

El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación¹ en el marco de la salud mental²

*The euphemistic value of technical terms: relevance
and implications in translation and interpreting
processes in mental health*

Bruno Echaury Galván

Universidad de Alcalá de Henares
España

ONOMÁZEIN 27 (junio de 2013): 258-268



Bruno Echaury Galván: Departamento de Filología Moderna, Universidad de Alcalá de Henares.
Correo electrónico: bruyo18@hotmail.com / Calle Vilches N°11, Alcalá de Henares (Madrid), 28806, España

Fecha de recepción: mayo de 2012
Fecha de aceptación: marzo de 2013

Resumen

El presente artículo es un estudio del valor eufemístico que los términos técnicos adquieren en contextos como la salud mental. Una breve exposición de algunas de las razones de su uso servirá como punto de partida de un análisis del impacto en las relaciones entre el personal médico y los pacientes y de sus implicaciones en

el proceso de traducción e interpretación a través de distintos conceptos discursivos y traductológicos. En base a este marco teórico, trataré de señalar algunos de los problemas que genera en las disciplinas anteriormente mencionadas con el objetivo de determinar posibles soluciones al respecto.

Palabras clave: eufemismos; términos técnicos con carga eufemística; análisis del discurso; traducción; interpretación; salud mental.

Abstract

This article is a study of the euphemistic connotations that technical terminology acquires in certain contexts such as Mental Health. A brief description of some reasons for its use will serve as a base for an analysis about its impact in relations between medical staff and patients, as well as the implications of these euphemistic conno-

tations in translation and interpreting processes. This analysis is based on theoretical aspects both from discourse analysis and translation studies. According to this framework, I will try to point out some of the problems the usage of these terms creates in the aforementioned disciplines in order to suggest possible solutions.

Keywords: euphemisms; technical terms with euphemistic value; discourse analysis; translation; interpreting; mental health.

-
- 1 Este artículo se centra en el par de lenguas inglés-español. Sin embargo, es posible que muchos de los métodos y conceptos sean extrapolables al trabajo con otros idiomas.
 - 2 Este estudio se estructura sobre las bases establecidas en mi ponencia "El eufemismo a consulta: un obstáculo en la comunicación médico-paciente", cuya versión impresa se encuentra pendiente de publicación en las actas del XXX Congreso Internacional de Lingüística Aplicada AESLA 2012.

1. Introducción

La ambigüedad en el lenguaje es un fenómeno en expansión desde que en nuestra sociedad se instaló el concepto de “políticamente correcto”. Dentro de este marco, el área de la salud mental es un terreno especialmente propicio para el uso de eufemismos, perífrasis, términos técnicos... Los motivos son varios. No voy a hacer aquí un relato detallado de la percepción que durante los distintos periodos de la historia se ha tenido de las enfermedades mentales y de quienes las padecían. Sí quiero señalar, sin embargo, que artículos como “Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social” (León Castro, 2005) constatan claramente el rechazo que la sociedad ha demostrado en casi todo momento hacia estos enfermos, relacionándolos con ritos espirituales, monstruos de leyenda o, sencillamente, aislándolos del resto de la población y/o marginándolos a distintos niveles. Estas actitudes, perpetuadas durante tanto tiempo, han derivado en una profunda estigmatización del enfermo mental, ligado todavía a multitud de clichés peyorativos. Claro reflejo de esto es el hecho de que, incluso hoy en día, los trastornos serios y más cercanos a lo que la gente llama erróneamente “locura” (por ejemplo, la esquizofrenia) sigan siendo la referencia general respecto a la cual se perciben este grupo de enfermedades. Es cierto que, dependiendo de la gravedad del problema, el miedo, el rechazo, el distanciamiento y la precaución se gradúan, pero la imagen que en nuestra mente se genera como punto de partida al relacionarnos con estas patologías suele derivar de las patologías más graves, asociando inconscientemente al enfermo mental con un estereotipo negativo, relativamente peligroso y de conductas antisociales. Las consecuencias que genera esta percepción son muchas y continúan afectando a numerosos y distintos niveles y aspectos de la vida del paciente (López y otros, 2008). Puede que a muchos estas afirmaciones les parezcan un vestigio del pasado,

pero, por desgracia, resulta innegable que parte de las ideas retrógradas y las asociaciones peyorativas permanecen aún latentes en grandes grupos y comunidades, tanto extranjeras como nacionales, e incluso se perpetúan en algunos profesionales del sector que, si bien tienen un mayor conocimiento de todo lo referente a esta clase de patologías, comparten esa percepción prototípica y negativa de este tipo de pacientes (López y otros, 2008). Las connotaciones negativas que se derivan de esta situación acompañan a muchos de los conceptos utilizados en este campo y se reflejan en una sensibilidad especial del afectado hacia este tipo de enfermedades, que provocan un temor y nerviosismo adicional en la persona ante el diagnóstico. Y es que, si cuando tratamos con dolencias físicas una valoración médica puede tranquilizarnos, en este ámbito se recibe en muchas ocasiones como un atentado contra la autoestima y seguridad del paciente, pudiendo suponer un problema psicológico en sí mismo (Marqués Reyes, 2006). Esto lleva a algunos profesionales a intentar suavizar el mensaje a través de distintas estrategias lingüísticas como el uso de estructuras eufemísticas y ambiguas que, en la mayoría de los casos, generan problemas comunicativos derivados de la dificultad del oyente para comprender la información.

2. Eufemismos y salud mental

Vivimos rodeados de eufemismos pero ¿qué son exactamente? Si consultamos el diccionario de la Real Academia, estos términos se definen como “manifestaciones suaves o decorosas de ideas cuya recta y franca expresión sería dura y malsonante”. Dicho de otro modo, son expresiones que buscan suavizar el impacto negativo de una idea o concepto en lectores u oyentes. Este tipo de palabras son, como ya hemos apuntado, un elemento recurrente en el campo de la medicina, y suelen ser bastante fáciles de reconocer. Uno muy utilizado es la palabra “usuario” en de-

trimento de “enfermo” o “paciente” para referirse a las personas que acuden, reciben un tratamiento o permanecen ingresadas en un centro de salud. Con este eufemismo se busca posiblemente suavizar las connotaciones negativas que la palabra “enfermedad” y todo su campo semántico aportan a cualquier concepto. Sin embargo, la idoneidad de su uso es francamente discutible en este contexto. El empleo, a veces innecesario, de términos excesivamente técnicos presenta unos matices diferentes. Estas expresiones, a las que aquí denominaremos “términos técnicos con carga eufemística”, podrían definirse como aquellas palabras de carácter técnico que no pueden considerarse eufemismos, ya que no han sufrido ninguna transformación para adecuar su significado, sino que son definiciones válidas del término en cuestión. Su valor eufemístico lo aporta el hecho de ser utilizadas en detrimento de formas más sencillas y fáciles de comprender a fin de reducir las connotaciones negativas y suavizar el impacto en el paciente. Estas expresiones pueden aparecer en interacciones orales y escritas entre el personal médico y los pacientes y son el eje central de este estudio. A continuación, pasamos a analizarlas a través de distintos aspectos de la competencia comunicativa para darnos cuenta de los peculiares rasgos discursivos que presentan.

Tomando como referencia algunas máximas del principio de cooperación de Grice (Escandell Vidal, 1996), que, a grandes rasgos, busca establecer lo que podría considerarse una “comunicación satisfactoria” entre las partes, determinaremos su cantidad, relevancia y manera. Para ello, usaremos algunos términos utilizados en mayor o menor medida en interacciones orales o escritas entre personal médico y pacientes en el campo de la salud mental como por ejemplo “etiopatogenia³”, “enolismo”, “comorbilidad”,

“diplopía⁴” (visión doble, que en algunos casos puede asociarse a trastornos mentales), “trastorno dismórfico corporal” (también llamado “dismorfofobia”) y “delirio erotomaníaco”. Un primer vistazo, ya revela que se trata de expresiones de carácter específico y técnico, enmarcadas dentro de un registro especializado y culto. Si nos centramos en la relevancia de estos términos, es importante examinar la relación que se establece entre significante y significado (Saussure, 1985). Para ello, estudiaremos su definición a través de los distintos elementos que las componen. Un breve análisis etimológico de la palabra “etiopatogenia”, formada a partir de los términos griegos *ethos* (“origen”) *-pathos* (“padecimiento”) y *-géneia* (“desarrollo”), da como resultado una correspondencia clara con su significado en el ámbito de la salud: el origen del desarrollo de la patología. Pero la lingüística histórica no es la única vía para llegar a esta conclusión. Podemos obtener resultados similares simplemente analizando también las definiciones de sus partes. El “delirio erotomaníaco”, por ejemplo, se produce cuando el paciente vive obsesionado (“delirio” y “-maníaco”) con la idea de que es amado por alguien (*eroto-*, referente al amor sensual). Por su parte, un “trastorno dismórfico corporal”, que, dada su grafía, podría parecernos muy grave, es simplemente una preocupación excesiva (“trastorno”) del paciente por un defecto (“dismórfico”) físico (“corporal”) real o imaginario. Dicho esto, podemos determinar que la relación entre el significante y su denotación es sólida y directa, ya que encajan y se corresponden adecuadamente y que, tratándose de terminología tan específica, es complicado que los signos lingüísticos adquieran connotaciones que desvíen de forma relevante su significado⁵.

Con estos datos en la mano, podemos afirmar que estas expresiones son válidas y concre-

3 Ejemplo extraído de Castilla Plaza y López Sanz (2007).

4 Ejemplo extraído de “Trastornos somatomorfos”, en Pichot y otros (1995: 457-483).

5 El término “enolismo” se define literalmente como “adicción al vino”, pero tiende a utilizarse para hacer referencia a la dependencia de bebidas alcohólicas en general.

tas. La falla en la capacidad de trasladar información no se produce, por lo tanto, por la inexactitud o irrelevancia de los términos, sino por el contexto en el que se utilizan y las personas a las que van dirigidos. Es aquí donde además encontramos la principal divergencia entre estas expresiones y lo que comúnmente entendemos por eufemismo. Mientras que estos últimos buscan alejar realidad y lenguaje a través de un significante ambiguo que no se corresponde con el significado denotativo, los términos técnicos con carga eufemística respetan este factor pero logran el enmascaramiento potenciando la complejidad de la palabra mediante el uso de un registro culto y de marcado carácter específico. El empleo de estas expresiones podría por lo tanto justificarse en un entorno comunicativo formado exclusivamente por profesionales de la salud mental, pero no en una interacción (ya sea verbal o escrita) asimétrica a nivel de conocimientos y, además, interlingüística e intercultural. La utilización de estas expresiones implica y establece asimismo una serie de condicionantes relacionados con lo que podríamos llamar “proxémica verbal”, es decir, la distancia que el lenguaje crea entre los interlocutores. Con esto se busca mantener un estatus relativo de desigualdad y distancia social, ya que el médico trata, en cierto modo, de conservar una posición de control y un marco de profesionalidad y respeto en su relación con el paciente a través del lenguaje. Por ello, el uso de ciertos tecnicismos puede estar justificado siempre que no suponga un obstáculo para el transcurrir de la conversación y su uso se supedita a la capacidad del receptor para comprenderlos. Pero dado que esto no siempre es así, conservar o en su defecto crear este equilibrio debe ser uno de los principales objetivos de traductores e intérpretes.

3. Repercusiones en la traducción y la interpretación

Muchas son las voces que hoy en día definen el trabajo del traductor y el intérprete en los Ser-

vicios Públicos como un intento de equilibrar las relaciones entre un emisor y un receptor en situaciones asimétricas (Sales, 2008). La tendencia a adecuar el mensaje en función de su receptor no es exclusiva de los profesionales de la traducción y la interpretación, sino que también la apoya parte de la comunidad médica. Así, el Dr. García Díaz (2006) escribe que, en la transmisión de información a un paciente o a las personas cercanas a él, es recomendable evitar el uso de “terminología técnica, eufemismos o jerga médica, muchas veces malinterpretada por parte del enfermo” ya que, como indica a continuación tomando las palabras del psicólogo y pedagogo Laurence Johnston Peter, “la persona que utiliza muchas palabras pomposas no está procurando informar, está procurando impresionar”. No es esta, desde luego la única razón para su uso. El particular marco comunicativo que presenta la salud mental aporta otras razones para el empleo de estos términos por parte del personal médico. Sin duda existen otros motivos como el apuntado por una enfermera del Hospital de Fuenlabrada que ha colaborado activamente en este estudio y explicaba su empleo ocasional como un mecanismo de autoprotección. Y es que, pese a no aconsejar su utilización, reconocen su función como método de defensa, ya que estos términos distancian también al profesional del verdadero significado de la enfermedad y, por consiguiente, del impacto negativo que a nivel psicológico puede generar tanto en él como en el paciente. Sin embargo, si como traductores e intérpretes lo que pretendemos es facilitar el intercambio y la asimilación de información y evitar en la medida de lo posible los problemas derivados de la comunicación entre las partes, al tratar con estos términos resulta recomendable una modificación en mayor o menor grado del significante para impulsar y ayudar a establecer una comunicación que concluya en un entendimiento positivo para las partes implicadas (Sales, 2008). Esta tarea exige tener en cuenta una serie de factores en ambas disciplinas.

3.1. Traducción

Con la dificultad que supone generalizar en una profesión como esta, podemos sin embargo establecer que, a la hora de abordar la traducción de este tipo de expresiones, existen algunas bases en las que poder apoyarse. El primer paso sería acotar nuestro campo de estudio, determinando el tipo de texto sobre el que vamos a trabajar. Teniendo en cuenta el marco al que hacemos referencia, en el que un profesional, con un mayor conocimiento de la materia, proporciona información a uno o varios receptores, podemos establecer como objeto de estudio los textos descriptivos de carácter divulgativo, ya que, a mi modo de ver, son los de más fácil acceso para la mayor parte de la sociedad y los que de forma más clara buscan establecer una relación de equilibrio entre el personal médico y los pacientes a través de la comunicación escrita. El siguiente paso sería aplicar la teoría del *skopos* formulada por Reiss y Vermeer (Moya Jiménez, 2003), que supedita la traducción al objetivo y receptor. Dado que pretende explicar conceptos relativamente específicos a personas con unos conocimientos limitados del sector, el traductor deberá por lo general adaptar el vocabulario para hacerlo comprensible, sin olvidarse, eso sí, de mantener el equilibrio mencionado anteriormente. Siguiendo con esta línea y poniendo el foco sobre los términos que nos ocupan, conviene apuntar que el nivel eufemístico de ciertas palabras puede tener distintos grados. Como hemos señalado anteriormente, su uso supone, en muchos casos, otra vuelta de tuerca en este sentido, ya que aumentan la carga eufemística y la complejidad de expresiones que ya de por sí podríamos considerar complicadas. Existen denominaciones excesivamente técnicas que, a día de hoy, ya tienen un equivalente más sencillo aceptado y reconocido globalmente. Es el caso del “trastorno de dolor somatomorfo”, también conocido simplemente como “trastorno por dolor”. Algo similar ocurre con la palabra “enolismo”,

a la que podríamos considerar casi un eufemismo del término “etilismo”. Esta expresión es ya lo bastante técnica como para ser utilizada sin necesidad de complicar todavía más su asimilación, y también suaviza las connotaciones negativas que el término “alcohólico” puede acarrear. Es por consiguiente deber del traductor revertir este proceso en virtud de un marco comunicativo equilibrado, buscando una expresión que, sin perder su contenido específico ni caer en coloquialismos, sea comprensible por un público mayoritario. Teniendo en cuenta el sistema de equivalencias de Koller (Ponce Márquez, 2008) y la teoría del *skopos* citada anteriormente, lo más recomendable sería optar por una traducción denotativa que mediante un proceso de adecuación conserve intactos la realidad y contenidos del término a la vez que los hace asequibles al público receptor. Veamos cómo.

Al aplicar este proceso a este tipo de expresiones, comprobamos cómo se pueden establecer una serie de grados de complejidad en función del receptor y la necesidad de mantener cierto nivel técnico a la hora de establecer equivalencias. Si tomamos como ejemplo alguna de las palabras citadas anteriormente, vemos como podemos adaptarlas fácilmente a este esquema y convertirlas en unidades más sencillas a la vez que se mantiene su significado y una mayor o menor carga técnica en función del *skopos*. Así, la palabra “comorbilidad” podría pasar tras un primer filtro a “diagnóstico dual” y, de ser necesario un segundo, a “doble diagnóstico”. Esta simplificación hace que el traspaso al idioma meta sea también más sencillo y facilita la posibilidad de una traducción denotativa accesible para el público meta. Tomando el inglés como lengua de llegada y siguiendo con el caso anterior, posibles términos a utilizar serían “dual diagnosis” o “double diagnosis”, mucho más fáciles de asimilar por el paciente que una traducción directa del término original como “comorbidity”. Otro ejemplo. Si aplicamos el mismo esquema al tér-

mino “etiopatogenia”, ya explicado anteriormente, podríamos simplificarlo en el idioma original, determinarlo como “origen de la patología” u “origen de la enfermedad”⁶, y traducirlo al inglés como “disease’s origin” o “condition’s origin”, dejando a un lado su equivalente literal (“etiopathogeny”). Con estas adaptaciones es posible que se pierdan ciertos matices técnicos mínimos, pero el contenido del mensaje es esencialmente el mismo y las diferencias de significado entre unas formas y otras no son relevantes para un público que desconoce la jerga médica y los tecnicismos derivados de ese ámbito de trabajo. La flexibilidad de esta “escala gradual” permite utilizarla en textos y circunstancias muy diversas, lo que valida su empleo tanto en el campo de la traducción como en el de la interpretación. Su utilización establece además otra diferencia fundamental entre eufemismos y términos técnicos, ya que mientras que los primeros no son considerados (al menos no en sus primeros estadios de uso) sinónimos de las palabras a las que sustituyen, las formas obtenidas a través del proceso de adecuación que hemos mostrado sí pueden funcionar como expresiones equivalentes dentro de nuestro marco de estudio.

Si hemos optado por elegir este enfoque para nuestra traducción conviene también señalar que habrá situaciones más difíciles de solventar. En los casos en los que no exista o no encontremos un equivalente adecuado y siempre que los límites de espacio nos lo permitan, puede ser recomendable acompañar el término de una breve explicación que lo clarifique, ya sea a continuación (entre paréntesis o, si nos encontramos en una frase, preferiblemente utilizando un conector explicativo o que dé paso a una aclaración) o en una nota a pie de página, o parafrasearlo en aquellos casos en los que sea posible. Otra estrategia que podemos utilizar se basa en la colocación de los elementos oracionales y su

impacto en el significado. Romero Gualda (2008) nos muestra cómo el orden oracional se establece como uno de los principales procedimientos sintácticos y un factor relevante a la hora de asimilar información. Si bien es cierto que la estructura oracional puede no tener el mismo peso en todas las lenguas, sí que es un elemento importante en nuestros dos idiomas de trabajo; por lo tanto, si aplicamos este marco teórico a los términos que estamos analizando, podemos optar por anteponer la definición o aclaración al concepto para que, de este modo, la atención del lector recaiga sobre la idea y no sobre su significante, lo que facilita la inteligibilidad del texto al mismo tiempo que evita una primera toma de contacto con la información a través de una palabra de difícil comprensión o de un registro superior o diferente al que maneja habitualmente el receptor. Si volvemos al ejemplo del trastorno dismórfico corporal recuperado del texto de Montse Arboix (2007), una posible aplicación práctica de este método al proceso de traducción consistiría en optar por una versión meta en la que se utilice la voz pasiva en lugar de su equivalente estructural directo:

“En el trastorno dismórfico corporal, la preocupación del paciente se basa en algún defecto imaginario en su apariencia”.

- 1) Ejemplo en voz pasiva: “Patients’ constant preoccupation with an imagined physical defect is called body dysmorphic disorder”.
- 2) Ejemplo sin variación en la estructura: “Body dysmorphic disorder implies a constant preoccupation of the patient with a physical defect”.

Siguiendo esta línea, nos mantenemos fieles al *skopos* de nuestra labor y al modelo de traducción denotativa en el fondo y pragmática en la forma que de antemano hemos escogido seguir. Por supuesto, resulta obvio pero es asimismo importante señalar que en algunos casos será necesario realizar una traducción literal del tér-

6 Podría incluso mantenerse un registro culto utilizando una expresión ligeramente más sencilla como “etiología de la enfermedad”, aunque, bajo mi punto de vista, la idoneidad de este término seguiría siendo igualmente cuestionable.

mino. Si por ejemplo un documento trata sobre la “tricotilomanía” y lleva ese nombre por título, lo más adecuado será, probablemente, buscar el equivalente textual del mismo. A continuación, podemos optar por seguir una vía de actuación similar al razonamiento anterior, introduciendo, cuando sea posible, aquellos cambios que podamos creer necesarios ya en líneas posteriores.

3.2. Interpretación

Para introducirnos en esta segunda disciplina conviene comenzar apuntando que, en palabras de trabajadores del sector, se ha producido un acercamiento lingüístico progresivo entre médico y paciente en los últimos años. Los profesionales se adaptan más y mejor al nivel cultural y discursivo del enfermo, lo cual deriva en una normalización del lenguaje y una desaparición paulatina del uso de términos excesivamente técnicos. Sin embargo, algunos posos de las antiguas costumbres permanecen, y es en estos casos cuando la labor del intérprete se complica. Del mismo modo, este tipo de expresiones tan específicas pueden alejar al paciente de la comprensión de su sintomatología (Chamizo Domínguez, 2005). En este escenario, se crearía un desequilibrio en la comunicación que habría que solventar y que se complicaría aún más cuando entre ambos mediase una barrera idiomática. Por ello, en un marco intercultural en el que el intérprete tenga que decidir qué expresiones utilizar en sustitución de estos términos, su labor estará condicionada por dos aspectos fundamentales. El primero de ellos es el modelo de interpretación a seguir. En este sentido, existen distintas denominaciones y teorías, pero las principales pueden agruparse en las dos tendencias señaladas por Wadensjö (1998): “relaying others’ talk” o “co-ordinating others’ talk”. El primer caso implicaría una interpretación directa y exacta de los términos y se esperaría que el paciente pidiera aclaraciones cuando fuera necesario. Este siste-

ma no resulta muy recomendable en este ámbito, ya que tiende a ralentizar el flujo comunicativo, algo poco práctico en situaciones delicadas donde la comodidad del paciente es primordial. Con estas aclaraciones se corre además el riesgo de acabar describiendo el problema de forma demasiado clara y directa, lo que puede causar un impacto psicológico negativo en el paciente. En el segundo modelo, el papel del intérprete cobraría una mayor importancia, ya que no se limitaría a transmitir el mensaje de forma prácticamente literal, sino que tendría libertad para reformularlo con el objetivo de, sin variar el contenido, hacerlo más comprensible para el paciente. Este sistema resulta en general más adecuado y se adapta mucho mejor a los requerimientos del sector, ya que facilita la comunicación entre las partes y resta incomodidad al paciente al hacerle sentir que comprende lo que se le dice, evitando añadir un factor más de estrés a una situación que ya de por sí puede ejercer una presión psicológica considerable. El marco teórico en el que estamos trabajando se ajusta más a los parámetros de este segundo modelo que a los del primero, y su validez se sustenta en opiniones como la de Bot (2003), quien define la interpretación en este sector como una relación a tres bandas y deslegitima la rigidez y la neutralidad total como medios para transmitir un mensaje en el campo de la salud mental. Las conversaciones en este contexto no pueden entenderse nunca como diálogos entre dos personas con un hándicap técnico de por medio, sino que debe asumirse la participación del intérprete como un elemento necesario que obra en favor del entendimiento mutuo, cuyo trabajo en pos de este objetivo debe ir muchas veces más allá del simple traspaso de palabras de un idioma a otro. Pero quizás lo más interesante del artículo de Bot es la diferencia que establece entre transgresión y violación de las fronteras del traductor y/o intérprete, ya que establece unas líneas teóricas per-

fectas sobre las que apoyar nuestra teoría. Mientras que las violaciones son aquellas prácticas más allá de los límites establecidos que pueden tener repercusiones negativas en el paciente y su tratamiento, las transgresiones son salidas de la norma dentro de la ética y en beneficio del enfermo. Es cierto que, en muchas ocasiones, la línea que separa ambos grupos es difusa, pero mientras seamos capaces de emplearlas adecuadamente, con precaución y dentro de un marco coherente, transgresiones como las descritas en este artículo pueden resultar beneficiosas para todas las partes involucradas.

Una vez escogido el modelo de interpretación a seguir, el segundo factor clave es, de nuevo, la búsqueda del equilibrio. Si en la traducción el destinatario es anónimo y universal, en este campo nos encontramos frente a frente con todas las partes del proceso comunicativo. Por lo tanto, la labor del intérprete tiene que basarse en una transmisión clara del mensaje que no vaya en detrimento de la precisión, haciéndose esencial considerar dos de los aspectos citados anteriormente:

- Nivel lingüístico: El dominio del paciente de la lengua es el factor determinante para la traslación del mensaje. El nivel cultural se sitúa en un plano secundario, ya que los conocimientos generales del enfermo no importan si no domina las palabras asociadas a cada concepto.

- Nivel cultural: Dependiendo de cómo sea este, la elección del vocabulario a utilizar se moverá en unos márgenes más o menos amplios.

Este marco teórico aplicado a la interpretación de los términos que nos ocupan deriva en que, como en el caso de la traducción, se haga recomendable utilizar equivalentes relativamente neutros, que conserven un valor técnico determinado pero que a la vez sean comprensibles con relativa facilidad, ya que una mala elección

de las expresiones utilizadas para transmitir el mensaje puede provocar la necesidad de aclaraciones constantes por parte del médico. Esta forma de actuar puede a la vez cubrir otros problemas derivados del uso continuo de un lenguaje grandilocuente como puede ser la pérdida de confianza en la veracidad del discurso del hablante (Arteta, 2012). Hay sin embargo que tener cuidado en este aspecto, puesto que una opción más sencilla no siempre es justificable. A este respecto, podemos aprovechar el hecho de que la interpretación suponga una interacción directa entre las partes. De este modo, si el paciente no comprende las indicaciones del médico, creemos que va a ser necesario simplificar excesivamente el término en cuestión o nos encontramos en una disyuntiva similar, es preferible pedir al profesional que modifique o adapte el registro que arriesgarnos a utilizar términos incorrectos, ya que, como hemos mencionado anteriormente, algunas palabras no tienen un equivalente válido más simple.

4. Conclusiones

El uso de expresiones eufemísticas supone un importante obstáculo en la comunicación entre el personal médico y los pacientes dentro de la medicina en general y de la salud mental en particular. Hemos podido ver además como este tipo de lenguaje adquiere diversas formas en estas áreas, abarcando desde el eufemismo tradicional a la utilización de términos técnicos con carga eufemística. Con respecto a estos últimos, si bien es cierto que aún pueden existir algunas voces que defienden su uso escudándose en la precisión del lenguaje, resulta a su vez innegable que alejan al paciente de la comprensión de cuestiones importantes referentes a su patología y, por consiguiente, del personal médico en general. Cuando a estas trabas comunicativas se une la necesidad de trasladar el mensaje a otra lengua, la situación se torna incluso más complicada. En estos casos, traductores e intérpretes pueden funcionar como el mecanismo encarga-

do de adecuar el mensaje para favorecer el traspaso de información entre las partes involucradas. Pese a lo difícil que resulta generalizar, pueden establecerse algunas pautas más o menos genéricas que los profesionales de ambas disciplinas pueden seguir a la hora de trabajar con este tipo de expresiones. El punto de partida debe ser supeditar su labor al receptor del mensaje, utilizando estrategias como las expuestas en este artículo para así crear un marco comunicativo adecuado en el que el destinatario asimile fácilmente una información que a su vez conserve los matices y connotaciones originales. El hecho de lograr un equilibrio entre la especificidad del término y el nivel cultural del receptor se ajusta al propósito de informar a un público meta con un menor conocimiento en la materia y favorece el entendimiento positivo de las partes involucradas, ya sea en el campo de la traducción o la interpretación.

5. Bibliografía citada

ARTETA, A., 2012: "Dilo en archisílabos", diario *El País*, 22-04-2012 (28).

BOT, H., 2003: "The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-person Psychology" en L. BRUNETTE, G. BASTIN, I. HEMLIN y C. HEATHER: *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, 27-35.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2008, 22ª edición, Madrid: Espasa-Calpe.

ESCANDELL VIDAL, M. V., 1996: *Introducción a la Pragmática*, Barcelona: Ariel.

GARCÍA ARRANZ, A., 1986: *Manual de gramática inglesa comparada*, Madrid: EDI.

MOYA JIMÉNEZ, V., 2003: "Teorías Contemporáneas Traductológicas" en *Teoría, didáctica y práctica de la traducción*, A Coruña: Netbiblo, 17-42.

SANDOVAL DE LA MAZA, S., 1992: *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid: A. L. Mateos.

SAUSSURE, F., 1985: *Saussure y los fundamentos de la lingüística*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

SEGURA MUNGÍA, S., 2004: *Diccionario etimológico de medicina*, Bilbao: Universidad de Deusto.

WADENSJÖ, C., 1998: *Interpreting as Interaction*, London, New York: Longman.

5.1. Referencias electrónicas

ARBOIX, M., 2007: "¿Enfermos sin causa?" [disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2007/03/12/160668.php>].

CASTILLA PLAZA, A. M. y J. LÓPEZ SANZ, 2007: "La fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la Comunidad de Madrid" [disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLA+FIBROMIALGIA+ES+UNA+ENFERMEDAD+REAL.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1181219248663&ssbinary=true>].

CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P. J., 2005: "Some Theses on Euphemisms and Dysphemisms", *Seria Filologica Studia Anglica Resoviensia* [disponible en http://www.univ.rzeszow.pl/wfil/ifa/usa3/sar_v3_01.pdf].

CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P. J., 2004: "La función social y cognitiva del eufemismo y del disfemismo", *Panacea*, volumen V, número 15 [disponible en http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-ChamizoDominguez.pdf].

GARCÍA DÍAZ, F., 2006: "Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud", *Medicina Intensiva*, volumen 30, número 9, Barcelona [disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000900006&script=sci_arttext].

LEÓN CASTRO, H. M., 2005: "Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, volumen VI, número 1, 33-42 [disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>].

LÓPEZ, M., M. LAVIANA, L. FERNÁNDEZ, A. LÓPEZ, A. M. RODRÍGUEZ y A. APARICIO, 2008: "La lucha contra el estigma y la discriminación en la salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, volumen 28, número 1, 667-671 [disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100004&script=sci_arttext].

NEMIAH, J. C., 1995: *Glosario de Psiquiatría: Adaptación Española de la 7ª Edición de la American Psychiatric Press, Inc* [disponible en <http://books.google.es>].

PONCE MÁRQUEZ, N., 2008: "Diferentes Aproximaciones al Concepto de Equivalencia en Traducción y Su Aplicación en la Práctica Profesional" *Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos*, número 15 [disponible en <http://www.tonosdigital.es/ojs/index.php/tonos/article/view-file/210/170>].

MARQUÉS REYES, D. J., 2006: "Se cazan más moscas con miel que con vinagre: eufemismos como construcción social" *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, volumen 9, nº 3 [disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num3/art1vol9no3.pdf>].

PICHOT, P., J. J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO y M. VALDÉS MIYAR, 1995: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: MASSON [disponible en <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/PORTADA.PDF>].

ROMERO GUALDA, M^a. V., 1985: "Orden de los elementos oracionales en español", *RILCE* vol. I, 91-111, Universidad de Navarra [disponible en <http://hdl.handle.net/10171/3165>].

SALES, D., 2008: "Mediación Intercultural E Interpretación en los Servicios Públicos: ¿Europa Intercultural?", *Pliegos de Yuste, Revista de Cultura y Pensamiento Europeos* [disponible en <http://www.pliegosdeyuste.eu/n78pliegos/n78pag77.htm>].

Agradecimiento especial para Sonia Martínez y Enrique Morejudo del Hospital de Fuenlabrada por su colaboración.