

Aspectos socioculturales en la traducción de cuestionarios de salud estadounidenses*

Nereida Congost Maestre**

Resumen: La mayor parte de los cuestionarios de salud se han desarrollado en inglés para su uso en países de lengua inglesa. De este modo, en el proceso de traducción y adaptación de instrumentos de salud a otros países se deben considerar no solo la lengua a la que se traduce, sino también la cultura y la población implicadas. Al acometer esta tarea, hemos de tener en cuenta que no podemos efectuar una simple traducción literal, sino que debemos realizar una completa adaptación cultural. Esta adaptación pondrá de relieve las diferencias entre el cuestionario original y la versión traducida.

Palabras clave: aspectos socioculturales, traducción, cuestionarios de salud, adaptación cultural, lengua inglesa.

Sociocultural issues in the translation of US health questionnaires

Abstract: Most health questionnaires have been written in English for use in English-speaking countries. To translate and adapt these health instruments for use in other countries, we must consider not only the target language but also the target culture and population. When tackling this task, we must remember that we cannot simply translate literally; we must also undertake a complete cultural adaptation of the material. This adaptation will throw into relief the differences between the original questionnaire and the translated version.

Key words: sociocultural factors, translation, health questionnaires, cultural adaptation, English language.

Panace@ 2012; 13 (35): 91-98

Recibido: 6.III.2011. Aceptado: 5.II.2012

I. Introducción

En este artículo se estudian los aspectos socioculturales en la traducción de cuestionarios de salud estadounidenses a otras lenguas, poniendo especial énfasis en la española, y se muestra la necesidad de que el traductor realice una adaptación cultural y no una mera traducción literal.

En primer lugar, se explica en qué consiste dicha adaptación cultural.

En segundo lugar, se presentan ciertos problemas en la traducción de conceptos estadounidenses y británicos, con la idea de evidenciar que lo que es bueno y válido en estos países no tiene por qué serlo en el resto del mundo.

Por último, se analizan ejemplos de distintos tipos de cuestionarios de salud que han sido traducidos a diferentes lenguas europeas, así como a lenguas de países en vías de desarrollo o de países no occidentalizados. Se revisan ítems que han tenido (o no) que ser modificados por problemas de relevancia cultural, se expone cómo se han corregido y los motivos.

Los ejemplos examinados pertenecen a instrumentos genéricos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), *SF-36v2 Health Survey*; específicos de CVRS, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ), *The Short-Form Headache Impact Test* (HIT-6), *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ); incapacidad funcional y menoscabo, *Duke Activity Status Index* (DASI); función cognoscitiva o examen mental, *Mini-Mental*

State Examination (MMSE); valoración del autoconcepto, *Self-Perception Profile for Adolescents* (SPPA), y bienestar afectivo, *Anxiety Disorders Interview Schedule for children - parent version* (ADIS-P), *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), *Negative Affect Self-Statement Questionnaire* (NASSQ).

II. Adaptaciones o traducciones de las diferencias culturales

La realización de estudios internacionales que utilizan instrumentos de salud para determinar el resultado sanitario ha creado la necesidad de que dichos instrumentos sean comparables entre distintos países y, por lo tanto, deben adaptarse a la cultura de la lengua de llegada.

En el proceso de adaptación a otra lengua se deben considerar de forma distinta la cultura y el país implicados, teniendo en cuenta el idioma, el contexto cultural y el estilo de vida: es esencial entender en qué medida los valores relacionados con el estado de salud son similares en diferentes culturas y grupos sociales (Alexandre y Guirardello, 2002: 109). Las opiniones sobre el estado de salud personal están influidas por la orientación cultural de los sujetos y la impresión de lo que constituye la enfermedad, o bien su impacto varía con la edad, la escolarización, el lenguaje, la tradición cultural, etc.

La mayor parte de estos cuestionarios o instrumentos de evaluación valoran aspectos que no son totalmente objetivos, y por este motivo resulta imprescindible tener en cuenta que las diferencias lingüísticas y culturales influyen en la manera en

* Este artículo reproduce en parte el capítulo 5 de la tesis doctoral de la autora El lenguaje de las ciencias de la salud: los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español. Universidad de Alicante, 2010.

** Departamento de Filología Inglesa, Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: nereida.congost@ua.es.

que los individuos perciben y comunican sus estados de salud y enfermedad. Todo ello hace necesario que dichos instrumentos reflejen los valores, criterios y puntos de vista específicos de las culturas en que han de ser utilizados y se adapten a ellos. Solo de esta forma se puede conseguir que tanto la versión original como la versión obtenida para su aplicación en otra cultura sean equivalentes, es decir, midan lo mismo.

La sociedad a la que pertenecemos condiciona la forma en que conceptualizamos la realidad, por lo que cada lengua tiene su concepción particular de la realidad y cada pueblo ve el mundo a su manera. Desde luego, existen zonas de recubrimiento entre las lenguas, pero también lagunas y diferencias. Cuanto mayor sea la diferencia entre culturas, la distancia cultural, mayor será la dificultad de la traducción. No obstante, dentro de las mismas culturas también hay marcadas diferencias que reflejan las convenciones sociales. Como señala Vázquez-Ayora (1977: 33), si no surgieran esas diferencias, si las costumbres y conducta social fueran iguales en inglés y en español, no habría entonces dificultades de traducción.

La falta de simetría cultural, también llamada anisomorfismo cultural, parte de la idea de que cada lengua tiene su propio genio y personalidad, lo cual implica una diferencia cultural derivada de la historia, las instituciones y los hábitos que le son propios a cada comunidad y que son aspectos *emic*, es decir, conceptos específicos de una cultura determinada, frente a los aspectos *etic*, que son los conceptos universales. Este tipo de anisomorfismo es el más difícil de abordar, debido a que la cultura está formada por una serie de pautas, creencias, costumbres, ideologías, presuposiciones, etc., que con el paso del tiempo una comunidad acepta como naturales o propias del género humano. Así, las convenciones y modos del inglés y del castellano revelan diferencias que no siempre están motivadas por la lengua, sino por las distintas maneras de ver las cosas. Gran parte de lo que llamamos errores de traducción, apunta Vázquez-Ayora (ibíd.: 326), están causados por el desconocimiento de nuestros pueblos, de su vida y de su historia. El traductor analiza de continuo, aun sin saberlo, hechos sociolingüísticos.

En el proceso de traducción y adaptación cultural, se entiende la «adaptación» como el medio de conformar un contenido a la visión particular de cada lengua, es decir, la traducción de una diferencia cultural. Con este procedimiento, la traducción adquiere «viabilidad cultural», por lo que el traductor no solo debe conocer perfectamente las lenguas implicadas en el proceso de traducción, sino también las culturas a las que estas pertenecen: el traductor debe ser *bilingual and bicultural*.

La adaptación nos permite evitar un calco cultural que puede producir confusión u oscuridad, pérdida de ciertos elementos extralingüísticos indispensables para la asimilación completa del texto. Lo importante es encontrar una equivalencia con el sentido del texto original para que este pueda ser entendido por los lectores del país ajeno a la lengua de origen.

III. La traducción de conceptos estadounidenses y británicos

Hay que prestar, pues, atención a las traducciones literales de descripciones, actividades o conceptos que puedan resul-

tar extraños, poco comunes o poco apropiados en la lengua y la cultura a que se traducen. Esto solo puede salvarlo el conocimiento del mundo del traductor, su conocimiento socio-pragmático.

Las diferencias lingüísticas y culturales tienen un profundo efecto en el modo en que los individuos construimos nuestras experiencias en cuestiones de salud o enfermedad. El lugar en el que vivimos influye no solo en las actividades que realizamos, en nuestros valores y expectativas, sino también en el modo en que nos expresamos. Esto es lo que se denomina especificidad cultural, de modo que lo que constituye calidad de vida en una cultura no tiene por qué serlo en otra. Hay preguntas enfocadas a conceptos comunes propios de culturas occidentales que no son adecuadas o apropiadas en otras lenguas y culturas. Este es un punto débil en muchos cuestionarios de salud. Marín y VanOss (1991: 70) señalan que uno de los peligros existentes en la investigación intercultural es asumir de forma errónea la universalidad del concepto, lo que algunos autores denominan *imposed etic* o *pseudoetic*, es decir, «el falso concepto universal».

Es de todos conocido que las relaciones entre palabras y conceptos son complejas y variables. No siempre las mismas palabras tienen la misma referencia para la persona que las usa o las escucha, pues las experiencias subjetivas que dichas palabras representan para cada individuo pueden ser bastante diferentes. Así, observamos que hay conceptos universales, en el ámbito que tratamos, que son concebidos de forma diferente en diferentes culturas, como, por ejemplo, la representación de la unidad social a la que llamamos «familia», el parentesco familiar, la inteligencia, el respeto filial, la enfermedad, el hospital, la asistencia sanitaria estatal, la gordura, etc.

Un caso muy común es el de la familia. Con la palabra *family* podemos referirnos, dependiendo de la cultura, a la familia en primer grado o, en un sentido más amplio, a cada uno de los miembros de la familia, es decir, al conjunto de todas las personas unidas por parentesco de sangre o político. Vázquez-Ayora (1997: 331-332) lo expresa de forma muy acertada: «En inglés consta únicamente de cónyuges e hijos, así cuando se le pregunta a un soltero por la familia, este responde: *I'm not married*. En cambio, si el interrogado es latino este empieza a hablar de los padres, tíos y primos». Asimismo, otras palabras del parentesco familiar, como son *cousin* y *brother*, tampoco representan el mismo grado de familiaridad en todas las culturas, ya que, en general, la red social que representan es mucho mayor en los países en vías de desarrollo que en las culturas occidentales, dada la importancia que aún tiene la familia como nexo de unión en los primeros.

En cuanto al concepto de inteligencia, también se expresa de modo diferente en diferentes culturas. Behling y Law (2000: 32) manifiestan que en numerosas culturas occidentales la inteligencia se demuestra al responder a problemas de forma exacta, rápida, inmediata. En cambio, en las culturas orientales, la inteligencia se asocia a un análisis más lento y cuidadoso. Algo parecido ocurre con el concepto de respeto filial; es decir, el respeto en grado sumo de los hijos hacia los padres, el hacer su voluntad o seguir sus deseos, etc., son comportamientos que se ven de manera muy distinta en China y Europa.

La enfermedad, como estado o como afección, es otro concepto cultural. Las enfermedades se valoran desde diferentes puntos de vista, y para unos pueblos unas enfermedades son más importantes que otras. Por ejemplo, hay muchas sociedades occidentales que se muestran reacias a hablar de estados mentales. Cuestiones como la ansiedad, la depresión o la ira son aún temas tabú que están mal vistos en la sociedad; por el contrario, en otras sociedades, en vías de desarrollo, simplemente no son relevantes, por una cuestión de prioridades.

Otro ejemplo es el del hospital, que utilizan en su gran mayoría las clases de recursos más bajos, justo al contrario de los hospitales norteamericanos, donde acuden los de más alto estatus; en cambio, en América Latina los enfermos con mayores medios económicos van a las clínicas particulares (Vázquez-Ayora, 1977: 331-32). El concepto de seguridad social también se entiende de modo diferente en distintos países.

Por lo que respecta a la palabra *fat*, esta tiene una connotación de exceso de peso en las culturas occidentales; sin embargo, en los países en vías de desarrollo «estar gordo» es sinónimo de estar sano y saludable. Por ejemplo, en Túnez «estar gordo» significa tener buena sangre y, por tanto, estar rebosante de salud. «Estar delgado», por el contrario, implica no ser una persona saludable. No es ninguna coincidencia que las personas con más posibilidades sean las que estén menos delgadas, mejor alimentadas y más relajadas. La misma concepción que había en España hasta hace pocos años.

Así pues, las cuestiones relacionadas con creencias religiosas, diferencias educativas, estatus social y económico, costumbres, convenciones sociales, factores geográficos, económicos y políticos, etc., nos recuerdan la importancia de tener en cuenta los valores culturales a la hora de traducir y de adaptar los cuestionarios, que, en su inmensa mayoría, proceden de EE. UU. o del Reino Unido. Hay que desterrar la creencia de que lo que es bueno y válido en EE. UU. lo es de igual modo en Francia o en Japón, y tampoco hay que asumir la equivalencia de conceptos entre EE. UU. y Gran Bretaña, ya que los británicos, como señalan Hunt y McKenna (1992: 17), están más cerca de la cultura europea. Por ejemplo, en relación con la actividad física y deportiva, estos autores (ibíd.: 18) consideran que la expresión *do vigorous activities* en la pregunta «Does your health interfere with your ability to do vigorous activities?» es una cuestión cultural específica de EE. UU., ya que aquí realizar mucho ejercicio, participar en deportes enérgicos y llevar una vida sana tiene muchísima más importancia que en Europa, donde el porcentaje de personas que llevan esto a la práctica es mucho menor, y todavía más pequeño entre mujeres, por lo que habría que reconsiderar la relevancia de este ítem en culturas distintas de la estadounidense.

Otros ejemplos relacionados con costumbres y modos de vida son los ítems que preguntan sobre la capacidad para cuidar del jardín (*to look after a garden*) en países donde la mayor parte de la población vive en pisos o no tiene jardines (Herdman y cols., 1998: 325), como es nuestro caso. Asimismo nos llama la atención un ítem del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) en el que se le pide al paciente

que deletree una determinada palabra para detectar el déficit cognitivo (*spelling*). La importancia y la cotidianidad que esta destreza tiene en la formación y educación anglosajona es muy conocida; sin embargo, no sucede lo mismo en la mayoría de las culturas europeas. En inglés, por razones fonológicas, es muy común deletrear las palabras para fijar su significado, pero es obvio que las dificultades para deletrear no son las mismas para un paciente de lengua inglesa que para uno de lengua española. De hecho, este fue uno de los fallos con los emigrantes hispanos en Estados Unidos, y fue una prueba imposible con las lenguas china y japonesa (Giménez Roldán y cols., 1997; Auer y cols., 2000).

Ejemplos como estos nos dan idea de lo conveniente que es tener presentes las normas socioculturales de las lenguas y de lo necesaria que resulta la revisión de ciertos ítems que son específicos de una cultura determinada. Asimismo se ha podido observar que en los instrumentos de salud se hace referencia de manera frecuente a valores y aspectos del comportamiento vinculados con las formas peculiares de relación y actividad de cada grupo social. Por ello, no es de extrañar que elementos considerados ajenos a la propia cultura pierdan su importancia como indicadores del concepto que se pretende evaluar. En estas ocasiones, hay que adaptar el ítem siempre que sea posible y proceder a una nueva redacción del mismo. En otras ocasiones, los ítems se modifican de modo sustancial.

IV. Ítems de cuestionarios originales que no se modificaron en Europa

Badia y cols. (2002: 17 y 56) opinan que los autores de las adaptaciones deben tener presente que a mayor divergencia con el instrumento original, mayor posibilidad de evaluar conceptos distintos, por lo que se requiere un cierto equilibrio entre la adecuación cultural de un cuestionario y la fidelidad al instrumento original. De igual forma, cuando se sustituyen elementos, es importante señalarlos y justificarlos para que se puedan valorar las desviaciones con relación al instrumento original. Por otra parte, Brislin (1986: 152) señala que también habría que justificar los ítems que finalmente no se modifican y explicar los motivos. Entre las razones por las que se opta por dejar la traducción literal podrían estar aquellos casos en los que los participantes están familiarizados con la descripción, actividad o concepto expresado en el ítem, a pesar de no experimentarlo de modo directo, ya sea porque lo han visto en la televisión, en películas, han leído sobre él o existe en su cultura, aunque sea para una minoría.

Veamos algunos ejemplos donde la mejor opción ha sido no modificar el ítem por diversas causas:

En la escala de bienestar afectivo *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) se encontraron dificultades a la hora de traducir *summer camp* en uno de los ítems. La razón era que este no se consideraba un concepto relevante en Holanda, puesto que la mayoría de los niños pasan las vacaciones de verano con sus padres. Sin embargo, el ítem no se modificó, por el hecho de que los holandeses conocen los campamentos y están familiarizados con este concepto (van Widenfelt y cols., 2005). Observamos

que en este caso no hay ningún problema de traducción, sino de relevancia cultural.

Asimismo, en el instrumento de calidad de vida relacionada con la salud SF-36v2, el ítem «Bathing or dressing yourself» (bañarse o vestirse por sí mismo) de «Función física» tampoco se modificó, pese a que muchos investigadores subrayaron la diferencia que hay entre vestirse en invierno en un país del sur de Europa y en uno del norte, circunstancia muy significativa, ya que para una persona mayor supone un mayor esfuerzo y dificultad. Sin embargo, los autores del cuestionario original no la consideraron relevante, ya que su intención era la de evaluar meramente una actividad básica de la vida diaria, es decir, si uno era capaz de levantarse de la cama y arreglarse para salir de casa (Wagner y cols., 1998).

V. Ítems de cuestionarios originales que se modificaron en Europa y en otras culturas

El problema puede aparecer, pues, porque el ítem sea inapropiado, ofensivo o molesto en otra cultura, o incluso puede que no sea relevante en ella; porque no se pueda emplear en cualquier franja etaria o no pueda ser utilizado para ambos sexos, o bien porque no se pueda emplear en los diversos grupos socioeconómicos o en cualquier otro grupo, étnico o minoritario. Estas son variables que hay que tener en cuenta para que las comparaciones entre diversas culturas y países lleguen a buen término. De este modo, y con el fin de evitar desniveles conceptuales, se llevarán a cabo modificaciones mediante sustituciones, omisiones o inclusiones de elementos semánticos para adaptar los ítems a la nueva cultura.

Se revisan, a continuación, ejemplos de ítems que se modificaron cultural y lingüísticamente tanto en Europa como en otras culturas respecto a la visión estadounidense:

Van Widenfelt y cols. (2005) nos proporcionan una serie de ejemplos en instrumentos de bienestar afectivo para niños y padres o de valoración del autoconcepto en la versión holandesa. En el cuestionario *Negative Affect Self-Statement Questionnaire* (NASSQ), el ítem «I am a winner» (soy un ganador, un triunfador; soy el mejor) era fácil de traducir. No obstante, se demostró en la versión piloto con niños holandeses que su uso no era apropiado en Holanda, ya que ningún niño educado en esa cultura diría esa frase. Se decidió por fin poner una expresión en holandés con el significado de «I will succeed in everything I do, I can do anything» (lo puedo sacar todo bien, puedo conseguir lo que quiera).

En el cuestionario *Self-Perception Profile for Adolescents* (SPPA) encontramos el siguiente ítem: «Some teenagers find it hard to make friends they can really trust but other teenagers are able to make close friends they can really trust». La cultura holandesa prefirió utilizar la traducción *getting friends*, que conlleva la connotación original del cuestionario de hacer amigos íntimos, en vez de la original *making friends*, que implica un factor de aceptación social, de ser capaz de socializar. Nosotros en español diríamos «tener amigos de verdad» en lugar de «hacer amigos».

A veces, una parte del ítem no es relevante y se opta por suprimirla. Por ejemplo, uno de los ítems del instrumento *Anxiety Disorders Interview Schedule for children - parent*

version (ADIS-P), indaga acerca de la ansiedad en los colegios, relacionándola con el niño que deambula por los pasillos o se queda junto a su taquilla: *walking in the hallways or standing at his or her locker*. En Holanda los niños llevan los libros a la escuela cada día, por lo que no hay taquillas en sus colegios. No es característico de los colegios europeos el que haya armarios individuales para guardar libros y otros efectos personales, tal y como vemos en los norteamericanos, por lo que se decidió eliminar esta referencia del ítem en holandés y se mantuvo solo la de los pasillos.

También se hallan modificaciones en instrumentos de calidad de vida de enfermedades crónicas, por ejemplo, en las escalas y subescalas del *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), donde se recogen cuestiones como el papel de apoyo que juegan los vecinos en la sociedad norteamericana o la función de «la cama» como sitio para dormir o descansar. Ambos asuntos se tuvieron en cuenta por no ser conceptos paralelos en ciertas culturas. De este modo, el ítem «I get support from my friends and neighbors» (me apoyan amigos y vecinos) se modificó suprimiendo *neighbors* y dejando simplemente «I get support from my friends». Los pacientes alemanes sugirieron que «amigos y vecinos» no podían ir unidos en la misma pregunta. Otros comentarios parecidos surgieron en otras culturas tanto europeas como asiáticas.

Por lo que respecta al ítem «I am forced to spend time in bed» (me veo obligado a pasar tiempo en la cama) se adaptó a «I am forced to lie down» (me veo obligado a echarme, recostarme, tumbarme) en determinadas regiones en Japón y Sudáfrica (Lent y cols., 1999).

De igual modo, el grupo de Gandek y cols. (2003) también nos proporciona ejemplos obtenidos de la escala *The Short-Form Headache Impact Test* (HIT-6). Se consideró la palabra *school* en el ítem «How often do headaches limit your ability to do usual daily activities including household work, work, school, or social activities?». Teniendo en cuenta que este es un cuestionario para población adulta, la voz *school* tenía que servir para cualquier tipo y nivel de estudios, desde primaria hasta la universidad. Sin embargo, en islandés y griego (al igual que en español) *school* solo se refiere a estudios de primaria; en cambio, en holandés implica estudios universitarios, y en polaco y finés esta palabra únicamente define el edificio, el sitio, pero no la actividad. Por ello, la traducción por la palabra *studies* fue la que se utilizó en todas las lenguas, para poder así abarcar todos los tipos de educación. En otro de los ítems, la traducción de *irritated* por «irritado» en la frase «In the past 4 weeks, how often have you felt fed up or irritated because of your headaches?» presentó problemas en México, dado que aquí la palabra *irritado* se usa solo para describir el enrojecimiento de la piel con sensación de ardor o escozor y no con el significado de ‘muy enfadado’. Así pues, el término *very annoyed* se utilizó finalmente en la versión original y el de «muy enfadado» en la traducción, aunque la expresión «muy enojado» hubiese sido, en mi opinión, la más adecuada en la versión mexicana.

En el cuestionario de salud y calidad de vida SF-36v2, un equipo de investigadores del grupo International Quality of

Life Assessment (IQOLA) (Wagner y cols., 1998) se fijaron en los deportes que presentaba el instrumento y apuntaron que estos no eran válidos para todas las culturas. Mientras que *bowling* and *playing golf* son actividades deportivas bastante comunes en los Estados Unidos, no lo son tanto para la mayor parte de la población en muchos países europeos. Estos investigadores intentaron seleccionar actividades culturalmente apropiadas que incluyeran, por una parte, el mismo gasto global de energía y, por otra, que requirieran partes del cuerpo similares y que pudieran llevarlas a cabo tanto hombres como mujeres. *Bowling* acabó dejándose, por ser más popular, y no se modificó, pero *playing golf* se adaptó con «ir en bicicleta» en Italia y los Países Bajos; con «pasear por el bosque o cuidar el jardín» en Suecia, y con «caminar más de 1 hora» en España, como apreciamos seguidamente:

Moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling or *playing golf*.

Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o *caminar más de 1 hora*.

En la versión brasileña del *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) para reumatología, el ítem «using a private car» se sustituyó por «using public transportations», dado que la mayor parte de la población en Brasil no tiene coche (Guillemin y cols., 1993: 1423).

VI. Ítems de cuestionarios originales que se modificaron en las versiones españolas

Otros ítems que se modificaron en las versiones para la población española fueron los que siguen:

En el cuestionario de calidad de vida para niños con asma, *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ), también se eliminaron deportes como *baseball* (béisbol) y *ice-skating* (patinaje sobre hielo) y se incluyeron otros que se consideraron más frecuentes en nuestra cultura, como jugar al frontón, escalar, saltar a la comba, etc. (Tauler y cols., 2001).

En cuanto a la adaptación del instrumento HAQ para enfermos reumáticos, el equipo investigador (Esteve y cols., 1993) señaló que las diferencias socioculturales entre los Estados Unidos y España explicaban la necesidad de cambiar algunos de los ítems en nuestra versión. Por ejemplo, en España uno tiende más a ducharse que a bañarse, a barrer en vez de a pasar la aspiradora y no es habitual tener una casa con jardín y tener que ocuparse de él. Utilizamos, además, el sistema métrico decimal en gramos y kilogramos en vez de sus medidas de peso en libras.

Así el ítem «Are you able to take a *bath tub*?» se sustituyó por «¿Es usted capaz de *ducharse*?» —a pesar de que las destrezas físicas que se requieren para bañarse no son las mismas que para ducharse—, y el ítem «Are you able to reach and get down a *5 pound object* (such a bag of sugar) from just above your head?» se convirtió en «¿Es usted capaz de coger un paquete de azúcar de *1 kg* de una estantería colocada por encima de su cabeza?».

Como bien se sabe, el procedimiento de adaptación cultural desempeña también un papel importante en la equiva-

lencia de pesos y medidas, ya que varían de un país a otro. Mientras los anglosajones miden en millas (*miles*) y yardas (*yards*), los europeos lo hacemos en kilómetros y metros. Los primeros pesan en libras (*pounds*) y onzas (*ounces*), y nosotros lo hacemos en kilos y gramos. Su escala se mide en grados Fahrenheit, y la nuestra, en grados centígrados, y así un largo etcétera. Lo más curioso es que el mismo sistema estadounidense y británico también difiere en algunas de las medidas por tener una equivalencia distinta. Por ejemplo, una pinta en Estados Unidos equivale a 0,47 litros, pero en Reino Unido son 0,57 litros. Y el peso de una persona se suele expresar en libras (*pounds*) en Estados Unidos, pero no en *stones*.

Vázquez-Ayora (1977: 331) puntualiza que si en un texto no tiene relevancia la exactitud, no es necesario hacer la conversión detallada de estas medidas y bastaría con dar una aproximación. Lo ejemplifica con *a mile from shore: a un kilómetro de la costa*. Si no viene al caso precisar la exactitud de la distancia (dependiendo del contexto), solo se lograría recargar la comunicación al expresar «a 1,6 kilómetros de la costa».

A este respecto, una adaptación adecuada fue la que se hizo en un ítem del cuestionario de salud y calidad de vida SF-36v2 en la traducción de 1 milla por 1 km en diferentes versiones (2 km en la versión sueca). En cambio, Badia (1995: 57) nos indica un ejemplo de mala adaptación: la traducción del ítem «es independiente andando 90 yardas (45 metros)» supone que en España se clasifica a los pacientes con una afectación funcional del desplazamiento a 45 metros, cuando en realidad los autores originales lo están clasificando a 82 metros (la equivalencia métrica de una yarda es de 0,91 metros). Por lo tanto, las conclusiones clínicas que se pudieran extraer no serían correctas.

Otro de los ítems modificados del cuestionario HAQ para reumatología fue «Are you able to do chores such as *vacuuming or yardwork*?», que se reemplazó por «¿Es usted capaz de hacer tareas de la casa como *barrer o lavar los platos*?» en la versión española. No obstante, en mi opinión, el equipo investigador responsable de la adaptación no tuvo en cuenta que este ítem inclinaba la cuestión al género femenino, mientras que en la versión inglesa los dos sexos se repartían los papeles entre «pasar la aspiradora» y «hacer el trabajo del jardín».

Algo muy similar se observó en ciertos ítems del índice original norteamericano *Duke Activity Status Index* (DASI) en su versión reducida. Sánchez-Reyes y Martín Casado (1999) realizaron, junto con un grupo de estudiantes de último año de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de Salamanca, un trabajo de campo y una adaptación del índice. En su opinión, algunas preguntas del cuestionario están decantadas hacia el género femenino al enumerar tareas domésticas que, tanto de forma tradicional como por estadística, se conciben como concreciones del rol de la mujer; por ejemplo, limpiar el polvo, lavar los platos, hacer las camas, barrer, etc. Consideraron, además, que los autores del cuestionario original incluyeron el ejemplo poco afortunado de *playing cards* (jugar a las cartas) en uno de los ítems, quizás para huir de ese efecto. También repararon en la expresión *scrubbing floors* (fregar el suelo con cepillo), por ser una actividad muy poco frecuente en la mayoría de los hogares españoles actuales.

El grupo aplicó, en primer lugar, una primera modificación del cuestionario teniendo como perfil al prototipo de paciente que ven en sus prácticas en el Hospital Clínico de Salamanca, con el fin de adoptar un texto definitivo en la segunda fase del proyecto. La encuesta se hizo vía entrevistas, y confirmaron que una de las preguntas que más extrañeza produjo en los pacientes varones fue la de su posible participación en las tareas domésticas. La mayor parte de sus respuestas fueron del tipo «podría haberlo hecho, pero de eso se encarga mi mujer/hija/asistente...», contestaciones que son indicio de una sociedad menos igualitaria y más sexista que la norteamericana (ibíd.: 154).

Se pueden ver, a continuación, los ítems 5, 6, 7 y 8 del índice a los que hacemos referencia, así como la traducción que finalmente aportó el equipo de Sánchez-Reyes y Martín Casado:

5. Doing light work around the house like dusting, washing dishes, or *playing cards*?
5. ¿Solía hacer las tareas más sencillas de la casa como limpiar el polvo, lavar los platos o *poner la mesa*?
6. Doing moderate work around the house like vacuuming, sweeping floors, or making a bed?
6. ¿Hacía con facilidad otros trabajos en casa como pasar la aspiradora, barrer los suelos, hacer las camas o *cualquier tipo de reparación doméstica*?
7. Doing heavy work around the house like *scrubbing floors*, or moving heavy furniture?
7. ¿Era capaz de realizar tareas domésticas más cansadas, tales como *limpieza general*, cambiar muebles de sitio, *cargar con las bolsas de la compra*...?

El ítem 8, también se analizó con detenimiento. La traducción literal del mismo era la siguiente: «¿Ud. rastrillaba hojas, era capaz de empujar un cortacésped, bailaba, hacía ejercicio vigoroso o aeróbic, jugaba al tenis o nadaba?». Cuando los alumnos hicieron esta pregunta en la entrevista, muchos de los pacientes españoles ignoraban qué era aeróbic, otros respondieron que en su población no había cancha de tenis ni piscina municipal y otro sector numeroso dijo que en su vida habían rastrillado hojas ni empujado un cortacésped, porque vivían en un bloque de vecinos de una barriada periférica donde no hay vegetación alguna (ibíd.: 150). El equipo, a partir de estos comentarios, propuso la siguiente adaptación:

8. Raking leaves, pushing a power mower, dancing, doing vigorous exercise or aerobics, playing tennis or swimming?
8. ¿Podía realizar algún tipo de ejercicio físico o deporte, lavar el coche...?

A pesar de que el equipo de Sánchez-Reyes y Martín Casado (1999) hizo un buen trabajo de adaptación, no llegaron a validarlo en su totalidad para su uso en España (ibíd. 154), por lo

que la versión reducida del índice para la población española la llevó a término otro grupo de investigadores (Alonso y cols., 1997), siguiendo el método de traducción-retrotraducción, de acuerdo a unas directrices generales aceptadas por la comunidad científica internacional. Las actividades de los ítems 5, 6, 7 y 8 se modificaron respecto al original y la versión quedó finalmente del siguiente modo (Badia y cols., 2002: 37):

5. Hacer trabajos de la casa ligeros.
6. Hacer trabajos de la casa no muy pesados.
7. Hacer trabajos de la casa pesados.
8. Hacer ejercicios o gimnasia intensos.

No obstante, y a pesar de haber sido validada, los ítems 5 y 6 son muy parecidos y, desde mi punto de vista, se solapan semánticamente.

VII. Ítems de cuestionarios originales irrelevantes en otras culturas

En último lugar, pasamos a observar una serie de ítems que han resultado irrelevantes en las lenguas y culturas receptoras de países en vías de desarrollo, así como de otros países no occidentalizados. Esto sucede, sobre todo, cuando se describen actividades o experiencias que no son nada usuales en determinadas culturas, por lo que hay que buscar equivalentes o descartar dichas preguntas. Así, por ejemplo, el ítem «watched more television than usual» (ver la TV más de lo normal) no se tuvo en cuenta, porque no tenía sentido en un área de estudio donde no había electricidad. Lo mismo ocurrió con los ítems que nos preguntan sobre el uso de las pastillas para dormir («I take tablets to help me sleep») en culturas donde no las hay. Otro ejemplo es el del ítem en el que se pregunta al encuestado si tiene dificultad para comer con un tenedor («Do you have difficulty eating with a fork?») en países donde no se utiliza este utensilio. También están los ítems que nos preguntan por asuntos que se relacionan con la diversión o a las actividades de ocio, tales como «I have forgotten what it is like to enjoy myself» o «How many hours a week do you have leisure activities?», que no son experiencias habituales en muchos países, por lo que habría que buscar equivalentes para *enjoy* o *leisure* o suprimir las preguntas, como hemos dicho antes. La autora S. Hunt (1986: 156) comenta que estas cuestiones no son importantes en contextos donde el concepto de «hacer algo por placer» no está presente: cuando un pueblo vive en la pobreza, la mayor parte del día la pasa trabajando, buscando comida, realizando tareas domésticas o simplemente subsistiendo.

De igual modo, hay una serie de acciones que son absolutamente normales en nuestra sociedad y que nos pasan desapercibidas, a las que hay que prestar atención a la hora de salvar diferencias culturales. Estas acciones, explican Ruperto y cols. (2001) sobre el *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ), como son abrir una caja de cereales, girar el pomo de la puerta, atarse los cordones de los zapatos, abrocharse los botones, usar un calzador o realizar actividades tales como lavar platos, sacar la basura, pasar la aspirado-

ra, realizar el trabajo del jardín, hacerse la cama o limpiarse la habitación, etc., no son realmente ocupaciones fáciles de encontrar en muchos países:

Is your child able to open a new *cereal box*?

Is your child able to push open a door when he/she has to turn a *door knob*?

Is your child able to dress, including tying shoelaces and *doing buttons*?

Devices used for dressing (button hook, zipper pull, *long-handled shoe horn*, etc.)

Do household chores (e.g. *wash dishes, take out trash, vacuuming, yardwork, make bed, clean room*)?

VIII. Conclusiones

Por todo lo visto hasta ahora, se confirma lo necesaria que resulta la revisión de ciertos ítems específicos de una cultura determinada, en este caso, la estadounidense, cuando estos se traducen a otras lenguas y culturas. Si el ítem resulta poco común o poco apropiado, pierde asimismo relevancia, por lo que habrá que adaptarlo siempre que sea posible y proceder a una nueva redacción del mismo. Unas veces habrá que modificarlo de forma sustancial (omitir una parte, buscar equivalentes, descartar el ítem, etc.) y otras dejarlo tal cual. En cualquier caso, esto siempre se debe explicar. Además, los cambios han de señalarse y justificarse para que se puedan valorar las posibles desviaciones respecto al original.

En los ejemplos examinados se ha observado cómo los ítems se modifican mediante sustituciones, omisiones o inclusiones de elementos semánticos, y que los problemas obedecen principalmente a los motivos que siguen:

- descripción de actividades poco frecuentes (por ejemplo, *scrubbing floors, raking leaves, aerobics*, etc., en la versión española);
- diferencias de género (*dusting, washing dishes, sweeping floors, making a bed*, etc.);
- irrelevancia del ítem. El ítem puede no ser relevante en una parte (por ejemplo, en *walking in the hallways or standing at his or her locker* se suprime la segunda parte —*standing at his or her locker*— en la versión holandesa) o puede no ser relevante en su totalidad (por ejemplo, *using a private car* se reemplaza por el de *using public transportations* en la versión brasileña).

En resumen, se ha demostrado que

- 1) se ha de abandonar la idea de que lo que es bueno y válido en EE. UU, lo es de igual modo en el resto del mundo,
- 2) y que para evitar desniveles conceptuales es muy importante tener presentes las normas socioculturales de la lengua y cultura a la que se traduce y, por lo tanto, hay que realizar una adaptación cultural y no una mera traducción literal.

Es cierto que en los llamados países occidentales, la uniformidad cultural del estilo de vida, valores y creencias hace que las diferencias entre culturas sean, quizás, menos marcadas, pero existen. Esto prueba que cada lengua tiene su particular concepción de la realidad y que esta se percibe de distinto modo en los diferentes pueblos.

Bibliografía

- Alexandre, Neusa Maria Costa, y Guirardello, Edinéis de Brito (2002): «Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (2): 109-111.
- Alonso, Jordi; Permanyer-Miralda, Gaietà; Cascant, Purificació; Brotons, Carles; Prieto, L., y Soler-Soler, Jordi (1997): «Measuring functional status of chronic coronary patients», *European Heart Journal*, 18: 414-419.
- Auer, Stefanie; Hampel, Harald; Möller, Hans-Jürgen, y Reisberg, Barry (2000): «Translations of measurements and scales: opportunities and diversities», *International Psychogeriatric Association*, 12 (1): 391-394.
- Badia, Xavier (1995): «Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España», *Medicina Clínica*, 105: 56-58.
- Badia, Xavier; Salameo, Manuel, y Alonso, Jordi (2002): *La medida de la salud*, 3.ª ed. Barcelona: Edimac.
- Behling, Orlando, y Law, Kenneth S. (2000): *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-131. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brislin, Richard W. (1986): «The wording and translation of research instruments», en Lonner, Walter J., y Berry, John W. (eds.): *Field methods in cross-cultural psychology*. Newbury Park, CA: Sage, pp.137-164.
- Esteve-Vives, Joaquim; Batlle-Gualda, Enrique; Reig, Abilio, y el Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española (1993): «Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency», *The Journal of Rheumatology*, 20: 2116-2122.
- Gandek, Barbara; Alacoque, J.; Uzun, V.; Andrew-Hobbs, M., y Davis, K. (2003): «Translating the Short-form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues», *Quality of Life Research*, 12: 975-979.
- Giménez Roldán, Santiago; Novillo, M. J.; Navarro, E.; Dobato, J. L., y Giménez Zuccarelli, M. (1997): «Examen del estado Mini-Mental: propuesta de una normativa para su aplicación», *Revista de Neurología*, 25 (140): 576-583.
- Guillemin, Francis; Bombardier, Claire, y Beaton, Dorcas (1993): «Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines», *Journal of Clinical Epidemiology*, 46: 1417-1432.
- Herdman, Michael; Fox-Rushby, Julia A., y Badia, Xavier (1998): «A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: the universalist approach», *Quality of Life Research*, 7: 323-335.
- Hunt, Sonja M. (1986): «Cross-cultural issues in the use of socio-medical indicators», *Health Policy*, 6: 149-158.
- Hunt, Sonja M., y McKenna, Stephen (1992): «Cross-cultural comparability of quality of life measures», *British Journal of Medical Economics*, 4: 17-23.

- Lent, Lauren; Hahn, Elizabeth; Eremenco, Sonya; Webster, Kimberly, y Cella, David (1999): «Using cross-cultural input to adapt the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) scales», *Acta Oncológica*, 38 (6): 695-702.
- Marín, Gerardo, y VanOss Marín, Barbara (1991): *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ruperto, N.; Ravelli, A.; Pistorio, A.; Malattia, C.; Cavuto, S.; Gado-West, L.; Tortorelli, A.; Landgraf, J. M.; Singh, G., y Martini, A. (2001): «Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology», *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19 (Suppl. 23): S1-S9.
- Sánchez-Reyes, M.^a Sonsoles, y Martín Casado, Manuel (1999): «Más allá de la traducción: la validación de cuestionarios científico-técnicos inglés-español», *Livius (Revista de Estudios de Traducción)*, 14: 149-155.
- Tauler, E.; Vilagut, G.; Grau, G.; González, A.; Sánchez, E.; Figueras, G.; Vall, O.; Ferrer, M., y Alonso, Jordi (2001): «The Spanish version of the Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ): Metric characteristics and equivalence with the original version», *Quality of Life Research*, 10: 81-91.
- Van Widenfelt, Brigit M.; Treffers, Philip D. A.; de Beurs, Edwin; Siebelink, Bart M., y Koudijs, Els (2005): «Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families», *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (2): 135-147.
- Vázquez-Ayora, Gerardo (1977): *Introducción a la Traductología*. Washington: Georgetown University.
- Wagner, Anita K.; Gandek, Barbara; Aaronson, Neil K.; Acquadro, Catherine; Alonso, Jordi; Apolone, Giovanni; Bullinger, Monika; Bjorner, Jakob; Fukuhara, Shunichi; Kaasa, Stein; Leplège, Alain; Sullivan, Marianne; Wood-Dauphinee, Sharon, y Ware, John E. Jr. (1998): «Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA project», *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11): 925-932.

