener en cuenta que,

"medical translation and interpretation may seem simple, but also have a number of difficulties. The apparent simplicity stems from the fact that much medical terminology has Latin and Greek roots, and thus has valid cognates in many languages, including Spanish and English. Many medical terms dealing with anatomy, diseases, medication and treatment fit into this category. However, many terms do not, and the translator should be cautious about false cognates." ⁵

Para demostrar la funcionalidad práctica del sistema expuesto se presentarán dos ejemplos en los cuales se aplicaron los pasos enumerados, los cuales sirven como guía para lograr el propósito propuesto. No se debe creer que es necesario seguir estos pasos en un orden tan riguroso, lo importante es llegar al último de ellos, el análisis final, luego de haber efectuado los pasos anteriores.

"Doctor"

Uno de los términos que la autora repite constantemente es "doctor". Si se investiga un poco todos los posibles significados de esta palabra tanto en el inglés como en el español, no se correrá el riesgo de usar sinónimos inadecuados para el texto.

1. Diccionario(s) monolingüe(s) inglés

En el diccionario *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary*, se encuentra como primer significado: **doctor**: 1. a person licensed to practice medicine: physician, dentist, or veterinarian. En *The Oxford Dictionary and Thesaurus*,

también como primer significado, está: **doctor**: 1. a qualified practitioner of medicine; a physician. En el mismo diccionario se incluye la siguiente lista de sinónimos: physician, medical practitioner, MD, general practitioner.

2. Diccionario(s) de sinónimos ingleses

En el texto *Use the Right Word: Modern Guide to Synonyms and Related Words*, se consiguió la siguiente lista de sinónimos y la definición para **doctor**:

Sinónimos: chiropractor, medic, osteopat, physician, surgeon.

Definición: *Doctor* is the most general term and it may also apply to specialists in related branches of medicine, such as psychiatrists, dentists, and veterinarians.

(p.173)

[“doctor” es el término más general, también se puede usar para referirse a los especialistas en las diferentes ramas de la medicina, tales como a psiquiatras, dentistas y veterinarios.]

3. Sinónimos posibles

El hecho que Block haya escogido el término “doctor”, y lo use a través del texto se debe al hecho de que es el término que abarca la medicina como práctica en un contexto más general. El utilizar indistintamente algunos, o todos, de los sinónimos incluidos en la lista requeriría:

- a. incluir a cirujanos en un campo en el que no se necesitan;
- b. utilizar especialistas en campos ajenos al que se relaciona con el ADHD;
- c. usar palabras que tienen otro uso (ej: “medic” se refiere a un hombre que se alista en el ejército para ayudar a los doctores en sus deberes.)

Sí utiliza en el texto el término "osteopath" cuando en efecto se refiere a un especialista en osteopatía. (p. 9)

La autora escogió el término "doctor" en su exposición; sin embargo, queda la duda de por qué no utilizó el sinónimo "physician". Para dilucidar esta duda, cabe aplicar el mismo modelo para saber qué razón la hizo desistir de su uso.

En los diccionarios mencionados, encontramos las siguientes definiciones para "physician":

Webster's: 1. a person who is legally qualified to practice medicine; doctor of medicine. 2 one engaged in general medicine practice, as distinguished from one specializing in surgery. 3. one who is skilled in the art of healing.

Oxford: 1. a person legally qualified to practice medicine and surgery. b. a specialist in medical diagnosis and treatment. c. any medical practitioner.

Como sinónimos ofrece los siguientes: doctor, medical practitioner, general practitioner, GP, surgeon.

Como se puede observar, la escogencia de un sólo término de parte de la autora cuando pudo haber utilizado un sinónimo, lo debemos achacar a una preferencia personal, pues ambos términos, "doctor" y "physician", pudieron haberse escrito indistintamente.

4. y 5. Diccionario bilingüe y sinónimos

Luego de resolver el problema del TO, se debe constatar que el término y los posibles sinónimos que se utilicen en el TM concuerden también con su uso correcto de acuerdo al ámbito que se trata.

Un diccionario bilingüe (*Simon & Schuster's*), provee de los siguientes equivalentes:

doctor: 1. médico, doctor. 2. doctor (título académico).

physician: médico, doctor, facultativo.

6. *Diccionario monolingüe español*

Al buscar la definición de "doctor" en el Diccionario de la Real Academia Española, se encontró:

m. y f. Persona que ha recibido el último y preeminente grado académico que confiere una universidad u otro establecimiento autorizado para ello. 2. Persona que enseña una ciencia o arte. 3. Título que da la Iglesia con particularidad a algunos santos que con mayor profundidad defendieron la religión o enseñaron lo perteneciente a ella. 4. En lenguaje usual, **médico**, aunque no tenga el grado académico de **doctor**.

Como ayuda adicional se encontró en el *Dictionary of Spanish Cognates* que "doctor" en inglés es exactamente "doctor" en castellano; sin embargo, los dos términos no se usan en las mismas situaciones. La explicación reza así:

In Spanish, *doctor* applies to any field: philosophy, history, mathematics, medicine, etc. Except in academic circles, *doctor* in English is now limited to physicians and dentists, and when the word is used, *médico* is generally understood. (p. 81)

En castellano, **doctor** se aplica a muchos campos: al de la filosofía, la historia, las matemáticas, la medicina, etc. A excepción de los círculos académicos, ahora el uso de *doctor* en inglés se limita a los médicos y a los dentistas y, cuando se utiliza esta palabra, lo que se entiende generalmente es *médico*.

6. Análisis

De acuerdo a esta aclaración en cuanto a los dos términos y su uso en las dos lenguas, se puede deducir que no es lo mismo utilizar el término "doctor" del inglés, que "doctor" en castellano, pues desinforma al lector. Como se vio que en español, "doctor" se refiere a otras muchas disciplinas, se debe buscar un término que se aplique a un doctor que trabaje en el campo específico de la medicina. Al probar en el DRAE con "médico", se encontró:

4. m. y f. Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.

El mismo diccionario presenta en la última acepción de "facultativo", lo siguiente:

6. m. Médico o cirujano.

Después de haber seguido y demostrado en la práctica el procedimiento descrito, se decidió utilizar en el TM tres términos para referirse a "doctor" en el TO. Como primera opción: "médico"; como segunda "doctor", tomando la precaución de que el contexto no permitiera dudas en cuanto a su significado y de existiera "médico" como antecedente cercano; y por último, aunque con menos frecuencia, facultativo. Creemos que estos tres sinónimos pueden usarse indistintamente, dándole preferencia a "médico", y que por medio de ellos, se puede lograr una variación que hará el texto más fluido.

"drug"

1. Diccionario(s) monolingüe(s) inglés

Oxford: 1. a medical substance. 2. a narcotic, hallucinogen, or stimulant, esp. one causing addiction.

Webster's: 1. a chemical substance administered to a person or animal to prevent or cure disease or otherwise enhance physical or mental welfare. 2. a habit-forming medicinal substance; narcotic.

Podemos apreciar que lo que a primera instancia parecía un deseo de la autora de adjudicarle a la palabra "drug" un sentido ilegal o adictivo no tiene razón de ser pues el primer significado que provee dos diccionarios monolingües no es precisamente ese, aunque sí lo presenten los diccionarios como segundo significado.

2. Diccionarios de sinónimos ingleses

Oxford: 1. medicine, medicament, pharmaceutical, remedy, cure, treatment. 2. opiate, narcotic, stimulant, hallucinogen, psychedelic. *sl.* dope, downer, upper.

Webster's Thesaurus: sedative, potion, essence, smelling salts, powder, tonic, opiate.

Use the Right Word...: biological, medicament, medication, medicinal, medicine, narcotic, pharmaceutical, remedy, specific.

3. Diferencias en los sinónimos

Este último diccionario aclara que "drug" es el término más general y que el plural "drugs" conlleva el sentido de uso excesivo o inapropiado. Tanto "medicine" como "remedy" pueden ser sinónimos; sin embargo, pueden incluir procedimientos que también llevan a la buena salud, tales como ciertas prácticas alimenticias o rutinas de ejercicio y dejan de referirse exclusivamente a sustancias químicas producidas para ser ingeridas. Informa también que "medication" elimina el posible equívoco

con la adicción narcótica que implica la palabra "drug", y se aplica tanto para medicamentos de venta común como la aspirina como para los de estricta venta por receta médica.

La autora repite el uso de "drug" en el texto, aunque también utiliza "treatment", este último en un sentido que abarca más que una simple sustancia a ingerir, y que más bien involucra algún otro tipo de procedimiento como exámenes de laboratorio o psicológicos. Podemos observar que la cantidad de sinónimos existentes es bastante amplia. Se puede afirmar que la autora, tal vez en un deseo de evitar confusiones y adherirse a un solo término escogió "drug" y lo utilizó en forma repetitiva por todo el texto. También nos podríamos aventurar a afirmar que su renuencia a utilizar "medication", un término un poco más neutral, se debió a su deseo de denuncia y de provocar un impacto mayor en el lector.

4. Diccionario(s) bilingüe(s)

Simon & Schuster's: 1. droga, medicina, medicamento. 2. narcótico, estupefaciente.

Larousse Grolier: medicamento, medicina, droga.

5. Diccionarios de sinónimos en español

Diccionario de sinónimos españoles, de Francisco Rofer: medicina, brabaje, medicamento, remedio. - Estupefaciente.

El diccionario de sinónimos *Vox* no incluye en sus entradas la palabra "droga".

6. Diccionario monolingüe español

DRAE: Droga: Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes. 2.

sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. 3. medicamento.

Medicamento: cualquier sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.

7. Análisis

Luego del proceso realizado, se llega a la conclusión de que la palabra "medicamento" es la que más se ajusta para referirse a las sustancias usadas para curar una enfermedad; es también la que tiene una menor connotación negativa (de adicción, abuso, etc.) Debemos tomar en cuenta, sin embargo, que para mantener el mismo tono que la autora demuestra en su texto, el uso de "droga" cabe perfectamente. No solo el tono que la autora pretende dar, sino la connotación de abuso -tema central en la obra- queda muy bien retratado por medio de la utilización de esta palabra, la cual presentó abundantes dudas acerca de su uso correcto en la traducción. Igual de correcta es la opción "medicamento", y de hecho fue empleada como variante para darle variedad al texto y no pecar de excesiva repetición. La renuencia a utilizar otras opciones como "remedio" o "medicina" se debieron a que la primera abarca otras modalidades que no incluyen solamente sustancias químicas y la segunda se asocia a lo largo del texto con la práctica del estudio de la medicina más que como un medicamento.

La prueba práctica de dos de los casos en que se tiene dudas sobre el equivalente correcto, y los sinónimos posibles que se deben usar en la traducción, resulta un proceso largo y concienzudo. También, el ajustar la sintaxis a las

estructuras inherentes al español, requiere estudiar con cuidado la sintaxis castellana. Para lograr llevar a cabo con éxito ambos propósitos, expuestos en este capítulo, es imprescindible contar con el material necesario para poder seguir las recomendaciones mencionadas, saber utilizar estos recursos y aplicarlos de manera práctica al material con que se trabaja. En el próximo capítulo veremos otro tipo de adaptaciones necesarias para el lector que se definió en el capítulo primero.

NOTAS

¹ Gerardo Vázquez-Ayora define el genio de cada lengua como un 'proceder privativo' y propio, que es su espíritu (*Introducción a la Traductología*, p.85) y en *La traducción: Teoría y práctica*, Eugene Nida y Charles Taber lo definen como los "rasgos distintivos, que le dan un carácter peculiar" (p. 85).

² De acuerdo a Marina Orellana los "falsos amigos" son "falsos cognados (parientes), es decir, palabras que tienen la misma forma y distinto significado; pueden derivar de una raíz común, parecerse físicamente, pero significan algo diferente." (*La traducción del inglés al castellano*, p. 132).

³ Los anglicismos de frecuencia son "los calcos incorrectos del orden de las palabras del original" (p. 427, *Teoría y Práctica de la traducción* de Valentín García Yebra).

⁴ Elipsis: La economía de esfuerzo, que trae como consecuencia la economía de palabras, que hace que la denominación formada por un grupo se reduzca a su término más característico. (*Gramática esencial del español*, Manuel Seco, p. 377)

⁵ [...la traducción y la interpretación médicas pueden parecer sencillas, pero poseen ciertas dificultades. La sencillez aparente reside en el hecho de que mucha de la terminología médica tiene raíces griegas y latinas, y por lo tanto tiene cognados válidos en muchos idiomas, incluyendo el inglés y el español. Muchos términos médicos que tienen que ver con anatomía, enfermedades, medicación y tratamientos calzan en esta categoría. Sin embargo, muchos términos no lo hacen, y el traductor debe tener cuidado con los falsos cognados.] *Introduction to Spanish Translation*, p. 73.

CAPÍTULO III

ADAPTACIONES CULTURALES Y SEMÁNTICAS NECESARIAS PARA EL LECTOR COSTARRICENSE

Es imprescindible tener en cuenta que traducir no significa únicamente trasladar las palabras de un idioma a otro. Existen aspectos que se deben adaptar en el TM para que el mensaje cumpla con la función y con la intención con que fuera escrito en la lengua original. Se busca, por lo tanto, la mayor naturalidad posible en cuanto a contenido además de en cuanto a forma, como se vio en el capítulo II. El texto que se incluye aquí, aunque no pertenece a una cultura alejada geográficamente ni culturalmente, exige unas cuantas adaptaciones.

La meta es, entonces, conseguir que concuerden tanto lo escrito como lo que se quiso decir cuando se escribió, algo que se debe aplicar tanto al original como a la traducción. Esta es una de las mayores responsabilidades del traductor; como afirma Peter Newmark: "...your job is to achieve the greatest possible correspondence, referentially and pragmatically, with the words and sentences of the SL text." (*A Textbook of Translation*, p. 23), [...su tarea es lograr la máxima correspondencia posible, tanto referencial como pragmática, con las palabras y oraciones del texto original.] Este es un problema básico de la traducción, y uno que se ha venido analizando desde hace muchísimos años, como se puede apreciar por la siguiente cita: "It is commonly believed that the art of translation would be the easiest of all to practice if only one language corresponded exactly to another", [Se cree que el arte de la traducción sería lo más fácil si un idioma dado tuviera correspondencia exacta con otro]. La aseveración anterior fue expresada por Jean le Rond d'Alembert, quien vivió

entre los años que van de 1717 a 1783¹. Podemos observar que el deseo de lograr una correspondencia exacta continúa tan actual y tan elusivo como hace 300 años.

En el presente capítulo, se enumerarán las diferentes formas de proveer al lector del texto traducido de opciones que le parezcan lo más naturales posibles, o en su defecto, de explicaciones aclaratorias sobre aspectos pertenecientes a la cultura de la lengua original.

En los Estados Unidos existen instituciones que poseen una naturaleza disímil a lo que conoce el costarricense; se hace también, en el TO, mención a un programa televisivo que es desconocido para el gran porcentaje de nuestra población. Se incluye también, en la porción traducida, una frase idiomática que pierde su característica coloquial, todo esto se analizará más adelante.

Sería de gran agrado que la forma de afrontar la adaptación o reelaboración de tales problemas brinde un ejemplo a seguir a la hora de enfrentar el mismo problema en otros textos.

Este es un problema básico que enfrenta el traductor y, afortunadamente, existen diversos autores que han abordado el tema de manera muy acuciosa. Gerardo Vázquez-Ayora se refiere a la adaptación como aquella situación en que "...un mismo mensaje se expresa con otra situación equivalente..." (p. 322, *Introducción a la traductología*) y "El proceso de conformar un contenido a la visión particular de cada lengua..." (Ibid, p. 324); por su parte, López y Minett afirman que "...la adaptación busca una correspondencia entre dos situaciones diferentes" (p. 277, *Manual de traducción*) y, [la adaptación],

"Supone la naturalización completa a la cultura receptora ante la existencia de un vacío cultural. Definida de este modo, correspondería a lo que otros autores han llamado equivalencia cultural, dinámica o funcional." (Ibid)

En, *El sentido de la traducción: reflexión y crítica*, su autor Teodoro Sáez alude a la necesidad de cambiar aquellos aspectos del TO que conserven características innatas a la lengua y cultura en la cual fueron escritos cuando afirma: "‘Extranjerizar’ la traducción tiene poco sentido para quien conoce la lengua original y ninguno para quien no la conoce." (p. 18)

Un aspecto que vale la pena considerar, y que a menudo se pasa por alto, es que las palabras y expresiones provocan diferentes reacciones en el lector. Así como se busca que el TM convenza, entretenga, informe o asuste, por mencionar algunos ejemplos, pocas veces partimos del hecho de que existe primero que nada una reacción corporal o somática que es la que va a crear cualquiera de estos sentimientos en el lector. Si se piensa en que es imposible saber de antemano la reacción individual de cada persona, debemos estar conscientes de que el lenguaje es un ente social. El autor Douglas Robinson afirma en su libro *The Translator's Turn*: "...a large part of the somatics of our personal language use is not originally personal, but collective: it is conditioned with greater or lesser success, into all members of a society." (p. 14) [... una gran parte del aspecto somático de nuestro lenguaje personal no tiene su origen en lo personal, sino en lo colectivo: todos los miembros de una sociedad están condicionados en menor o mayor grado.] En efecto, al leer o escuchar una palabra o expresión, existe una reacción somática que puede variar dentro de un rango bastante amplio. Ciertas palabras producen reacciones bastante fuertes, de acuerdo a asociaciones que remiten a determinadas experiencias en la vida de cada persona y de diversos grupos sociales y culturales. También hay palabras que no significan nada especial para un individuo en particular, pero que estremecen, alegran o angustian a otra.

HMO

Teniendo en cuenta lo anterior se procedió al análisis de las siglas incluidas en el texto original: HMO, las cuales no pueden producir ningún efecto en los costarricenses, ya que ellas, o las palabras a las cuales representan (*health-maintenance organizations* u organizaciones para la manutención de la salud, en su traducción literal) pueden provocar asociaciones diversas, ambiguas, o ninguna. Por otro lado, se podría pensar en una alternativa que sí podría significar algo para los costarricenses: las siglas C.C.S.S (Caja Costarricense de Seguro Social); esta opción puede evocar esperanza para algunos, frustración o carga económica para otros, y, para algunos más algo desconocido que no desean conocer por diversos motivos. De todas maneras, y sin importar la reacción individual, sí se puede afirmar que dicha institución es del conocimiento de la gran mayoría de los costarricenses, y con mucha seguridad, de los futuros lectores de la traducción.

Hay que tener en consideración que no es posible realizar una sustitución de este tipo por el mero hecho de querer "adaptar" una institución existente en la cultura del TO con otra del TM. Hay que considerar, en casos como éste, que la naturaleza de ambas instituciones es diferente, empezando por el hecho de que la que pertenece a la cultura estadounidense es privada y la costarricense es estatal y de naturaleza social; además, la forma de operar es diferente. Un poco de investigación, sin embargo, dará como resultado el conocimiento de que sí existe un sistema parecido a los HMO en Costa Rica: se trata de un sistema que, al igual que los HMO, funciona con un sistema de medicina de prepago. Según el Lic. Alvaro Castro, gerente de comercializadora de seguros de Credomatic y asociado de Medipre, la compañía que provee de servicios médicos prepagados, "este es un sistema paralelo que consiste en una red que permite el acceso a

servicios médicos a un costo moderado², que por el momento opera como medicina de empresa pero que se encuentra en una etapa de expansión para personas interesadas en participar de sus servicios, en forma individual. Entre los servicios que ofrece esta empresa luego de un pago anual o mensual establecido en dólares, se encuentran la posibilidad de acudir a cualquier médico que participa en el sistema con el pago de 1 000 colones por consulta; poder ser hospitalizado sin tener que desembolsar dinero pues la Clínica Bíblica (única participante por el momento) se entiende directamente con la empresa; servicios de maternidad y de odontología general.

Existe en Costa Rica, otro sistema relacionado con la salud: el Seguro Colectivo de Gastos Médicos, del INS (Instituto Nacional de Seguros), el cual funciona de forma privada, pero que según Castro, difiere bastante del sistema de prepago de Medipre y de los HMO.

Luego de conocer los diferentes sistemas que funcionan en Costa Rica, se decidió escribir el equivalente más cercano en nuestro país y luego introducir una nota aclaratoria que le permita al lector hacerse una idea de lo que habla la autora, sabiendo de antemano que dicha opción no va, por sí sola, a producir un efecto somático inmediato, pero que la descripción posterior que viene en el TO y que se traduce en el TM sí puede lograr que en la mente del lector se produzcan asociaciones que lo identifiquen con el texto. Con este propósito en mente, se empezaron a redactar textos explicativos en la traducción. Los HMO se mencionan inicialmente en un subtítulo que se encuentra en la página 44 del TO, y, fue en la traducción de este subtítulo donde tales siglas se debieron adaptar en primera instancia (p. 42, TM).

En un principio se escribieron varias opciones para solucionar el problema:

1. Las organizaciones para el manejo de los cuidados de la salud...,
2. Las organizaciones que administran los servicios médicos...,
3. El modelo de medicina institucional...,
4. Las instituciones de medicina controlada...,
5. Los sistemas de medicina prepagada...

Se llegó a la opción número 5 luego de haber considerado la información que se logró obtener. La nota aclaratoria ofrece, como se puede ver en el TM, una pequeña descripción del sistema, así como el nombre de la compañía que trabaja con esa modalidad de servicio en nuestro país.

¿ADHD o DHDA?

Luego de haber consultado el Trabajo de Graduación ya existente "Atención sin tensión" de Irene Gólcher, se había decidido utilizar las siglas inglesas ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) en la traducción del texto (la primera mención de estas siglas se da en la p. 12 del TO). Las primeras versiones de la traducción se hicieron, por tanto, utilizando dichas siglas con una nota que advertía que dichas siglas se seguirían usando en el resto del texto pues así era como se conocía el trastorno en el medio costarricense. Sin embargo, no fue sino hasta después de leer el libro *La verdad sobre el déficit atencional*, de Ethel Pazos, escrito en Costa Rica que se llegó a conocer que aquí se usan las siglas en castellano DHDA. También se incluyen, en la mayoría de los textos que se refieren a este trastorno, las siglas DA; de hecho, existe en nuestro país la Fundación DA, la cual se encarga de investigar e informar sobre el

déficit atencional. Se escogieron las siglas DHDA, pues así se mantiene la fidelidad con el texto original y se incluye también el aspecto de la hiperactividad, además de que conserva un paralelismo con las siglas inglesas que hacen al síndrome rápidamente reconocible por las personas interesadas en el tema.

TO GO "COLD TURKEY"

El texto original incluye, en ocasiones, un registro un tanto informal, tal como se expuso en el Capítulo I. Un ejemplo bastante claro de esta práctica es la inclusión, de la frase idiomática to go "cold turkey" (p. 5, TO). De acuerdo a Nida y Taber, a la hora de traducir modismos como éste se pueden hacer modificaciones de tres tipos que son: a) de modismos a no modismos; b) de modismos a modismos, y c) de no modismos a modismos.

El significado práctico al cual se refiere esta expresión idiomática es a abandonar la ingestión de algún medicamento o droga de cualquier tipo (incluye a las ilegales y adictivas) sin pasar por un proceso paulatino. Se decidió consultar sobre la posibilidad de encontrar un equivalente castellano que conservara el mismo registro informal y que constituyera también un modismo (caso b). Primero se realizó una búsqueda en texto que tratan sobre frases idiomáticas tales como *Dictionary of American Slang and Colloquial Expressions; 2 222 modismos esenciales en inglés; 101 Spanish Idioms* y *2 001 Spanish and English Idioms*. Los resultados fueron poco productivos y condujeron a la decisión de preguntar a alguna persona cuyo idioma materno fuera el inglés y supiera también el castellano. Esta entrevista dio como resultado que se confirmara la suposición de que no existía un equivalente conocido, la persona que se consultó dijo: "es algo

así como 'dejar de tomar algo de un solo tiro'³. Debido a que esta expresión es demasiado informal, incluso para el registro del TO, y tomando en cuenta que no es una expresión fija para referirse a medicamentos o drogas (se puede decir de otras formas: "dejar las medicinas de pronto", "parar el tratamiento", "dejar las drogas" y muchas otras), se eligió "dejar los medicamentos abruptamente" (p. 6, TM). Aunque esta última expresión pierde el tono informal del TO, aclara, sin tener que incluir términos médicos (lo cual inclinaría la balanza hacia la formalidad total) de lo que se trata la expresión "cold turkey". La modificación que se llevó a cabo, entonces, fue la a).

"SWINGING FROM THE CHANDELIERS"

Esta expresión (p. 6 del TO), se incluye para referirse a una niña que tiene cambios de comportamiento drásticos. El hecho de que la autora lo escriba entre comillas nos aclara que no es una afirmación literal. Por esto es que, además de buscar un equivalente apropiado en cuanto a registro, se buscó adaptar el significado a algo más "costarricense". Sería absurdo afirmar que la niña se encontraba por momentos "meciéndose de la araña" o "meciéndose del candelabro colgante"⁴. Utilizando el conocimiento propio de las expresiones conocidas en nuestro medio, se llegó primero a "eufórica" (primer tipo de las modificaciones de modismos de Nida y Taber), la cual cambiaba bastante el registro y no daba una idea clara de lo que es un niño sumamente activo; además, una persona puede estar eufórica sin moverse de su asiento. La expresión "se ponía como loca", puede prestarse a interpretaciones equivocadas en cuanto a la salud mental de la niña, por lo tanto, se desechó también. Al final se decidió adaptar la expresión original con una que conserva el registro informal, es bastante conocida y no hace

alusiones erróneas sobre la salud mental de la menor: "subiéndose por las paredes" (p. 5, TM). Podemos apreciar que en este caso se llevó a cabo una modificación "de modismos a modismos", ya que no estamos afirmando que la niña escala las paredes de su casa, sino que se encuentra en un estado de gran inquietud.

"20/20"

Los números anteriores, que pertenecen al capítulo III, (p.25) del TO, podrían recordarle a algunos lo que se entiende por "vista perfecta". Sin embargo, se refieren, más bien al nombre de un programa de televisión muy conocido en los Estados Unidos de América. La autora lo nombra en el siguiente contexto : "ABC television revealed on 20/20..., that CHADD has received..." Es un detalle aclarador el hecho de que mencione el sustantivo "television", lo cual brinda ya una pista del medio al que pertenece 20/20. Sin embargo, se debe partir del hecho de que el programa de televisión al que se refiere la autora no se conoce comúnmente en Costa Rica (las personas que reciben señal de televisión por cable sí pueden tener conocimiento del mismo, pero hay que tomar en cuenta que es la minoría de la población). Es, por lo tanto, necesario informar de alguna forma a los lectores. López y Minett contribuyen con un ejemplo bastante apropiado para el caso en cuestión:

"...en otras ocasiones, como ante las marcas lexicalizadas, los nombres de compañías, los programas de televisión o los nombres de productos comerciales en general, la actitud tomada en cada caso frente a estos elementos culturalmente marcados le hará difuminar la referencia ("...reveló en un programa de televisión"), introducir en el texto una pequeña aclaración ("...reveló en el programa 20/20") o mantener sin aclaración la referencia ("...reveló en 20/20").⁵

Como se puede observar en la p. 27 del texto traducido, se escogió utilizar la pequeña aclaración. Esta misma estrategia fue la que utilizó la propia autora al mencionar (p. 7, TO): "...miniature golf course that I made with *Pringle's potato chips cans* for the holes". Se puede apreciar, por lo tanto, que no fue necesario aclarar en la traducción que "Pringle's" se refiere a una marca comercial de papas fritas enlatadas, pues la autora lo hace en el texto (p. 6, TM).

"ESTUDIO DOBLE CIEGO"

La expresión inglesa "double-blind study" se usa para referirse a aquellas pruebas que se realizan para verificar la eficacia de los medicamentos. En estos procedimientos, se forman dos grupos de control, uno de los cuales ingiere el medicamento a probar y el segundo grupo recibe un placebo, o sea, una droga de azúcar o cualquier sustancia inocua. Se temió, al principio, utilizar la traducción literal, pensando en que podía dar como resultado una idea descabellada y nada equivalente a la expresión original. Al buscar el término en un diccionario médico bilingüe, se encontró el equivalente "doble ciega" seguido por una explicación muy similar a la suministrada. Quedaba la duda, sin embargo, de si el adjetivo "ciega" se podía ajustar al sustantivo que modificara, en este caso "estudio" y si era un término utilizado por los médicos costarricenses. Se solucionó la duda ampliamente después de consultar a dos médicos⁶, y se logró constatar que, en efecto, el término que utilizan en nuestro medio es el de "estudio doble-ciego". Uno de los facultativos admitió que dicho uso consiste en un anglicismo, pero aclaró que así es como lo entienden en el país todas las personas que tienen relación con ese tipo de proceso. Un aspecto que permitió hacer esta traducción, fue el hecho de que el mismo texto explica de qué se trata el estudio doble

ciego; de no haber sido así, sí hubiese sido necesario hacer una nota aclaratoria pues es poco probable que la persona no relacionada con la actividad médica sepa lo que la expresión significa.

"AMERICAN"

Una adaptación muy necesaria es la de traducir el adjetivo "American" a "estadounidense" o "(en los) Estados Unidos". No deja de herir sensibilidades el hecho de que los habitantes de los Estados Unidos se refieran a su país como "America", pues excluye al resto del continente que se considera también, y con toda razón y derecho, americano.

Por ejemplo, en la página 15 del TO encontramos: *Once a major American industry exists, it just keeps on growing.*, lo que se tradujo como: *Una vez que una industria importante aparece en los Estados Unidos, ésta continúa creciendo.* Aquí se cambió el adjetivo "American" por el nombre del país. El traducir como "industria americana" llevaría al lector a tratar de imaginar muchas opciones de países sedes de tal industria.

Otro ejemplo en el cual fue necesario incluir "estadounidense" aunque no estuviera la palabra "American", lo encontramos en la p. 25 del TO: *...a national support group for ADHD....* En este caso, sería inapropiado escribir *grupo nacional de apoyo*, el adjetivo "nacional" provocaría gran confusión al lector costarricense, ya que el grupo de apoyo mencionado existe en los Estados Unidos, no en Costa Rica. Por lo tanto se debió adaptar a la forma: *un grupo estadounidense de apoyo para el DHDA*

CONVERSIONES

No se deben dejar de lado, aunque puedan parecer obvias, las adaptaciones de conversión necesarias cuando se traduce del inglés estadounidense al español. Hay que recordar que en los Estados Unidos de Norteamérica se usan las libras como unidad de peso en lugar de los kilos, como se acostumbra en Costa Rica, donde rige el sistema métrico decimal. Como ejemplo de esta adaptación tan básica, pero no por ello menos importante, se puede ver la p. 13 del TO: "*Weighing over ten pounds at birth...*" [...que pesó más de cinco kilos al nacer...] p. 17, TM.

"PANQUEQUE Y WAFLE"

En algunas ocasiones se consideró necesario, siempre teniendo en mente al lector costarricense, conservar, si no la palabra inglesa como tal, una adaptación de ella. Para aclarar este punto, se presentarán los ejemplos específicos.

En la página 67 del texto traducido se puede leer *panqueques*. A pesar de que pueden existir equivalentes en español, se decidió incluir esta traducción de "pancake" pues se consideró que esta palabra y no otra es del conocimiento general para referirse a dicha comida. Para llegar a esta conclusión, se efectuó un recorrido por diferentes supermercados de San José y se pudo verificar que una empresa costarricense elabora una mezcla para cocinar *pancakes* (marca Maravilla); los empaques que vende esta empresa vienen impresos con "instrucciones para hacer los panqueques". No es necesario siquiera mencionar la gran cantidad de este mismo producto importado que se puede encontrar y que, por supuesto, trae impreso el nombre del producto en inglés. Los posibles equivalentes: crepa o arepa, son en realidad, alimentos que se preparan y se consumen en forma diferente a la del panqueque; por lo tanto, no se debe

descartar la posibilidad de confundir al lector si se utilizan indistintamente. Luego de consultar el Diccionario Simon & Schuster se descubrió que no es solamente en Costa Rica que se le llama de esa manera a los *pancakes*, pues provee del siguiente significado: **pancake** s. hojuela, torta delgada ligeramente cocida, panqueque (Amer.).

En la misma página de la traducción y formando un dúo con *panqueque*, se encuentra *waffle*. Este es un alimento que, desde hace muchos años, se puede elaborar en un aparato eléctrico común en muchos hogares y que es conocido como "waflera". Ya más recientemente, se consiguen en los supermercados, en la sección de productos congelados, por supuesto, con el nombre de *waffles*. El mismo diccionario mencionado anteriormente presenta: **waffle** s. waffle, especie de panqueque (Amer.), barquillo o torta con estrías, hecha con una plancha de molde cuadrículado.

A pesar de los esfuerzos por llegar a una definición definitiva de *waffle*, seguía existiendo la inquietud de que el uso de "waffle" fuera el correcto. Una persona interesada en el uso correcto de este término ofreció como opción la palabra "gofres", leída en algunos libros de cocina de su propiedad⁷. Ante esta disyuntiva se entrevistó a la conocida especialista en cocina costarricense Isabel Campabadal. Ella asegura que no existe equivalente para *waffle* más que "waffle" y que "gofre" es un artefacto noruego que asemeja a una plancha con hendiduras, pero que lo que se prepara con él no tiene relación con los waffles tal y como los conocemos en Costa Rica.

Es difícil a veces, dejar evolucionar el idioma de forma que adopte palabras extranjeras. No obstante, no podemos cerrar los ojos ante el cambio

natural que experimentan los idiomas. En las recientes I Jornadas de la Lengua Española que se llevaron a cabo en Chicago, se discutió precisamente este fenómeno. De acuerdo al artículo publicado en el periódico *La Nación* (del domingo 23 de mayo, 1999, p. 4 Viva), existe pugna entre los puristas, quienes defienden y protegen a capa y espada la pureza del idioma español, y los que no descartan el uso de expresiones con influencia del inglés. Uno de los participantes en esta reunión, el lingüista John Barry opina que "Las lenguas están cambiando. Se van adaptando, van evolucionando...no podemos ponernos muy tercos en aceptar los cambios".

En vista de que buscamos que el lector, ya definido en el primer capítulo de esta Memoria, capte el sentido del texto desde un sentido práctico, podemos decir que defender ese objetivo o *skopos** es primordial. Si para alcanzar el *skopos* debemos utilizar palabras con fuerte influencia del inglés, es válido hacerlo. Sin embargo, no se debe asumir tal posición en un deseo de facilitar el trabajo de traducción, cuando se toma una decisión en este sentido, se debe hacer porque existe una razón meditada y acorde con el objetivo general. Para ilustrar este tema, nos podemos referir a la página 40 de la traducción; en ella se puede leer la frase "día de brujas". En este caso se decidió no conservar la palabra inglesa *Halloween*, la cual es ampliamente conocida en Costa Rica, en especial por el uso que de ella ha hecho el comercio. La traducción mencionada se realizó con dos intenciones: educar a los lectores sobre de lo que se trata esta celebración (tal vez contraria a las creencias religiosas de muchos costarricenses), y en un deseo de conservar lo que queda de la idiosincracia

* Skopos: teoría desarrollada por Hans J. Vermer y Katharina Reiss que dice que "el skopos es el objetivo de toda traducción, que no tiene que coincidir con el objetivo del texto traducido. (*Traducción, manipulación, desconstrucción*, p.22)

costarricense (si no es posible eliminar la celebración, al menos se trata de no referirse a ella con el nombre extranjero y original).

El parámetro que se usa para tomar estas decisiones es difícil de definir. Podemos citar a Carmen África Vidal cuando afirma que "...hay que tener en cuenta que cada traductor impondrá al texto su propio idiolecto", a lo cual agrega que varios autores consideran este hecho como una destrucción del texto (la autora cita a Renato Poggioli, Rosmarie Waldrop, Edmond Jabès y George Borrow, pp. 20 y 21), también convierten a la traducción en un acto creativo y único.

En este acto creativo debemos aprovechar cuanto recurso se encuentre a nuestro alcance; por supuesto que es una verdadera suerte cuando el texto original nos provee de datos aclaratorios que nos permiten realizar la traducción no sólo en forma más rápida, sino más a la segura. En la mayoría de los casos, sin embargo, no es este el caso y se debe recurrir, como se pudo observar a lo largo del capítulo, a diferentes medios que nos permitan lograr un buen trabajo de traducción. Los recursos que se deben buscar para lograr adaptar un texto a un público determinado son:

- a. los textos paralelos en el idioma del TO;
- b. los textos paralelos en el idioma del TM;
- c. las consultas a personas especializadas en el tema en cuestión;
- d. la constante atención a la mención de adaptaciones en traducciones ya efectuadas: en el cine, en la televisión por cable, etc.;
- e. el uso de textos que puedan ayudar a resolver dudas: diccionarios de modismos, diccionarios monolingües, diccionarios de cognados, etc.

Definitivamente, no se ha pretendido abarcar todas las situaciones que necesitaron adaptarse a la traducción, ni se aconseja el método aquí utilizado para todos los casos que se pudieren presentar en la práctica. Se debe recordar que la traducción que se efectuó va dirigida al lector costarricense y es a él a quien se deben dedicar todos los esfuerzos.

NOTAS

¹ Cita incluida en el libro *Translation/History/Culture*, editado por André Lefevere, (p. 106).

² De acuerdo a entrevista telefónica efectuada el día 16 de marzo.

³ Se le consultó al Sr. Charles Swett, estadounidense con más de 20 años de residir en Costa Rica y que trabaja también como traductor.

⁴ Traducciones para *chandelier* encontradas en el Diccionario Simon & Schuster's.

⁵ P. 281, *Manual de traducción*. Lo marcado en negrita y los ejemplos intercalados son míos.

⁶ Entrevistas realizadas al Dr. Joao Baptista Da Palma, médico internista, en el Hospital San Juan de Dios, el día 7 de enero de 1999; y al Dr. Francisco Rodríguez Varela, ginecólog, en su consultorio el día 18 de marzo de 1999.

⁷ Inquietud expresada por la profesora Sherry Gapper.

CONCLUSIONES

El proceso de traducción es muy delicado y necesita de la atención detallada de aspectos varios. Personas ajenas al oficio de traductor podrían suponer que la traducción en sí es la etapa del trabajo más ardua que se enfrenta; sin embargo, no lo es. Al terminar la traducción empieza el trabajo más complejo: el de revisión. Peter Newmark lo considera así al comparar la revisión del texto traducido como la parte más voluminosa de un iceberg:

You can compare the translating activity to an iceberg. The tip is the translation - what is visible, what is written on the page - the iceberg, the activity, is all the work you do, often ten times as much again, much of which you do not even use (p. 12 *A Textbook of Translation*).

El presente Trabajo de Graduación contiene, además del texto traducido, tres capítulos que estudian diversos aspectos relacionados con el proceso de traducción y que se sintetizan a continuación.

Después de realizar un análisis, necesario antes de emprender cualquier trabajo de este tipo, del texto a traducir, así como de los lectores del texto final o texto meta, se decidió, en el Capítulo I, cuáles de sus características originales se debían conservar para que se ajustaran al lector costarricense.

Se procedió luego, en el Capítulo II, a efectuar un estudio de cómo se puede evitar, hasta cierto punto, la repetición innecesaria en el texto traducido. Se enumeraron los pasos a seguir para obtener e investigar listas de sinónimos que se pudieran usar indistintamente y que no traicionaran el sentido que tenían

en el original, pero que a la vez le dieran variedad al texto. Con este propósito en mente, se propuso también como punto de partida, realizar las modificaciones sintácticas necesarias para reducir la repetición no sólo de términos, sino también la de partes de la oración tales como sujetos, pronombres posesivos y otras. Se necesitó investigar diferentes textos que tratan con la sintaxis de ambos idiomas, así como otros que comparan el inglés y el español en cuanto a los distintos usos léxicos.

También se analizaron, en el Capítulo III, las adaptaciones necesarias para que el lector costarricense sienta que el texto traducido se acopla a su lengua en todo sentido. Además de las adaptaciones sintácticas y de léxico mencionadas, se investigó cuales de las referencias culturales inherentes a la cultura estadounidense necesitan explicarse o modificarse completamente para que el nuevo texto ofrezca una versión que no presente ambigüedades ni dificultad de comprensión.

Existen muchos otros problemas que se pueden solucionar en una traducción como la que se incluye en este documento. Sin embargo, se deben reconocer las limitaciones reales de espacio y tiempo que implican realizarlas. No se encuentra dentro de los objetivos propuestos la comparación en el uso de verbos, adverbios, manipulación del discurso ajeno y subtítulos, para mencionar solamente algunos de los aspectos que llamaron la atención en forma inicial. No obstante, pueden servir de referencia para estudios posteriores, para todas aquellas personas interesadas en estos, y otros, problemas y deseosas de retomarlos. A la vez, se desea proponer el estudio aún más detallado de los

problemas expuestos y la presentación de un número mayor de ejemplos, acciones que se ven restringidas por el deseo de apegarse a la brevedad y la concisión.

Se considera que el aporte del presente trabajo a la traductología es de utilidad y que los objetivos propuestos se cumplieron. Entre ellos, partir de un texto escrito para un grupo determinado tanto cultural como geográficamente y ajustarlo a otro que comparte muchas, pero no todas, las características del primero. Otro aporte es el método seguido para llevar a cabo esta labor, como lo fueron la revisión de gran cantidad de textos tanto de teoría de la traducción, como del uso de ambos idiomas y de textos paralelos. El mayor aporte, sin embargo, se considera la definición precisa de los problemas por resolver y la forma de afrontarlos.

A modo de resumen, se enumeran a continuación algunas recomendaciones que se sugieren para abocarse a la traducción de textos que reúnan características similares a las del texto escogido. Ellas son:

1. La lectura inicial cuidadosa del texto y análisis de ambos textos para definir los aspectos que se quieren conservar o cambiar en relación con la nueva audiencia.
2. Releer el texto en búsqueda de aspectos que presenten problemas ya sea de terminología, de léxico, de repetición, de sintaxis, y otros y definir la modificación de cuáles de los aspectos anteriores son esenciales para la comprensión del texto.
3. Hacer una investigación exhaustiva de qué aspectos sintácticos lograrán ajustar el texto traducido para que suene natural al lector costarricense. Son

útiles los textos paralelos y los textos de teoría gramatical, así como diccionarios.

4. Contactar personas especializadas en los campos de estudio para evacuar dudas y corroborar decisiones tomadas.

5. Realizar un análisis que sustente las razones por las cuales se llevaron a cabo las modificaciones efectuadas que se base en fuentes de información fidedignas.

Al seguir fielmente los pasos expuestos se logrará un trabajo serio y de calidad. Se debe recordar que el traductor no sólo traslada un texto de un idioma a otro, sino que crea un texto nuevo, una obra con tanto valor como el original. El lector que sólo comprende la lengua del texto meta o que sólo leerá el texto traducido merecen nuestro mejor esfuerzo. Este es el fruto de ese esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

TEXTO TRADUCIDO

Block, Mary Ann. *No More Ritalin: How to Treat ADHD without Drugs*. Nueva York: Kensington Publishing Company, 1997.

DICCIONARIOS

Corripio, Fernando. *Diccionario de dudas e incorrecciones del idioma*. México: Ediciones Larousse, 1988.

Diccionario de la Lengua Española, 21a edición. Madrid: Espasa Calpe, 1992.

Diccionario Enciclopédico University de términos médicos. México: Nueva Editorial Interamericana, 1981.

Diccionario Internacional Simon & Schuster Inglés/Español, Español/Inglés. Nueva York: Macmillan. 1997 (¿?)

Dictionary of American Slang and Colloquial Expressions. Chicago: NTC Publishing Group, 1995.

Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Filadelfia: W.B. Sanders Company, 1985.

Gili Gaya, Samuel. *Diccionario de Sinónimos*. Barcelona: Bibliograf, 1979.

Harré, Rom y Roger Lamb, eds. *Diccionario de Psicología Evolutiva y de la Educación*. Barcelona: Paidós, 1982.

Merano, Alberto L. *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Grijalbo, 1977.

Miller, Benjamin y Claire Brackman Keane, eds. *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health*. Filadelfia: W.B. Sanders, 1983.

Moliner, María. *Diccionario del uso del español*. Madrid: Gredos, 1997.

Pickering, David. *Dictionary of Abbreviations*. Londres: Cassell, 1996.

Prado, Marcial. *Dictionary of Spanish False Cognates*. Illinois: National Textbook Company, 1993.

Rofer, Francisco. *Diccionario de Sinónimos Españoles*. México: Editores Mexicanos Unidos, 1991.

The Oxford Dictionary and Thesaurus. Nueva York: Oxford University Press, 1996.

Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language. Nueva York: Random House, 1989.

Webster's New World Thesaurus. Nueva York: Warner Books, 1974.

Wolman, Benjamin, ed. *Diccionario de Ciencias de la Conducta*. México: Trillas, 1984.

REFERENCIA Y TEORÍA

Agencia EFE. *Manual de español urgente*. Madrid: Gredos, 1998.

Alarcos Llorach, Emilio. *Gramática de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe, 1995.

Biguenet, John y Rainer Schulte, eds. *The Craft of Translation*. Chicago: The University of Chicago Press, 1989.

Bustos Arratia, Myriam. *La puntuación al alcance de todos*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1994.

Casado, Manuel. *El castellano actual*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, 1993.

Child, Jack. *Introduction to Spanish Translation*. Lanham, Maryland: University Press of America, 1992.

Cuadernos de Lengua Española. Madrid: Arco Libros, 1996.

García, Pilar Elena. *Aspectos teóricos y prácticos de la traducción*. Salamanca: Imprenta Calatrava, 1990.

García Yebra, Valentín. *Teoría y práctica de la traducción*. Madrid: Gredos, 1984.

Gólcher, Ingrid. *Atención sin tensión*, Trabajo de Graduación para optar por el título de licenciada en traducción. Heredia: Universidad Nacional, 1996.

Hodges, John C. y Mary E. Whitten. *Harbrace College Handbook*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

Lefevere, André, ed. *Translation / History / Culture*. Londres: Routledge, 1992.

López Cuix, Juan Gabriel y Jacqueline Minett Wilkinson. *Manual de Traducción*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1997.

Manual de español urgente. Madrid: Agencia EFE, 1998.

Müller Delgado, Martha Virginia. *Puntuación y uso de las mayúsculas en el español actual*. San José: Servicios Múltiples Línea Gráfica, 1996.

Newmark, Peter. *A Textbook of Translation*. Londres: Prentice Hall, 1988.

"Ni español ni inglés: *spanGLISH*". La Nación. (San José, Costa Rica). 23 de mayo de 1999, p. 4 Viva.

Nida, Eugene A. y Charles R. Taber. *La traducción: teoría y práctica*. Madrid: Ediciones Cristiandad, 1986.

- Orellana, Marina. *La traducción del inglés al castellano*. Santiago: Impresos Universitaria, 1998.
- Pazos, Ethel. *Frecuentes errores en el uso del español*. San José: Euroamericana de Ediciones, 1996.
- Picken, Catriona, ed. *The Translator's Handbook*. Londres: Aslib, 1983.
- Robinson, Douglas. *The Translator's Turn*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1991.
- Sáez Hermosilla, Teodoro. *El sentido de la traducción: reflexión y crítica*. Salamanca: Universidad de León, 1994.
- Seco, Manuel. *Gramática esencial del español*. Madrid: Espasa Calpe, 1994.
- Snell-Hornby, Mary. *Translation Studies: an Integrated Approach*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1988.
- Torre, Esteban. *Teoría de la traducción literaria*. Madrid: Síntesis, 1994.
- Use the Right Word: Modern Guide to Synonyms and Related Words*. Pleasantville, Nueva York: The Reader's Digest Association, 1979.
- Vázquez-Ayora, Gerardo. *Introducción a la traductología*. Washington: Georgetown University Press, 1977.
- Villabobos, María Eugenia y Jorge Alfaro P. *Gramática del español (sintaxis)*. San José, Montecinos Editor, 1996.
- Vidal Claramonte, Ma. Carmen África. *Traducción, manipulación, desconstrucción*. (sin lugar): Ediciones Colegio de España, (sin fecha).

TEXTOS PARALELOS

Breen, Michael y Thomas Altepeter. *Disruptive Behavior Disorders in Children*. Nueva York: The Guilford Press, 1990.

Clayman, Charles. *Family Medical Guide*. Nueva York: Random House, 1994.

Déficit Atencional: lo que todos debemos conocer. San José: Fundación DA, 1994.

Feinstein, Alice, ed. *Symptoms, their Causes and Cures*. Pennsylvania: Rodales Press, 1994.

Fowler, Mary. *CH.A.A.D., Educator's Manual*. Fairfax, Virginia: CASET Associates, 1992.

Gorman, Christine. "Bleak Days for Doctors". Time, febrero 8, 1999.

Guía de intervención educativa. San José: Fundación DA, 1977.

Howe, Robert F. "The People vs. HMOs". Time, febrero 1, 1999.

Mindell, Earl. *Unsafe at Any Meal*. Nueva York: Warner Books, 1987.

Pazos, Ethel. *La verdad sobre el déficit atencional*. San José: Editorial Guayacán, 1977.

Rodríguez, Roberto. "¿Cómo manejar el déficit atencional?". La Nación. (San José, Costa Rica), 13 de febrero, 1999, p. 2 Viva.

Vargas Araya, Alejandro. *Osteopatía, ciencia del presente y del futuro*. (Sin lugar ni nombre de editorial), 1918.

Weil, Andrew. *Spontaneous Healing*. Nueva York: Fawcett Columbine, 1996.

Wender, Paul. *The Hiperactive Child, Adolescent, and Adult*. Nueva York: Oxford University Press, 1987.

ENTREVISTAS

Baptista Da Palma, Dr. Joao (oncólogo). Entrevista efectuada en el Hospital San Juan de Dios, en enero de 1999.

Campabadal, Isabel (experta en cocina costarricense). Entrevista del 12 de setiembre de 1999.

Castro, Lic. Alvaro (Gerente de Seguros de Gastos Médicos del INS). Entrevista telefónica, efectuada en abril de 1999.

Chinchilla Chavarría, Leda (Asesora de Ventas de Medipre, Medicina Prepagada S.A.) Entrevista del 14 de junio de 1999.

Cordero, Dra. Shirley (farmacéutica). Entrevista efectuada en la Farmacia Clínica Bíblica del Mall San Pedro, el 12 de abril de 1999.

Cruz, Máster en Ed. Ana Leonor. Entrevista efectuada el 20 de enero de 1999.

Ferrero, Lic. Lilby (psicóloga). Entrevista efectuada en su consultorio, el 8 de noviembre de 1998.

Madrigal, Lic. Ana Victoria (psicóloga). Entrevista efectuada en su consultorio, el 10 de octubre de 1998.

Ortiz, Carlos M. (Gerente de Ventas de Medipre, Medicina Prepagada S.A.). Entrevista efectuada en su oficina el 11 de junio de 1999.

Rodríguez Varela, Dr. Francisco (ginecólogo). Entrevista efectuada en su consultorio, el 22 de marzo de 1999.