

La medicina en televisión: implicaciones para la traducción. El caso del doblaje de las series sobre médicos

Rubén Villalba Jiménez

ruben_villalba@hotmail.es

Académie de Versailles (Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)

Recibido: 15/01/2015 | Revisado: 04/02/2015 | Aceptado: 08/07/2015

Resumen

El presente estudio parte de la concepción de la traducción de productos audiovisuales médicos como un fenómeno comunicativo y social de masas con implicaciones directas en la labor traductora. Esta traducción médica audiovisual vendría caracterizada por una triple dimensión: terminológica, social y audiovisual. Emprendemos, pues, un estudio mediante el cual evaluamos la precisión y calidad de la versión doblada al español de una serie médica de habla inglesa. Para ello, sometemos un capítulo de la serie a un doble análisis: traductológico, comparando las réplicas de ambas versiones mediante las técnicas de traducción empleadas, y facultativo, mediante la elaboración de un cuestionario diseñado para conocer la valoración médica. Los datos obtenidos revelan un número importante de casos en los que se incumplen los parámetros de calidad terminológica y comunicativa, lo que resulta en un cierto grado de desacuerdo por parte de los facultativos respecto a la versión doblada.

Palabras clave: doblaje, lenguaje médico, series médicas, terminología, traducción médica audiovisual.

Abstract

Medicine in television: implications for translation. The Dubbing of television medical dramas

The aim of this paper is to provide a perspective of audiovisual medical translation as a communicative and social phenomenon with direct consequences for the translator's work. Audiovisual medical translation would be therefore determined by three interdependent dimensions: terminological, social and audiovisual. On this basis, this paper evaluates the accuracy and quality of the Spanish dubbed version of an English medical drama. A chapter of this drama will be analysed from a dual perspective for that purpose: by comparing the English and Spanish versions through the translation techniques employed (translation perspective), and by developing a questionnaire to register the medical assessment (medical perspective). Results obtained reveal some degree of disagreement among the physicians participating in the study, given that the Spanish dubbed version does not meet the quality standards in a significant number of cases.

Keywords: dubbing, medical language, medical dramas, terminology, audiovisual medical translation

1. Introducción

Desde que en 1956 se estrenara en los Estados Unidos *Dr. Christian*, se ha ido sucediendo por la pequeña pantalla un sinfín de productos audiovisuales médicos que han hecho de los espectadores un blanco fácil para los ansiados termómetros de audiencia. El vínculo ficción-espectador, creado en su origen por las series médicas, ahora se ve reforzado por el fenómeno del *reality show*, con programas tan variados como *Mystery Diagnosis* o *Embarrassing Bodies*, por nombrar solo algunos. De este modo, asistimos ya no solo a la vida diaria de médicos y pacientes ficticios sino también al día a día de hospitales reales, siendo testigos de las más extrañas enfermedades y participando en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. Las series médicas, por su parte, siguen destacando entre este batiburrillo de producciones audiovisuales, ya que proyectan la medicina a través de una realidad distorsionada, cosa que ha merecido las críticas de profesionales y organismos sociosanitarios. Estos alegan que este tipo de productos de ficción, dado su alcance en la población, perjudican gravemente la imagen del gremio, reflejando un comportamiento no aceptable por la deontología profesional.

Es un hecho, pues, el que las series médicas son un producto televisivo demandado, lo que unido a que en su mayoría son de producción norteamericana, hace que la demanda de traducción de este tipo de productos audiovisuales al español no sea infrecuente. Queda demostrada así la posibilidad de encontrarnos con una traducción audiovisual especializada (Martínez 2012: 29), lo que hace necesario establecer una serie de consideraciones a tener en cuenta para su ejecución. Y es que el reto del traductor de productos audiovisuales médicos es triple: por un lado, conciliar las limitaciones que presenta la traducción audiovisual, y más concretamente, para el doblaje; por otro, hacer frente a la traducción de un guión con lenguaje especializado; y por último, considerar otros aspectos extralingüísticos implícitos, como son la ética médica o el impacto social de este tipo de producciones audiovisuales. Estos son, pues, los pilares sobre los que se sustenta nuestro estudio. En esta línea, también pretendemos continuar investigando en lo que Lozano Vives (2008: 8) estableció como hipótesis en su Trabajo Fin de Máster:

La hipótesis de partida planteada inicialmente es que, según lo observado al ejercer como espectadora de este tipo de series, aunque con sensibilidad de profesional, se ha comprobado que, en ocasiones, la versión española para el doblaje de la terminología médica no refleja adecuadamente el lenguaje especializado que se presenta en el original inglés. Mediante este estudio se espera verificar si estas observaciones son total o parcialmente ciertas y en qué medida se producen estas divergencias.

Con base en ello, fijamos como objetivo general de este estudio conocer las idiosincrasias de la traducción médica audiovisual como un fenómeno tridimensional (terminológico, social y audiovisual). Al estar visionando un filme o producto audiovisual

médico y doblado no estamos ante la versión propuesta por el traductor sino ante una versión final resultante de un complejo proceso en el que han intervenido diversos agentes ajenos, pero influyentes, al trabajo del traductor (médicos, pacientes, televidentes, productoras, guionistas, etc...). Para ello, nuestro objetivo general necesita de los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una revisión teórica que justifique la particularidad que encierra, dentro de la traducción audiovisual, la traducción de productos audiovisuales con lenguaje especializado, como es el caso de las series médicas, así como el papel del traductor dentro este fenómeno social y televisivo.
- Identificar las dificultades más relevantes en el proceso de traducción para un traductor médico audiovisual.
- Llevar a cabo un estudio basado en el análisis terminológico y comunicativo de un capítulo de una serie médica de habla inglesa, *House, M.D.*, que sirva como medio para evaluar el proceso de descodificación lingüístico y cultural asociado al proceso de traducción y doblaje al español de este tipo de productos audiovisuales. Siguiendo un enfoque multidisciplinar, al dictamen traductológico se adjuntará la opinión de profesionales médicos que han participado en el estudio.

Este artículo queda estructurado en cuatro partes. Se exponen las bases teóricas fundamentales sobre las que se sustenta el estudio, se detalla la metodología de trabajo seguida, se exponen los resultados más relevantes y, para terminar, se presentan las conclusiones.

2. Marco conceptual

Para poder entender la razón por la cual la traducción médica audiovisual presenta unas características particulares, es preciso que primero describamos su triple caracterización: terminológica, social y audiovisual. Haremos hincapié en su dimensión social, la cual consideramos de especial interés.

2.1. La terminología médica

Uno de los rasgos distintivos de lo que hemos denominado «traducción médica audiovisual» es la presencia de terminología específica en el guión objeto de traducción, lo que añade a su carácter audiovisual una dimensión especializada. Ello viene explicado por el uso que de la jerga médica hacen los guionistas para aportar credibilidad y verosimilitud a sus argumentos. Por ello, no dejamos de estar frente a los problemas recurrentes que surgen al traducir un texto médico convencional, pudiendo el guión objeto de traducción llegar incluso a alcanzar un alto grado de especialización.

Esos mismos guionistas que recurren al uso de la jerga médica deben ser conscientes de que la medicina es un campo de especialidad «laborioso», en el que «la exac-

titud denominativa no es la regla general» (Balliu 2001: 35), lo que tiene un efecto directo en su terminología.

Esto lo vemos en el uso de un lenguaje complejo y multidimensional, con diferentes variantes denominativas, siendo este precisamente uno de los fenómenos más característicos de la comunicación especializada en el ámbito médico. Tercedor (2013: 81) define la «variación denominativa» como «la existencia de múltiples formas de designar un concepto a través de diferentes expresiones». Prieto, López y Tercedor (2013: 171) ilustran este fenómeno con el siguiente ejemplo:

La simple selección del término *brucelosis* frente a *fiebre de Malta* supone que se está destacando una faceta concreta de una enfermedad: a) su causa: bacterias del género *Brucella*; o b) la sintomatología con la que cursa: la fiebre.

Lo mismo ocurre con campos semánticos tan recurrentes como el del «dolor», cuyos términos, en palabras de Martínez (2008: 14):

Se caracterizan porque en inglés se usan indistintamente en contextos especializados o banalizados, mientras que en español existen dos o más acepciones ligadas a distintos contextos de utilización.

Al fenómeno de la variación denominativa se une también la ya conocida supremacía del inglés, siendo esta la *lingua franca* de la ciencia en general y de la medicina en particular. Como afirma Navarro (2001b: párrafo 14), «se ha generalizado la creencia de que un artículo escrito en inglés es, por el mero hecho de estar escrito en inglés, de mayor calidad que otro en español o en otro idioma».

Así pues, en los últimos años los científicos hispanohablantes se han visto en la «obligación» de aprender inglés para poder no solo escribir sus artículos sino también para entender los trabajos de sus colegas. El problema surge por el tipo de inglés que estos científicos tienden a utilizar, pues se trata de una variante en la que las reglas del inglés estándar se mezclan con rasgos propios de la lengua materna del autor (Ruiz 2008). Como indica esta autora (Ibíd.: 234), «*scientists that read in English and publish in their mother tongue are not always aware of translating, or participating actively in the creation of neologisms and technical terms, and they write in an individual and disorganised way*».

Desde el punto de vista lingüístico, esta influencia del inglés en el español médico afecta a todos sus niveles (Navarro 2001): ortográfico («amfetamina», «colorectal», «halucinación»), léxico (confusión entre «urgencia» y «emergencia», entre «plaga» y «peste») y sintáctico (abuso de la voz pasiva, eliminación de artículo a comienzo de frase, etc.).

Esta supremacía del inglés también vendría explicada, en palabras de Navarro (2001b: párrafo 13), porque:

Las líneas de investigación, los conceptos, las ideas y los razonamientos vienen determinados por un puñado de revistas internacionales publicadas en inglés y cuyos comités de redacción están integrados en un 75% por autores que tienen el inglés como lengua materna (y 8/10 estadounidenses). Como son estos comités de redacción quienes deciden qué artículos podrán publicarse y cuáles serán rechazados, los autores tienden a elegir de entrada sus temas de investigación, sus conceptos y sus métodos de trabajo en función de lo que se siguen en los Estados Unidos, lo cual conduce a un monolitismo intelectual.

De este modo, la influencia del inglés traspasa la frontera lingüística y entra de lleno en aspectos culturales. Tanto es así que «mientras cinco millones de personas mueren anualmente de paludismo, se multiplican hasta la saciedad los estudios sobre los principales problemas sanitarios de los Estados Unidos» (Navarro 2001b: párrafo 13).

Esta supremacía cultural también la vemos reflejada en el lenguaje médico inglés, por ejemplo, en sus recurrentes metáforas y en las marcas comerciales, cuyo tratamiento en español pasa por traducciones literales incorrectas hasta por un uso del *spanGLISH* (Martínez 2008).

2.1.1. El argot médico

Si algo les interesa especialmente a los guionistas de series médicas es sin lugar a dudas el uso del argot médico, ya que es el lenguaje oral utilizado por los facultativos en su comunicación diaria. En otras palabras, se trata de la herramienta clave para proporcionar verosimilitud y realismo a los argumentos de la ficción. Esta comunicación tiene lugar en escenarios tan diversos como los pasillos del hospital, las guardias o el quirófano. Tiene tal alcance que llega incluso a aterrizar en el registro escrito, como ocurre en la redacción de historias clínicas (Muñoz 2010: 180). Quizá sea este uno de los aspectos más llamativos de este argot, aparentemente a medio camino entre lo oral y lo escrito.

El argot médico se presta a la encriptación del lenguaje, al que solo se puede acceder si se forma parte del gremio. Se trata de un lenguaje lleno de siglas, abreviaturas, metáforas, eufemismos, ironía e incluso humor. Nos parecen interesantes, al respecto, los ejemplos aportados por Dirckx (2004) y Fox et al. (2003). Entre ellos, podemos citar algunos: *Freud squad* (psiquiatras), TBP (*total body pain*), *obecalp* (placebo escrito al revés), *pathology outpatients* (mortuorio), etc.

No nos equivocamos al pensar que detrás de este uso del argot se encuentran dos motivos esenciales: la rapidez y la eficiencia, dos cualidades frecuentemente demandadas por el profesional médico en el desarrollo de su trabajo diario; sin olvidar su uso como marca identificativa y de pertenencia al gremio. Pero también estamos de acuerdo con Muñoz (2010: 173) al afirmar que el argot médico cumple igualmente una «función de protección del tercero y de auto-protección frente a experiencias traumáticas cotidianas». Por protección del tercero entendemos ese ocultamiento de la información al que a veces debe recurrir el médico ante pacientes víctimas de una

enfermedad terminal, por ejemplo. Sin embargo, también existe la opinión de que fuera de este tipo de escenarios el argot se materializa a veces como una forma de abuso de poder, teniendo como objetivo incluso «demostrar al paciente lo inculto que es y que de esta forma no se atreva a preguntar más sobre su padecimiento» (Muñoz 2010: 175). Esto último nos recuerda a lo que Freixa (2006: 57) denomina *perverted adequacy*. La función «auto-protección», por su parte, vendría explicada como una forma de relajar tensiones en un escenario de trabajo tan variopinto como el del médico, en el que se ha de «convivir cotidianamente con situaciones límites (dolor, muerte, fundamentalmente)» (Muñoz 2010: 172). Así, estaríamos frente a un uso frecuente del sarcasmo, el humor negro e incluso la vulgaridad.

Es por ello que nos parece conveniente plasmar la clasificación del argot médico que propone Muñoz (2010: 185), quien lo divide en tres subregistros:

- Argot de «oficio»: se utilizaría en la comunicación formal médico-médico y su objetivo primordial sería informar y dirigir.
- «Jerigonza humorística»: se utilizaría en situaciones de un nivel menor de formalidad, teniendo como objetivo expresarse y contactar.
- «Lenguaje médico eufemístico»: su función sería la de «proteger a terceros» con el objetivo de no provocar efectos desagradables en el tercero presente en la comunicación (normalmente el paciente y/o familiares).

Hasta este punto, hemos querido poner de relieve un lenguaje multidimensional, altamente influenciado por el inglés y críptico, características que impregnan los guiones a los que se debe enfrentar el traductor médico audiovisual.

2.2. La medicina en televisión: un fenómeno social

Estamos de acuerdo con Lozano y Matamala (2009: 74) cuando afirman que, en la traducción audiovisual, los problemas terminológicos representan también un reto desde el punto de vista de los participantes, ya que las relaciones que se establecen entre ellos determinarán el uso de la terminología. De este modo, el traductor médico audiovisual debe ser consciente de su participación en un fenómeno televisivo y social conformado por diversos sectores: los medios de televisión, los médicos, las instituciones de salud, el público y, por último, los pacientes o familiares que se muestran en ellos (Beca y Salas 2004: 882).

2.2.1. Medicina y televisión: cara y cruz de una misma moneda

Abriamos este trabajo haciéndonos eco del fenómeno de la medicina televisada. Y es que es un hecho el que este tipo de productos audiovisuales haya conseguido captar la atención de millones de espectadores. Como resultado, la televisión es hoy, inevitablemente, uno de los principales educadores sociales en temas de salud. En el mejor de los casos, el medio televisivo respondería guiándose por unos fines «no sólo de

entretención sino también educativos» (Beca y Salas 2004: 882), ya que así lograrían «estimular al público a buscar ayuda médica oportuna para resolver sus problemas de salud y realizar acciones de prevención» (Ibíd.), sin mencionar que contribuirían «de manera eficaz a lograr una mejor comprensión de la enfermedad y de sus alternativas de tratamiento» (Ibíd.: 885).

Por contra, a menudo se produce una confrontación entre los distintos sectores involucrados en el fenómeno, sobre todo entre esa acción social que venimos describiendo y el beneficio económico que acaba prevaleciendo para las empresas del sector audiovisual. Esto puede acarrear consecuencias como la de anteponer el sensacionalismo a los «fundamentos universales de la bioética: respeto a la dignidad del paciente, y los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia» (Beca y Salas 2004: 882).

En este sentido, cabe enumerar los pros y los contras de la medicina televisada. Para ello, vamos a recurrir a la opinión de dos profesionales médicos, Luis Aguilera (presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y Juan José Rodríguez (secretario general de la Organización Médica Colegial), recogidas por Alejandra Rodríguez en un suplemento del diario *El Mundo* en 2007. Sus valoraciones, enfrentadas, son el fiel reflejo de la lucha entre los intereses comerciales y los fines sociales.

Para Aguilera, la medicina en la pequeña pantalla resulta un fenómeno positivo, fundamentalmente por tres razones:

- Accesibilidad: posibilidad de llegar a un mayor número de personas, dado que la televisión hace las veces de libro, enciclopedia e Internet.
- Oportunidad: la televisión representa un medio envidiable para hacer llegar mensajes sociosanitarios de gran utilidad.
- Beneficio múltiple: los enfermos se sienten identificados al conocer otros pacientes con sus mismas dolencias, mientras que la población en general es consciente del sufrimiento ajeno.

Rodríguez, en cambio, rebate los argumentos de Aguilar por:

- Intimidad: la confidencialidad médico-paciente se vulnera.
- Trivialización: no se refleja el riesgo ligado a cualquier intervención médica.
- Altruismo: el fin comercial y lucrativo no respeta el principio altruista muy presente en medicina.

En el caso particular de las series médicas, parece que los profesionales muestran una mayor animadversión. Así lo refleja Moratal (2012), para quien este tipo de series ya no perjudica únicamente al gremio sino que también alimentan una realidad distorsionada. Así pues, estas series suelen presentar «como frecuentes en la atención médica patologías agudas de muy extraña prevalencia, o gran número de casos graves

donde estaba en juego la vida o extremadamente conflictivos desde el punto ético, cuando no es así en la tarea diaria» (Ibíd.: 87). Se llega a veces hasta alcanzar el límite del surrealismo, pudiendo ser testigos incluso de «intromisiones en la vida privada de los enfermos hasta en sus propias casas» (Ibíd.).

2.2.2. Una audiencia cada vez menos lega

Quizá una de las consecuencias más curiosas de la medicina televisada es el hecho de que los espectadores, más allá de actuar como meros receptores de indicaciones y consejos de salud, adquieren conocimiento médico especializado. El medio por el cual se adquiriría dicho conocimiento sería precisamente la terminología. Al respecto, resulta interesante rescatar la opinión de Santamaria (2002 citado en Lozano y Matamala 2009: 75), para quien:

En estos textos de ficción la terminología cumple unas finalidades distintas que en los textos de no-ficción. La comunicación de información especializada ya no es la función principal de estos discursos, sino que su función básica es caracterizar [...] al escenario dramático, punto de encuentro de los personajes de la obra, y describir convenientemente a los propios personajes

De este modo, por esta amplia presencia de terminología, unida al interés creciente por este tipo de programación, el espectador adquiere un conocimiento que lo aproxima, en cierta medida, a la parcela de conocimiento del especialista, lo que demostraría ese principio de accesibilidad que comentaba Aguilera. Al respecto, rescatamos la reflexión de Padilla (2010: 266), para quien «el público toma esos términos, los incluye en su vocabulario, los busca en Internet, o los incluye entre sus propios síntomas cuando visita al médico en la vida real».

Si deseamos encontrar evidencias empíricas para este fenómeno, podemos remitirnos a estudios como los de Fage-Butler y Nisbeth Jensen (2013), quienes analizan la interacción comunicativa entre pacientes enfermos de tiroides en un foro de Internet. Las autoras nos revelan una comunicación caracterizada por un uso recurrente de la terminología y los acrónimos del campo de la enfermedad, dejando así la puerta abierta a nuevos estudios sobre el uso de la terminología y lenguaje especializado por parte de los pacientes (Ibíd.: 36). Así pues, el profesional médico debe estar preparado ante un perfil de paciente que acude a su consulta probablemente con un conocimiento previo de su dolencia, cosa que alterará los patrones tradicionales de la entrevista médica y del método clínico (proceso de diagnóstico).

Desde el punto de vista traductológico, este fenómeno se establece como un factor extratextual que recuerda al traductor la repercusión de su labor, pues al igual que el médico, el traductor se enfrenta ahora a «pacientes» con un posible conocimiento de esa terminología médica críptica a la que el guionista (en el caso de la ficción) posiblemente haya recurrido totalmente convencido de conseguir en el público lego un efecto de asombro y admiración. No obstante, el surgimiento de ese nuevo perfil de

espectador puede poner en evidencia tal propósito, y que ese asombro y admiración sea reemplazado por una actitud crítica e incrédula por parte del espectador. Podríamos decir, pues, que la industria audiovisual médica ya no solo se enfrenta al juicio de los profesionales sanitarios sino también al de los televidentes. Con esto no estamos vaticinando el fin del *boom* médico audiovisual, pero sí revelando un fenómeno televisivo y social que debe ser considerado por los distintos sectores involucrados.

2.2.3. La relación médico-paciente: de la consulta al plató de televisión

Uno de los pilares sobre el que se sustenta la relación médico-paciente es precisamente la comunicación entre ambos. Unas habilidades de comunicación efectivas permiten no solo una mayor precisión diagnóstica sino también la posibilidad de ofrecer un apoyo para el paciente (Gómez et al. 2010: 1047).

Para evaluar hasta qué punto una serie de ficción (o cualquier producto audiovisual) puede vulnerar los principios de la relación médico-paciente-familiar, cabe identificar cuáles deben ser los componentes de dicha relación. Al respecto, rescatamos los enumerados por Padilla (2010: 272-307), quien presenta lo que denomina «variables» de dicha comunicación. Entre ellas está la autonomía del paciente o el derecho a su intimidad y a la confidencialidad de sus datos médicos. Adquiere también relevancia la escucha activa, la empatía y la auto-observación, sin obviar el consentimiento informado, ya que «el paciente debe saber qué va a ocurrirle y debe permitir al sanitario que comparta la información sobre su enfermedad con sus familiares» (Ibíd.: 309). Sobre la filmación de pacientes para programas públicos, Beca y Salas (2004: 884) afirman:

Si bien se acepta que existe un beneficio social al educar a los televidentes, algunos consideran que se atenta contra el principio de justicia, puesto que haría que algunos asumen la carga de ser utilizados para enseñar a otros.

Cuestión tan controvertida ha merecido por parte de distintas entidades internacionales la formulación de recomendaciones para la filmación de pacientes (Ibíd.), como es el caso de las promulgadas por el Consejo General Médico del Reino Unido o las de la Asociación Médica Mundial.

Estos parámetros comunicativos permiten a los traductores disponer de unos criterios mínimos que nos sirvan para evaluar el grado de perversión de la relación médico-paciente-familiar en el medio televisivo. En lo que a la ficción se refiere, encontramos posturas críticas como la de Moratal (2012), para quien algunas series alcanzan tal grado de surrealismo que se atreven a poner en escena a pacientes que se sienten agradecidos, incluso tras haber recibido un trato cuando menos de dudosa respetuosidad.

2.3. La caracterización audiovisual del producto

Las producciones médicas audiovisuales que llenan la parrilla televisiva española son en buena parte norteamericanas, por lo que deben su entrada en el mercado audiovisual español al doblaje, proceso que necesita de la labor traductora. Por caracterización audiovisual nos referimos al hecho de estar enfrentándonos precisamente a una traducción audiovisual.

Como afirma Mayoral (2003: 121), el traductor audiovisual no viaja solo, sino que cuenta para ello con compañeros de toda índole (directores, actores, informáticos, etc.), por quienes vienen justificadas muchas de las decisiones tomadas en el desarrollo de su trabajo. Así pues, acabamos retratando al traductor médico audiovisual como un profesional cuya parcela de trabajo es constantemente ocupada por otros profesionales no precisamente traductores. Si antes eran médicos y pacientes, ahora serán guionistas y ajustadores, por citar solo algunos ejemplos.

2.3.1. El texto audiovisual: la oralidad prefabricada

El principal reto que presenta el texto audiovisual es lidiar con su carácter multimodal, ya que presenta un doble canal de transmisión de información (acústico y visual). En definitiva, «el código lingüístico se transmite por medio del canal acústico para llegar al espectador a través de un modo de discurso oral» (Martínez Sierra 2012: 42).

Esta multimodalidad desemboca en un fenómeno especialmente interesante para nuestro estudio, la llamada «oralidad prefabricada», conocida ampliamente como *dubbese*. De este modo, es frecuente encontrarnos con personajes que formulan expresiones de un lenguaje oral forzado y/o artificioso («¡Oh, dios mío!», «Es jodidamente hermosa», «¡Maldito bastardo!», etc.). Pese a dicha artificiosidad, tales expresiones parecen haber sido asimiladas y aceptadas como naturales y veraces por los espectadores, aun siendo estos conscientes de que esa no es la forma en la que hablamos en la realidad (Chaves 2000: 99 citado en Martínez Sierra 2012: 44). Estamos, pues, ante un texto falsamente oral pero cohesivo, que no incluye las vacilaciones típicas del habla espontánea (Payrató 1990: 52 citado en Martínez Sierra 2012: 44).

2.3.2. El doblaje y sus restricciones

Una de las principales restricciones del doblaje se materializa en la encarecida necesidad de sincronizar o ajustar las distintas señales que componen el mensaje audiovisual; es decir, las voces de los dobladores deben estar en consonancia, tanto en duración como en características, con los diálogos y movimientos de los actores del filme original. De este modo, la técnica del doblaje impone limitaciones espacio-temporales, lo cual «no afecta únicamente a la relación palabra-imagen sino que también afecta al contenido de la traducción y a la interpretación de los actores y actrices de doblaje» (Martínez Sierra 2012: 76).

El traductor participa en uno de los tres sincronismos que intervienen en el proceso de doblaje: el sincronismo de contenido. Así, al traductor se le encomienda que la versión traducida sea fiel al argumento del guión original. En los otros dos sincronismos, el visual (sincronización entre los movimientos articulatorios de los actores y los sonidos que percibimos) y el acústico (armonía entre la voz del actor de doblaje y las características y gesticulación del actor en pantalla), el traductor no cuenta con participación directa, ya que son tareas encomendadas al ajustador y al director de doblaje respectivamente. Pese a ello, parece ser que el traductor asume cada vez con más frecuencia tareas pertenecientes al sincronismo visual, llegando a alcanzar con la experiencia un nivel que le acerca a la parcela del ajustador, siendo capaz así de proponer soluciones que cumplen con las exigencias del ajuste casi en la primera propuesta de traducción (Chaume: 2005: 145).

Estamos de acuerdo con Mayoral (2003) al afirmar que en la traducción para el doblaje «lo que comienza siendo una trasgresión acaba por la fuerza del uso convirtiéndose en una norma particular», por lo que «resulta muy difícil para el traductor establecer una frontera entre lo que puede y lo que no puede hacer en cada momento» (Ibíd.: 115). Mayoral nos remite así a otra de las idiosincrasias de la traducción audiovisual: las velocidades. En el caso del doblaje, dos son las velocidades que interfieren, la de dicción y la de audición, variando estas según factores personales del espectador (edad, nivel de atención, formación, lengua materna, etc.) y factores propios de las intervenciones orales (claridad de las voces, tipo de sonido, etc.) (Mayoral 2003: 119). Así pues, lo que debe primar siempre para el traductor es que «el texto traducido pueda ser percibido por el destinatario con comodidad, sin forzar su velocidad de percepción (Ibíd.: 115). Ante tal escenario, Mayoral (Ibíd.: 120) propone dos posibles actuaciones:

Podemos realizar un producto que responda a las características medias de sus destinatarios o, por el contrario, diseñar el producto de acuerdo con las características de sus usuarios menos capaces, garantizando así que todos los destinatarios van a ser capaces de percibirlo suficientemente.

Mención aparte merecen los productos audiovisuales con lenguaje especializado. Al respecto, resulta interesante rescatar las palabras de Frutos (2003: párrafo 36) en relación con los informativos de televisión:

La mayoría de los espectadores de las informaciones en las que se usan tecnicismos suelen captar el significado mediante la imagen, pero lo ideal sería con una marcada rutina acompañar con una infografía la explicación de conceptos que no siempre se entienden a la primera. La entrada de información por la vista y el oído en este caso, como en otros, ayuda mucho.

De esta cita, podemos extrapolar dos aspectos importantes a la traducción audiovisual, y en particular a la traducción audiovisual especializada (Martínez Sierra

2012: 29): (I) que la velocidad de percepción y asimilación del espectador es menor frente a productos audiovisuales cargados de tecnicismos, y (II) que la multimodalidad de la que hablábamos anteriormente vuelve a desempeñar un papel crucial en la transmisión de información especializada en diferentes contextos de comunicación y especialización.

2.3.3. Los compañeros de viaje del traductor para el doblaje

En el doblaje, y en la traducción audiovisual en general, el traductor es tan solo una de las muchas piezas que conforman el puzzle final. Mayoral (2003: 121) nos recuerda que en esta modalidad de traducción:

[...] Participan profesionales no traductores como actores o directores, informáticos, clientes, etc. Estos profesionales introducen modificaciones a la versión presentada por el traductor en la fase final de ejecución del producto traducido. En ocasiones, la versión definitiva presenta grandes discrepancias con la versión del traductor. Con frecuencia, el conocimiento de la lengua original es escaso o nulo por parte de estos profesionales y también con frecuencia sólo el director conoce la obra completa. El ajuste final, pues, presenta inevitablemente menos fidelidad a los significados que la versión del traductor.

Si bien, como apunta con acierto Mayoral (Ibíd.: 121), «esta versión definitiva suele tener mayor calidad y solidez artística y técnica que la del traductor», consideramos que ello puede distorsionar seriamente la fidelidad al significado origen y las decisiones acertadas del traductor, e incluso en casos más extremos llegar a pervertir el sincronismo de contenido, del que es responsable directo el traductor. Por ello, se han propuesto soluciones que pasan por un sistema de trabajo con versión preajustada por parte del traductor, necesitando por ello incluso de la presencia del traductor durante el trabajo de sala o estudio (Ibíd.: 122).

Hasta aquí hemos realizado una revisión teórica que nos ha permitido conocer las idiosincrasias de la traducción médica audiovisual, sirviendo de base para emprender el estudio que presentamos a continuación. En definitiva, hemos retratado a un profesional de la traducción cuya parcela de trabajo es continuamente ocupada por agentes externos al mundo de la traducción (médicos, pacientes, televidentes, productoras, guionistas, etc.) y, por tanto, no conscientes del proceso de trabajo. Así pues, ahora somos conscientes de que al estar visionando un filme o producto audiovisual médico y doblado no estamos ante la versión propuesta por el traductor sino ante una versión final resultante de un complejo proceso en el que han intervenido diversos agentes externos que influyen en el trabajo del traductor.

3. Metodología

Con nuestro estudio pretendemos obtener datos cuantitativos y cualitativos que nos permitan evaluar la precisión en la traducción de la terminología médica y de la

comunicación médico-paciente-familiar de una serie de ficción. Para ello, contamos con una doble perspectiva: una traductológica y otra médica.

3.1. El corpus

Como corpus hemos seleccionado un capítulo de la serie estadounidense *House, M.D.* Corresponde al capítulo 12 de la quinta temporada, titulado *Painless* y emitido en la cadena FOX el 19 de enero de 2009.

Considerando el ángulo desde el que hemos contemplado la traducción de productos audiovisuales de temática médica, pensamos que series tan singulares (entendiendo singularidad por deformación de la realidad) como *House, M.D.* hacen más compleja aún la ya comentada relación entre traducción, medicina y televisión. Ello se traduce para el traductor en una triple labor: (I) transmitir adecuadamente conocimiento especializado en una modalidad de traducción con tantas restricciones como la audiovisual, (II) lidiar con las cuestiones relacionadas con la ética médica y la comunicación médico-paciente, y (III) trabajar para un medio con un gran impacto social como es la televisión.

Y es que el doctor Gregory House encarna la antítesis del buen médico llevada a la ficción. No solo impresiona la actitud y el comportamiento del doctor y su equipo, sino también la imagen que de la profesión y la práctica médica refleja. Al respecto, Ares (2006: 92) nos revela que la serie:

Presenta a los profesionales como todopoderosos y multidisciplinares, una situación irreal en la práctica diaria dada la superespecialización que hoy en día se exige a la profesión sanitaria».

Ares (Ibíd.) prosigue afirmando que la serie es «extremadamente corporativista con la clase médica», ya que «House odia a las enfermeras, no se fía de ellas y sólo las requiere para controlar físicamente los arrebatos del paciente o de sus familiares» (Guerra 2007: 5).

3.2. Tipo de análisis

Considerándolo apropiado para nuestro estudio, seguiremos el modelo aplicado por Lozano Vives en su trabajo de investigación (2008), quien se inspira en el modelo utilizado anteriormente por Romero en su tesis doctoral (2003). Según Lozano (2008: 47), se trata de un método basado en un sistema de réplicas, las cuales se presentan en tablas individuales, que incluyen la versión original, la versión doblada y la técnica de traducción empleada para el doblaje, permitiéndonos así comparar ambas versiones. Adoptamos, pues, la réplica como unidad de análisis, que ante la imposibilidad de utilizar la toma (*take*) como unidad de trabajo (por no disponer de los guiones originales), constituye una unidad suplente igual de apta para trabajar con el texto dramático (Merino 2005, citado en Lozano 2008: 43). Cada réplica incluye el nombre del perso-

naje y su intervención, así como las indicaciones que fueran pertinentes. Siguiendo el modelo de Lozano (2008), de todas las réplicas, tanto en la versión original como en la doblada, únicamente nos interesan aquellas que contienen terminología médica, la cual resaltamos en el corpus en negrita.

Versión original	Versión doblada	Técnica de traducción
House: All the syph tests were negative. [...]	House: La prueba dio negativo. [...]	Generalización
Thirteen: Sounds like fibromyalgia.	Trece: Parece fibromialgia.	Equivalente acuñado

Hemos considerado como réplicas con contenido terminológico médico aquellas que incluyen algún término o frase que se pueda englobar dentro de alguna de las siguientes categorías (Lozano 2008: 48-49):

- Acciones terapéuticas
- Alteraciones patológicas y traumáticas
- Dispositivos de monitorización biomédica
- Estructuras anatómicas internas
- Fármacos, productos de la sangre y su administración
- Instituciones, dependencias y personal hospitalarios
- Material clínico
- Mobiliario clínico
- Parámetros y constantes vitales
- Posturas y posiciones corporales
- Pruebas diagnósticas
- Signos y síntomas
- Argot médico

3.3. Concepto y taxonomía de técnicas de traducción

Es preciso que distingamos entre la técnica, el método y la estrategia de traducción, ya que se tratan de tres categorías diferentes. Mientras la técnica actúa sobre una microunidad textual, el método implica una decisión global que afecta al texto entero. Así, en la resolución de problemas, las técnicas y las estrategias ocupan lugares distintos: mientras que las estrategias forman parte del proceso, las técnicas solo afectan al resultado (Molina y Hurtado 2002: 508).

Una vez delimitado el concepto de técnica, procedemos a presentar a continuación la taxonomía de técnicas de traducción utilizadas en nuestro estudio. De las diferentes propuestas de clasificación, nos decantamos por la de José Luis Martí Ferriol en su tesis doctoral (Martí 2006). Martí dedica el capítulo cuarto de su tesis a revisar las

clasificaciones de técnicas de traducción propuestas por los autores más relevantes (Newmark, Hurtado, etc.), incluidas las específicas para la modalidad audiovisual (Chaume, Díaz Cintas, etc.), con el objetivo de establecer un marco comparativo que aúna las distintas aportaciones (matizando y enriqueciendo las que sean necesarias) para diseñar una nueva taxonomía específica para el doblaje y la subtitulación. Entre otras cuestiones, Martí (2006: 112) reflexiona sobre el tan manido concepto de traducción literal, diferenciando esta de la traducción «palabra por palabra» y de la traducción «uno por uno», o sobre la necesidad de distinguir entre las técnicas de omisión y de reducción, lo que resulta en un mejor conocimiento sobre la actuación del traductor según las restricciones espacio-temporales asociadas al doblaje y a la subtitulación (Ibíd.). En definitiva, nos parece un modelo novedoso, completo y apropiado para nuestro estudio.

La taxonomía propuesta por Martí está compuesta en total por veinte técnicas de traducción y sigue como criterio de clasificación el método traductor. De este modo, «los números inferiores, o más bajos, corresponden a técnicas que favorecen el método literal» mientras que «según aumenta el orden [...], las técnicas [...] tienden a materializarse en un método de traducción más ‘interpretativo- comunicativo’» (Martí 2006: 113). Procedemos a enumerar las técnicas de traducción y sus significados (Ibíd.: 114-115), que complementaremos con algunos ejemplos aportados por Lozano (2008: 45-46):

- Préstamo: integrar una palabra o expresión de otra lengua en el texto meta sin modificarla. Puede ser puro (*lobby*) o naturalizado (fútbol).
- Calco: traducir literalmente una palabra o sintagma extranjero; puede ser léxico y/o estructural. Ej.: *Normal School* del francés *École normal*.
- Traducción palabra por palabra: en la traducción se mantiene la gramática, el orden y el significado primario de todas las palabras del original (todas las palabras tienen el mismo significado fuera de contexto). Las palabras del original y de la traducción tienen idéntico orden y coinciden en número.
- Traducción uno por uno: cada palabra del original tiene su correspondiente en la traducción, pero el original y traducción contienen palabras con significado diferente fuera de contexto. Ej.: traducir *My life has been stolen from me* por «Mi vida me ha sido arrebatada».
- Traducción literal: la traducción representa exactamente el original, pero el número de palabras no coinciden y/o se ha alterado el orden de la frase.
- Equivalente acuñado: utilizar un término o expresión reconocido (por el diccionario, por el uso lingüístico) como equivalente en la lengua meta.
- Omisión: suprimir por completo en el texto meta algún elemento de información presente en el texto origen.
- Reducción: suprimir en el texto meta alguna parte de la carga informativa o elemento de información presente en el texto origen.

- Compresión: sintetizar elementos lingüísticos. Ej.: cambiar *Yes, so what?* por «¿Y?», en lugar de «¿Sí, y qué?»
- Particularización: usar un término más preciso o concreto.
- Generalización: utilizar un término más general o neutro, por ejemplo un hiperónimo.
- Transposición: cambiar la categoría gramatical o la voz (de activa a pasiva o viceversa) del verbo.
- Descripción: reemplazar un término o expresión por la descripción de su forma y/o función.
- Ampliación: añadir elementos lingüísticos que cumplen la función fática de la lengua, o elementos no relevantes informativamente, como adjetivos que designen una cualidad obvia presentada en la pantalla.
- Amplificación: introducir precisiones no formuladas en el texto origen: informaciones, paráfrasis explicativas, que cumplen una función metalingüística. También incluye la adición de información no presente en el texto origen. Ej.: cambio de «mes de ayuno» para los musulmanes por «Ramadán».
- Modulación: efectuar un cambio de punto de vista, de enfoque o de categoría de pensamiento en relación con la formulación del texto origen: puede ser léxica o estructural. Ej.: utilizar «Golfo árabe» o «Golfo pérsico» según la ideología.
- Variación: cambiar elementos lingüísticos o paralingüísticos (entonación, gestos) que afectan a aspectos de la variación lingüística: cambios de tono textual, estilo, dialecto social, dialecto geográfico, etc.
- Sustitución: cambiar elementos lingüísticos por paralingüísticos (entonación, gestos) o viceversa.
- Adaptación: reemplazar un elemento cultural por otro de la cultura receptora. Ej.: cambiar *baseball* por «fútbol».
- Creación discursiva: establecer una equivalencia efímera, totalmente imprevisible fuera de contexto.

3.4. Cuestionario sobre precisión terminológica y comunicativa

La segunda parte de nuestro estudio se compone de un cuestionario que ha sido diseñado con la intención de obtener una evaluación por parte de profesionales médicos. Esto viene justificado por la orientación de nuestro trabajo, en el que hemos concebido la traducción de productos audiovisuales médicos como un fenómeno complejo en el que conviven diversos agentes y procesos.

Para el diseño del cuestionario (apéndice 1) hemos aprovechado el sistema de réplicas utilizado en nuestro análisis terminológico. Así pues, de entre todas las réplicas con contenido terminológico, hemos realizado una criba de aquellas que hemos considerado conflictivas o sospechosas de contener equivalencias inadecuadas y/o incoherencias conceptuales.

El cuestionario ha sido respondido por un total seis facultativos (un exmédico dedicado ahora a la traducción médica, dos profesores universitarios de medicina, dos licenciados en medicina y un facultativo en activo) y se ha formulado de la siguiente manera: «Los términos (usados para designar patologías, fármacos, instrumentos, etc.) y el contenido de la intervención me parecen correctos y corresponden a una situación comunicativa adecuada y realista. En caso afirmativo, marque la casilla «SÍ». En caso contrario, marque «NO» y justifique su elección con alguna/s de la/s siguiente/ razón/es: (I) término/s erróneo/s, (II) contenido erróneo/incoherente, (III) lenguaje forzado o poco natural, (IV) no se adapta la comunicación al contexto, (V) la intervención no es realista».

4. Resultados

4.1. Resultados del análisis terminológico

Una vez analizadas las réplicas con contenido terminológico y determinadas las correspondientes técnicas de traducción, obtenemos los siguientes resultados:

- Total de réplicas del capítulo: 413
- Total de réplicas con contenido terminológico médico: 101
- Total de técnicas de traducción aplicadas y equivalentes inadecuados: 172
- Detalle por técnica empleada:

	Casos	Porcentaje
Equivalente acuñado	65	37%
Traducción literal	25	14%
Traducción palabra por palabra	15	8,7%
Modulación	11	6,3%
Generalización	9	5,2%
Préstamo	8	4,6%
Reducción	8	4,6%
Calco	7	4%
Descripción	7	4%
Omisión	6	3,4%
Particularización	2	1,1%
Transposición	1	0,5%
Ampliación	1	0,5%

- Detalle por equivalente inadecuado (7 casos y un 4% del total):

Kutner: Air bubble caused the PE and cardiac arrest.	Kutner: La burbuja causó el edema y el paro cardíaco.	PE = pulmonary embolism
Kutner: Could still be peripheral if multiple areas of disc disease [...]	Kutner: Puede ser periférico si varias zonas de degeneración discal [...]	disc disease = discopatía o enfermedad discal
House: Yeah, like bad gas, or a permeating pain [...]	House: Ya, como gases o un dolor ardiente [...]	permeating = agudo, intenso
Janice: Yeah, they said my basal ganglia volume's improved. [...]	Janice: Sí. Dicen que el volumen de mi ganglio basal mejora. [...]	Debe ir en plural
House: [...] so that daddy death wish here could down a bottle of isopropyl. [...]	House: [...] para que el suicida del padre se bebiera un frasco de isopropilo. [...]	isopropyl = isopropanol (véase Navarro 2005: 530)
House: [...] something involving whipped cream and tongue depressors.	House: [...] algo que tuviera que ver con nata y lametones terapéuticos.	tongue depressor = depresor lingual
Thirteen: Non-motor seizures. [...]	Trece: Espasmos no motores. [...]	seizure = convulsión o crisis epiléptica (véase Navarro 2005: 903)

Una vez contabilizados los resultados, podemos apreciar que el equivalente acuñado ha sido la técnica de traducción más empleada en la versión doblada al español, seguida de la traducción literal y de la traducción palabra por palabra. Si bien la supremacía del equivalente acuñado puede llevarnos a evaluar la traducción como aceptable o funcionalmente adecuada, no podemos pasar por alto la tendencia hacia la literalidad que se ha seguido a lo largo de la traducción. De este modo, si aunamos todas las técnicas que favorecen al método literal, estas son, traducción literal (25), traducción palabra por palabra (15), préstamo (8) y calco (7), estas representan un 31,8% del total, acercándose así al porcentaje de equivalentes acuñados.

Por otra parte, cabe señalar que aun siendo el equivalente acuñado la técnica de traducción más empleada, en algunos casos en los que ha sido utilizada, se ha elegido entre todos los términos posibles el más próximo al inglés. De este modo, el traductor ha preferido usar, por ejemplo, «irregular» en lugar de «arrítmico», «regular» frente a «estable» o «receptor del dolor» en lugar de *nociceptor*. Ello revela en el traductor una preferencia a seguir un método de traducción extranjerizante frente a un método familiarizante (Martí 2006: 116). Por ello, nos atrevemos a afirmar incluso que muchos de los equivalentes acuñados de la traducción fueron empleados en su momento por el traductor sin ser este consciente de ello. Incluso puede ser que algunos de esos equivalentes acuñados no lo fueran todavía en el momento de la traducción, y ha sido

precisamente la asfixiante influencia del inglés la que con el paso del tiempo los ha incluido en el uso y diccionarios del español.

Con estos datos en la mesa, podemos ahora determinar el método traductor que se ha adoptado en la traducción al español de acuerdo con la propuesta de técnicas de traducción de Martí (2006). Las técnicas del 1 al 6 son las más literales, las del 7 al 15 son las neutras e intermedias, y las del 16 al 20 las más cercanas a la familiarización. De acuerdo con ello, y teniendo en cuenta el resultado de nuestro análisis, podemos afirmar que en la traducción del capítulo al español se ha adoptado un método literal-neutro.

Asimismo, hemos observado que el préstamo, la literalidad, la omisión y la generalización han sido por lo general los recursos empleados por el traductor para hacer frente a las metáforas («dolor saltarín» para *hopping pain*, «cortar» para *choking off*, etc.) y los epónimos («posición de Trendelenburg» para *Trendelenburg position*, «enfermedad del glucógeno» para *McArdle's disease*, «enfermedad de Fabry» para *Fabry disease*, etc.), muy frecuentes en el inglés médico. Lo mismo ha sucedido con la mayoría de las siglas, para las cuales se ha preferido su descripción en la versión española.

En cuanto a los equivalentes inadecuados, estos representan un 4% del total, con siete casos registrados, lo que nos revela un porcentaje reducido respecto del total. Al no contar en nuestro estudio con el guión de postproducción, no podemos determinar la autoría de tales inadecuaciones, ya que debido al complejo proceso del doblaje pueden haber sido introducidas tanto por el traductor como por el ajustador, o incluso por el director y/o actores de doblaje. De este modo, podemos afirmar que estamos de acuerdo con Lozano (2008: 75) al afirmar que «nuestras deducciones iniciales respecto a la falta de exactitud de esta terminología eran ciertas en un escaso porcentaje».

4.2. Resultados del cuestionario

Los médicos participantes han evaluado un total de 36 réplicas. El número de réplicas con respuesta afirmativa, es decir, aquellas en las que los facultativos están de acuerdo con los términos y el contenido de la intervención, ha sido por cada médico el siguiente:

	Réplicas afirmativas	Porcentaje
Médico 1	27	75%
Médico 2	4	11,1%
Médico 3	13	36,11%
Médico 4	14	38,9%
Médico 5	17	47,2%
Médico 6	27	75%

En cuanto al número de réplicas con respuesta negativa, por cada médico ha sido el siguiente:

	Réplicas negativas	NS/NC
Médico 1	9	0
Médico 2	32	0
Médico 3	19	4
Médico 4	22	0
Médico 5	19	0
Médico 6	9	1

Si aunamos las respuestas afirmativas y negativas de los seis facultativos participantes, obtenemos los siguientes datos:

Réplicas afirmativas	47%
Respuestas negativas	51%
NS/NC	2%

En cuanto a los motivos proporcionados en las respuestas negativas, obtenemos los siguientes resultados:

Término/s erróneos	27%
Contenido erróneo y/o incoherente	29%
Lenguaje forzado o poco natural	21%
Comunicación no adaptada al contexto	5%
Intervención no realista	18%

Algunos ejemplos de los motivos aportados son los siguientes:

Entre el dolor y sus medicinas su patrón de sueño es muy errático. [Comunicación familiar > médico]	Término erróneo (usar «medicina» para referirse a «fármaco» es incorrecto)
Dicen que el volumen de mi ganglio basal mejora. [Comunicación paciente > médico]	Contenido erróneo y/o incoherente (si se refiere a un ganglio linfático, debería decir: «dicen que el tamaño del ganglio ha disminuido»)
Dializado [Comunicación médico-médico refiriéndose al paciente]	Lenguaje forzado o poco natural
Entre el dolor y sus medicinas su patrón de sueño es muy errático. [Comunicación familiar > médico]	Comunicación no adaptada al contexto
Tú puedes hacer un perfil del dolor para descartar que sea psicossomático. [Comunicación médico-médico]	Intervención no realista

Aunque la muestra para este estudio es limitada, estos resultados parecen indicar que la evaluación por parte de los profesionales médicos ha venido a confirmar la polaridad que hemos revelado en las conclusiones de nuestro análisis terminológico. Si bien las respuestas negativas y afirmativas parecen estar equilibradas, ello no es óbice para restar importancia al peso de las respuestas negativas sobre el total, lo que revela que el grado de acuerdo del facultativo con la versión doblada al español no es del todo completo.

Cabe destacar que los motivos de desacuerdo más frecuentes han sido «contenido erróneo y/o incoherente» y «término/s incorrecto/s», seguido de «lenguaje forzado o poco natural», lo que revela una falta de precisión de la traducción en la transmisión de conocimiento especializado, perturbando así la fiabilidad del producto audiovisual.

En cuanto a la adaptación de la comunicación, parece ser que para los médicos encuestados solo se incumple en un escaso porcentaje (5%), si bien los pocos casos registrados nos resultan preocupantes. En algunos casos, la versión doblada ha sabido subsanar las inadecuaciones comunicativas de la versión original, ofreciendo una intervención más realista (por ejemplo, trasladar al español *McArdle's disease* como «esa enfermedad del glucógeno», ya que esa réplica es pronunciada por un familiar lego). Pese a ello, consideramos que la versión doblada mantiene muchas de las inadecuaciones comunicativas de la versión original, entre las que destacamos la falta de adecuación en la comunicación médico-paciente (no obstante, cabe volver a recordar la particularidad de la serie *House* como producto audiovisual médico).

5. Conclusión

Comenzamos nuestro estudio realizando un recorrido teórico que nos ha permitido sentar las bases para comprender la traducción de productos audiovisuales médicos como una labor compleja en la que intervienen diversos agentes. Así pues, la traducción de este tipo de productos implica para el traductor adentrarse en un proceso caracterizado por:

- Un lenguaje complejo y multidimensional, en el que la supremacía del inglés representa un importante obstáculo; ello sin pasar por alto las idiosincrasias de un lenguaje críptico y sinuoso como es el argot médico.
- Un fenómeno social donde la televisión desempeña una doble función: la de entretener y la de educar en temas de salud, lo que desemboca en aspectos tan diversos como el conflicto con la ética médica o la formación indirecta de unos espectadores cada vez menos legos.
- Un complejo entorno de trabajo como es el doblaje, proceso repleto de limitaciones y restricciones para la labor del traductor, desde las ya conocidas sincronías hasta las temidas modificaciones posteriores del ajustador y/o director de doblaje, profesionales que si bien externos al mundo de la traducción alteran (no siempre con acierto) el trabajo del traductor, pese a ser este el profesional de la cadena de trabajo más capacitado para mediar entre lenguas y culturas.

Una vez sentadas las bases teóricas y metodológicas, hemos querido llevar a cabo un estudio que nos permitiera aplicar las reflexiones teóricas. Nuestro objetivo ha sido evaluar la precisión terminológica y comunicativa de un capítulo de la serie *House, M.D.*, y para ello hemos complementado la perspectiva traductológica con la evaluación de seis profesionales médicos. De este estudio empírico, concluimos lo siguiente:

- En la traducción al español del capítulo en inglés, apreciamos una tendencia a la literalidad, lo que resulta en la adopción de un método traductor alejado del plano interpretativo-comunicativo. El 4% de equivalencias inadecuadas nos lleva a coincidir con Lozano (2008) respecto al escaso porcentaje registrado de inexactitud terminológica. Ante la imposibilidad de contar con el guion de postproducción, no podemos determinar la autoría de tales inadecuaciones, que pueden haber sido introducidas tanto por el traductor como por el ajustador, el director o incluso los actores de doblaje. De este modo, proponemos futuros estudios que permitan despejar tal incógnita y poder así determinar el grado de perversión por parte de ajustadores, directores de doblaje o cualquier otro agente del proceso de doblaje.
- Sin embargo, la escasa inexactitud terminológica no es óbice para poner de relieve el grado de desacuerdo de los facultativos participantes respecto a la versión doblada, quienes revelan en los cuestionarios un número importante de casos en los que se han incumplido los parámetros de calidad comunicativa. Pretendemos, no obstante, ampliar en futuros estudios el tamaño de la muestra e incluir así a un mayor número de facultativos participantes a fin de que los resultados sean más significativos estadísticamente.
- Los datos obtenidos en nuestro estudio nos llevan a concluir finalmente que la colaboración de profesionales médicos en la producción y/o traducción de productos audiovisuales médicos es altamente necesaria para alcanzar un grado de verosimilitud y precisión mínimamente aceptable. Hemos demostrado que el hecho de que los guionistas recurran a la terminología y a la jerga de un gremio profesional como mecanismo para aportar verosimilitud a su producto audiovisual debe implicar una mínima colaboración y/o supervisión por parte de los profesionales involucrados, en este caso, los médicos.

5. Agradecimientos

Este estudio no habría sido posible sin la orientación y sugerencias recibidas por parte de la profesora Maribel Tercedor Sánchez del Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad de Granada. Tampoco habría dado los frutos esperados sin la colaboración de Fernando Navarro (traductor médico), José Ignacio de Arana Amurrio (profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid), Javier González de Dios (jefe de servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Alicante) y el Departamento de Medicina de la Universidad de Granada.

6. Bibliografía

- Ares Camerino, Antonio (2006). Libre elección de médico. En *VI Premio Reflexiones a la Opinión Sanitaria*, 91-93.
- Balliu, Christian (2001). El peligro de la terminología en traducción médica [en línea]. *Panace@*, 4 (2), 30-39. <http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n4_PeligroTerminologia.pdf> [Consulta: 12 enero 2015].
- Beca, J. Pablo y Salas, Sofía P. (2004). Medicina en televisión: ¿un problema ético? [en línea]. *Revista Médica de Chile*, 132, 881-885. <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n7/art15.pdf>> [Consulta: 12 enero 2015].
- Chaume Varela, Frederic (2005). Estrategias y técnicas de traducción para el ajuste o adaptación en el doblaje. *Trasvases culturales: Literatura, cine y traducción* 4, 145-154.
- Dirckx, John H. (2004). Urines Are Cooking: Perspectives on Medical Slang and Jargon [en línea]. *e-PERSPECTIVES* (septiembre 2004), 16-27. <<http://www.hpi0sum.com/08.dirckx49.pdf>> [Consulta: 11 enero 2015].
- Fage-Butler, A. Mary y Jensen, M. Nisbeth (2013). The Interpersonal Dimension of Online Patient Forums: How Patients Manage Informational and Relational Aspects in Response to Posted Questions [en línea]. *Hermes – Journal of Language and Communication in Business* 51, 21-38. <<http://download2.hermes.asb.dk/archive/download/Hermes-51-3-fage-butler&nisbeth%20jensen.pdf>> [Consulta: 12 enero 2015].
- Fox, Adam T.; Fertleman, Michael; Cahill, Pauline; Palmer, Roger D. (2003). Medical Slang in British Hospitals, *Ethics & Behavior*, 13:2, 173-189 [en línea]. <<http://interestingarticles.wikispaces.com/file/view/Medical+Slang+in+British+Hospitals.pdf>> [Consulta: 10 enero 2015].
- Freixa, Judit (2006). Causes of denominative variation in terminology: A typology proposal. *Terminology* 12 (1), 51-77.
- Frutos, J. Tomás (2003). *El lenguaje en televisión, una unión de intereses y fines* [en línea]. Campus Digital de la Universidad de Murcia. <<https://www.um.es/campusdigital/Cultural/lenguaje%20TVE.htm>> [Consulta: 12 enero 2015].
- Gómez, Gricelda; Kurtz, Suzanne; Moore, Philippa; Vargas, Álex (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? [en línea]. *Revista médica de Chile* 138, 1047-1054. <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>> [Consulta: 12 enero 2015].
- Guerra Gómez, Amparo (2007). SEA DESABRIDO, CAMINE CON UN BASTÓN. Sobre tipos y estereotipos médicos en House [en línea]. *Área Abierta* 16, 1-9. <<http://revistas.ucm.es/index.php/ARAB/article/view/ARAB0707130005A/4159>> [Consulta: 13 enero 2015].
- Lozano Vives, M. Dolores (2008). *Aproximación a la traducción de la terminología médica en series dobladas al español: el caso de «Urgencias»* [en línea]. Trabajo

- Fin de Máster, Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/pub/treret_cpro/2008/hdl_2072_170109/Treball_de_recerca.pdf> [Consulta: 10 enero 2015].
- — y Matamala, Anna (2009). The translation of medical terminology in TV fiction series: the Spanish dubbing of E.R. [en línea]. *VIAL* 6. <<http://webs.uvigo.es/vial/journal/pdf/Vial-2009-Article4.pdf>> [Consulta: 11 enero 2015].
 - Martí Ferriol, J.Luis (2006). *Estudio empírico y descriptivo del método de traducción para doblaje y subtitulación* [en línea]. Tesis Doctoral, Universitat Jaume I. <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10568/marti.pdf?sequence=1>> [Consulta: 11 enero 2015].
 - Martínez López, A. Belén (2008). Limitaciones y condicionantes de la práctica profesional de la traducción médica: aplicaciones a la combinación lingüística inglés-español [en línea]. *Cooperación y Diálogo*, Toledo. <http://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/052_martinez.pdf> [Consulta: 11 enero 2015].
 - Martínez Sierra, J. José (2012). *Introducción a la Traducción Audiovisual*. Murcia: Universidad de Murcia.
 - Mayoral Asensio, Roberto (2003). Procedimientos que persiguen la reducción o expansión del texto en la traducción audiovisual [en línea]. *Sendebarr* 14, 107-126. <http://www.ugr.es/~rasensio/docs/Procedimientos_Ampliacion.pdf> [Consulta: 13 enero 2015].
 - Molina, Lucía y Hurtado Albir, Amparo (2002). Translation Techniques Revisited: A Dynamic and Functionalist Approach [en línea]. *Meta* 4, 498-512. <<http://www.uv.es/tronch/TradEspII/Trans-Techn-Molina-Hurtado.pdf>> [Consulta: 12 enero 2015]
 - Moratal Ibáñez, L. María (2012). El impacto social de las series médicas [en línea]. *Revista de Medicina y Cine* 8 (3), 87-88. <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/downloads/doc_view/460-vol8-num3-editorial-es> [Consulta: 10 enero 2015].
 - Muñoz, N. Isabel (2010). El argot médico: un registro discursivo complejizado por usos muy diversos [en línea]. *Hologramática* 2 (6), 171-188. <http://www.cienciahred.com.ar/ra/usr/3/892/hologramatica_n12pp171_188.pdf> [Consulta: 10 enero 2015].
 - Navarro, Fernando A. (2001a). El inglés, idioma internacional de la medicina. *Panacea@*, 3 (2), 35-51 [en línea]. <http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n3_FANavarro.pdf> [Consulta: 11 enero 2015].
 - — (2001b). La traducción médica ante el siglo XXI: tres retos para el lenguaje científico en español. *II Congreso Internacional de la Lengua Española*. Valladolid: Real Academia Española e Instituto Cervantes [en línea]. <http://cvc.cervantes.es/obref/congresos/valladolid/ponencias/nuevas_fronteras_del_espanol/1_la_traducion_en_espanol/navarro_f.htm> [Consulta: 11 enero 2015].
 - — (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (2ª ed.). Madrid: McGraw Hill.
 - Padilla, Graciela (2010). *Las series de televisión sobre médicos (1990-2010): tres enfoques. Comunicación interpersonal; comunicación institucional; relaciones en-*

- tre ética, moral y política*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid [en línea]. <<http://eprints.ucm.es/11399/1/T32391.pdf>> [Consulta: 12 enero 2015].
- Prieto Velasco, J. Antonio, López Rodríguez, C. Inés y Tercedor Sánchez, Maribel (2013). La multidimensionalidad conceptual en la traducción médica [en línea]. *Skopos* 2, 167-183. <<http://lexicon.ugr.es/pdf/pri-mul.pdf>> [Consulta: 10 enero 2015].
 - Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de Términos Médicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
 - Rodríguez, Alejandra (2007). Cara y cruz de la medicina televisada. *El Mundo*, 172 (suplemento) [en línea]. <<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2007/712/1180735206.html>> [Consulta: 12 enero 2015].
 - Romero Ramos, M. Guadalupe (2003). *Un estudio descriptivo sobre la traducción de los dialectos geográfico-sociales del italiano al español en el ámbito audiovisual: doblaje y subtitulación: la traducción de «Il Positano»*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
 - Ruiz Rosendo, Lucía (2008). English and Spanish Medical Languages: A Comparative Study from a Translation Point of View. *TRANS: revista de traductología*, 12, 231-246 [en línea]. <http://www.trans.uma.es/pdf/Trans_12/t12_231-246_LRuiz.pdf> [Consulta: 10 enero 2015].
 - Tercedor Sánchez, Maribel (2013). Una perspectiva situada de la variación denominativa. *Debate Terminológico* 9, 81-88 [en línea]. <<http://seer.ufrgs.br/riterm/article/download/37173/24035>> [Consulta: 10 enero 2015].

7. APÉNDICE 1: Cuestionario sobre precisión terminológica y comunicativa para facultativos

A continuación, se enumera una serie de intervenciones extraídas de un capítulo de la serie médica *House, M.D.* Como profesional médico, evalúelas desde un punto de vista terminológico y comunicativo. Para ello, por cada intervención, muestre su acuerdo con la siguiente afirmación: «Los términos (usados para designar patologías, fármacos, instrumentos, etc.) y el contenido de la intervención me parecen correctos y corresponden a una situación comunicativa adecuada y realista».

En caso afirmativo, marque la casilla «SÍ». En caso contrario, marque «NO» y justifique su elección con alguna/s de la/s siguiente/ razón/es:

- Término/s erróneo/s
- Contenido erróneo/incoherente
- Lenguaje forzado o poco natural
- No se adapta la comunicación al contexto
- La intervención no es realista

Si lo considera necesario, proporcione las explicaciones y/o correcciones pertinentes en la columna «COMENTARIOS».

Importante: En aras de facilitar su evaluación, para cada intervención se informará entre corchetes sobre el contexto en el que se produce el acto de habla.

INTERVENCIÓN	SÍ	NO	NS/NC	COMENTARIOS
Varón de 32 años con dolor crónico general. [El paciente ingresa en el hospital]				
Tiene dolor abdominal, fuertes cefaleas, calambres que vienen y van. [Comunicación médico-médico]				
Tú puedes hacer un perfil del dolor para descartar que sea psicósomático. [Comunicación médico-médico]				
Entre el dolor y sus medicinas su patrón de sueño es muy errático. [Comunicación familiar > médico]				
La codorniz silvestre puede ser tóxica, causa rabdomiolisis, que explicaría el dolor y los niveles elevados de CQ. [Comunicación médico-médico]				
Es rabdo. Ponerle salino, analizar la orina y hacédle una biopsia muscular. [Comunicación médico-médico]				
Se hipotensa. Hay que ponerlo en la posición de Trendelenburg. [Comunicación médico-médico en un momento en el que el paciente parece entrar en crisis y sufrir convulsiones]				
Se va a parar. [Comunicación médico-médico en un momento en el que el paciente parece entrar en crisis y sufrir convulsiones]				
¡Traed un carro de paradas! [Comunicación médico-médico en un momento en el que el paciente parece entrar en crisis y sufrir convulsiones]				
El VQ muestra un embolismo pulmonar. [Comunicación médico-médico]				
La trombofilia podría causar dolor y embolismo. [Comunicación médico-médico]				
¿Crees que el trombo lo ha causado una trombofilia? [Comunicación médico-médico]				
¿Y si es un síndrome canceroso como el Trousseau? Explica los coágulos, el dolor multifocal y la falta de signos físicos. [Comunicación médico-médico]				
Te prometo que te cojo la mano para ver si hay movimiento coreiforme. [Comunicación médico-médico en contexto informal]				
No hay trazas de cáncer en el paciente. [Comunicación médico-médico]				

INTERVENCIÓN	SÍ	NO	NS/NC	COMENTARIOS
Hayamos un edema en el intestino y aire en los vasos intestinales. [Comunicación médico-médico]				
Una obstrucción en la arteria mesentérica superior podría estar cortando el riego al intestino. [Comunicación médico-médico]				
Obstrucciones por todas partes explicarían el dolor y por qué los calambres van y vienen. [Comunicación médico-médico]				
Hacedle una angioplastia en la mesentérica y buscad más obstrucciones antes de que sufra otro paro cardíaco. [Comunicación médico-médico]				
Le están haciendo una angio. [Comunicación médico-médico]				
Cuando insertemos el catéter por la ingle y lo situemos, la sangre volverá a fluir libremente. [Comunicación médico > paciente-familiares]				
El aire puede venir de una brecha en el lumen del intestino delgado. [Comunicación médico-médico]				
Está en la cámara hiperbárica. Una dosis de alta presión debería eliminar el aire. [Comunicación médico-médico]				
¿Y una enfermedad de almacenamiento de glucógeno? ¿Explica el dolor? [Comunicación médico-médico]				
Hacedle una prueba isquémica en el antebrazo. [Comunicación médico-médico]				
Dicen que el volumen de mi ganglio basal mejora. [Comunicación paciente > médico]				
Le extraeremos sangre repetidas veces. Si el incremento de la tensión hace que le duela más el brazo, es que tiene una anomalía muscular. [Comunicación médico-paciente]				
El nivel de lactato es estable. [Comunicación médico-médico]				
Un chute de lidocaína bajo el tallo cerebral debería dormirlo hasta los dedos de los pies. [Comunicación médico-médico]				
Esto le dormirá todo de hombros para abajo. Cualquier dolor que fuera periférico debería irse. [Comunicación médico-paciente]				
Dializadlo [Comunicación médico-médico refiriéndose al paciente]				
La enfermedad de Fabry puede causar dolor central y periférico. [Comunicación médico-médico]				
No hay angioqueratomas. [Comunicación médico-médico]				

INTERVENCIÓN	SÍ	NO	NS/NC	COMENTARIOS
Dolor sulfurante por sífilis. [Comunicación médico-médico]				
El dolor y los fármacos que tratan el dolor funcionan cambiando la química cerebral. A veces hacen que los receptores del dolor confundan los calmantes con el dolor. [Comunicación médico-médico]				
Su cuerpo se recalibrará solo. [Comunicación médico-paciente]				
Le inyectaremos naloxona que eliminará los opiáceos de sus receptores del dolor. Si acertamos, su organismo se recalibrará y en unas horas casi todo el dolor cederá. [Comunicación médico-paciente]				