



ULPGC
Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria

Facultad de
Traducción e Interpretación



Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Facultad de Traducción e Interpretación

Grado en Traducción e Interpretación Inglés-Alemán

Curso académico 2022/2023

El uso del lenguaje claro en la comunicación médica a través del folleto de salud: análisis contrastivo de dos folletos dirigidos a cuidadores de pacientes oncológicos

Autora: Nadia Pérez Negrín

Tutor: Beneharo Álvarez Pérez

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, M^a Mercedes Negrín Damas,
porque todo lo que he conseguido hasta ahora
y todos mis logros futuros
llevan su firma.

RESUMEN

El folleto de salud es una herramienta eficaz para la divulgación de información de carácter médico. Su brevedad y naturaleza generalista lo convierten en un recurso útil para que pacientes y allegados se informen sobre asuntos sanitarios. En ocasiones, sin embargo, la redacción de estos documentos es demasiado especializada para la población general y no se hace hincapié en la comunicación entre el paciente y su entorno. En esta investigación nos centraremos en folletos dirigidos a cuidadores de pacientes oncológicos, con el objetivo de comprobar si cumplen con los requisitos de ser entendibles para el público general y de tratar la comunicación entre el enfermo y su red de apoyo.

Para ello, se ha llevado a cabo un análisis contrastivo de dos documentos, uno en español y otro en inglés, siguiendo las pautas y recomendaciones de expertos en lenguaje médico, folletos de salud y lenguaje claro. Los resultados revelan que el diseño y el léxico de ambos folletos parecen adaptarse al público meta, pero que la comunicación entre paciente y cuidador, o bien pasa desapercibida, o no se trata en profundidad. Por lo tanto, podría concluirse que, si bien en la elaboración de los folletos se han seguido pautas relacionadas con determinados parámetros estudiados, sigue siendo imperativa una investigación más exhaustiva sobre cómo debe comunicarse el entorno con el paciente.

Palabras clave: folleto de salud, cáncer, lenguaje claro, cuidador, paciente oncológico.

ABSTRACT

Health information leaflets are an effective tool for the dissemination of medical information. Its briefness and generalist nature turn it into a useful resource for patients and their next of kin to be informed about health matters. Yet, sometimes the wording of these documents is too specialised for the general population and the communication between patients and their environment is not emphasised. In this research we will focus on leaflets aimed at caregiver of oncological patients, with the goal of verifying whether they meet the requirements of being understandable for the general public and of addressing communication between the patient and their support network.

For this purpose, a contrastive analysis of two documents, one in Spanish and the other in English, has been conducted following the guidelines and recommendations of experts in medical language, health leaflets and plain language. The results reveal that the design

and vocabulary seem to be adapted to the target audience, however, the communication between the patient and the caregivers is either overlooked or not dealt with in depth. Consequently, it could be concluded that, although guidelines related to certain parameters studied have been followed in the development of the leaflets, further research on how the social environment should communicate with the patient is still imperative.

Keywords: health information leaflets, cancer, plain language, caregiver, oncological patient.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. LENGUAJE MÉDICO	4
2.1.1. Tratamiento lingüístico del cáncer	5
2.1.1.1. El empleo de la metáfora.....	5
2.1.1.2. Conspiración del silencio	7
2.2. EL FOLLETO DE SALUD	9
2.2.1. Legibilidad y comprensibilidad.....	10
2.2.2. Recomendaciones de redacción y diseño	11
2.2.2.1. Diseño.....	11
2.2.2.2. Contenido del folleto de salud.....	13
2.2.2.3. Aspectos lingüísticos.....	13
2.2.2.4. Elementos no verbales.....	15
2.3. LENGUAJE CLARO.....	15
2.3.1. Principios del lenguaje claro.....	16
2.3.2. Situación actual del lenguaje claro	16
2.3.2.1. Estandarización	17
2.3.3. Lenguaje claro en la sanidad	17
2.3.4. Guía de lenguaje claro	18
2.3.4.1. El foco en el lector	18
2.3.4.2. Brevedad y concisión	18
2.3.4.3. La voz activa sobre la voz pasiva.....	20
2.3.4.4. Gramática y otras consideraciones léxicas.....	21
3. MARCO PRÁCTICO	23
3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TEXTOS	23
3.2. ANÁLISIS INDIVIDUAL Y CONTRASTIVO	25

3.2.1.	Diseño.....	25
3.2.2.	Macroestructura.....	26
3.2.3.	Microestructura.....	27
3.2.4.	Sintaxis.....	29
3.2.5.	Léxico.....	31
3.2.6.	Semántica.....	32
3.2.7.	Contenido.....	33
4.	CONCLUSIONES.....	36
5.	REFERENCIAS.....	40
6.	ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El folleto de salud es una herramienta idónea para que los pacientes o los allegados del enfermo puedan encontrar información fiable sobre un padecimiento concreto. Es un medio breve, pues, por lo general, no excede las sesenta páginas; es un medio directo, pues, debido a la limitación de espacio, las ideas se expresan de forma clara; y es un medio práctico, pues, normalmente, se encuentra en formato físico y puede transportarse fácilmente. En definitiva, es un instrumento útil y eficaz que se integra en el proceso de la enfermedad como un recurso complementario a la atención médica.

El presente trabajo de investigación se desarrollará en torno al cáncer, una de las enfermedades graves más comunes de nuestro país. Además, la información y la terminología al alcance del público es tan ingente que podría considerarse un campo especializado propio. El lector puede encontrar dificultades de comprensión al informarse sobre temas como tratamientos o estadios de la enfermedad y, en ocasiones, el lenguaje médico que recibe en consulta puede suponer una barrera comunicativa entre el enfermo y el profesional sanitario.

Por esta razón, la corriente del lenguaje claro parece presentarse como una guía útil para la redacción de documentos dedicados a pacientes o familiares. De hecho, numerosas instituciones a nivel internacional se están haciendo eco de las ventajas del lenguaje claro y cada año aparecen nuevas iniciativas al respecto que, incluso, pronto podrán englobarse en una norma ISO, de acuerdo con la Federación Internacional de Lenguaje Claro (IPLF).

No obstante, si bien en el sector administrativo español esta corriente se tiene cada vez más en cuenta a una velocidad significativa, en los campos técnicos como la medicina ha ido adquiriendo relevancia a pasos agigantados durante los últimos años.

Cuando nos planteamos la elección del tema del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG), comenzamos reflexionando sobre cómo ha sido nuestra experiencia en la universidad. Durante los años de formación, los nuevos conocimientos despiertan en los alumnos diferentes inquietudes y el trabajo práctico desarrollado en las aulas desencadena en los estudiantes una visión distinta de los textos que leen.

Textos cotidianos que antes se leían superficialmente, ahora adquieren una perspectiva diferente: se descubren imprecisiones o errores que antes pasaban desapercibidos y que ahora pueden subsanarse gracias a los conocimientos adquiridos.

Entre los campos que despiertan el interés de los estudiantes se encuentra el género médico, con los folletos de salud como uno de los formatos más recurrentes. Bajo nuestro punto de vista, estos documentos no suelen ser los más complejos, ya que no se caracterizan por su grado de especialización terminológica, sino por tener un carácter más general. En los folletos de salud se tratan los asuntos más relevantes de una enfermedad, como los tratamientos, sus estadios o las consecuencias que tiene el padecimiento en el enfermo. Sin embargo, no se suele hacer referencia a temas como la comunicación interpersonal del paciente. Así, pues, si ya mencionábamos que uno de los pilares de este trabajo sería el lenguaje claro, añadimos que la comunicación durante el proceso de la enfermedad cobrará también especial importancia.

Durante los estudios de Traducción e Interpretación, los alumnos adquieren diversas habilidades y competencias que resultan provechosas para la presente investigación. En primer lugar, para llevar a cabo un análisis exhaustivo del corpus lingüístico seleccionado, el conocimiento de las lenguas inglesa y española es imperativo. Asimismo, al abordar temas relacionados con la comprensión escrita durante el transcurso de diferentes asignaturas, han surgido inquietudes relacionadas con la accesibilidad de los textos, uno de los puntos de partida del presente estudio. Finalmente, afrontar nuestro primer trabajo de investigación habría sido inviable si no se hubiesen desarrollado competencias asociadas al pensamiento crítico, al aprendizaje autónomo y a la capacidad de trabajo individual.

En esta investigación se desarrollará un análisis contrastivo de dos folletos de salud elaborados para cuidadores de pacientes oncológicos, uno en español y otro en inglés, con varios objetivos en mente. En primer lugar, verificar si este breve corpus cumple con las directrices lingüísticas recomendadas por los expertos en lenguaje médico, folletos de salud y lenguaje claro. En segundo lugar, comprobar la importancia concedida a la comunicación entre el paciente y el cuidador en documentos oficiales emitidos por organizaciones de referencia en el campo. Finalmente, esperamos determinar si ambos folletos de salud cumplen con las necesidades de los pacientes y sus familiares, no solo en cuanto a la información relacionada con la enfermedad en sí, sino también en cuanto a la comunicación de las partes implicadas.

Antes de empezar el estudio, exponemos que entre nuestras expectativas e hipótesis se encuentran las siguientes:

- Una de las características principales de los folletos será su carga metafórica, pues están relacionados con el cáncer.
- El corpus analizado contará con un diseño sencillo que respetará las directrices recomendadas por expertos en folletos de salud y en lenguaje claro.
- Los folletos seleccionados pertenecen a instituciones de referencia dentro del campo oncológico, así que no se observarán faltas ortotipográficas.
- La expresión de los textos será clara y sencilla.
- Las preguntas y respuestas y las enumeraciones serán recursos comunes para organizar la información.
- Aunque se aborden textos generalistas, los documentos médicos acarrearán consigo terminología específica, así que esperamos que se expliciten el significado de los términos especializados en ambos folletos.
- La comunicación entre el paciente y el cuidador pasará desapercibida. Aunque los textos estén dirigidos a cuidadores y a su relación con el enfermo, la comunicación entre ellos no tendrá tanta relevancia como otros asuntos.

En cuanto a la estructura del presente trabajo, en primer lugar, después de la portada, los resúmenes, el índice y la introducción, aparecerán las consideraciones teóricas. Este apartado se dividirá en tres grandes bloques: lenguaje médico, lenguaje claro y folleto de salud, donde se abordará el análisis de una serie de recomendaciones para conseguir que un texto esté redactado de forma adecuada. Más tarde, se recogerán estas pautas y se ordenarán por categorías en una tabla de contenidos (ver Anexo I).

A continuación, en el marco práctico, se analizará el corpus en función de si cumple o no con las recomendaciones expuestas en el marco teórico, mientras se contrastan los dos folletos. De esta forma, determinaremos cuáles son sus semejanzas, qué folleto es más adecuado de conformidad con las recomendaciones extraídas de la literatura existente y qué diferencias existen entre ambos.

Finalmente, recogeremos las conclusiones más significativas y explicitaremos tanto las limitaciones del trabajo como las potenciales vías de investigación que se han detectado a lo largo del desarrollo de este documento. Por último, se añadirán la bibliografía y los anexos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LENGUAJE MÉDICO

La comunicación, como en otros muchos contextos, supone el puente entre el paciente y el personal sanitario. Para la intercomunicación en la labor científica (necesaria en los contextos sanitarios) es imprescindible el lenguaje médico adecuado (Ordóñez Gallego 1992: 10). Es decir, no basta con que existan intercambios comunicativos efectivos entre profesionales, sino que el lenguaje debe ser entendible para todo tipo de públicos, pues la comunicación médica no le pertenece al personal sanitario, sino a toda la población (Gutiérrez Rodilla 2004: 15).

Si bien hace tan solo cincuenta años se creía que los médicos nacían con las habilidades comunicativas suficientes para satisfacer las necesidades de su trabajo (Moore et al. 2011: 359), hoy sabemos que existen factores concretos, como los aspectos emocionales, afectivos, culturales, lingüísticos y sociales (Montalt y García-Izquierdo 2016: 82), que dificultan el intercambio comunicativo y deben estudiarse para poder subsanarse.

Las asimetrías relativas a los conocimientos previos, al estatus socio-profesional, a los intereses y expectativas, y a las lenguas pueden suponer otro reto comunicativo (*Ibid.*: 81). Para poder solventar estas asimetrías, es conveniente conocer y respetar las características principales del lenguaje médico: «la veracidad, la precisión y la claridad» (Navarro 2009: 90). Así pues, los textos que violen cualquiera de estas características, bien sea por ambigüedad, pesadez o vaguedad, no cumplirán con el objetivo principal de la comunicación médica; si el paciente no comprende, su autonomía en el tratamiento desaparecerá (Montalt y García-Izquierdo 2016: 82).

Si nos centramos en la labor de los profesionales, descubriremos un término acuñado por Linares et al. (2017), quienes definen la «enfermedad» que padecen aquellos profesionales médicos que no escriben de forma clara y entendible como *medicus incomprehensibilis*. No obstante, ¿qué características debe tener un texto para considerar que no emplea el lenguaje médico más adecuado? Estos mismos autores nos facilitan una lista con algunos síntomas, que incluyen, entre otros, las oraciones con más de 25 palabras, la voz pasiva, los párrafos largos y el lenguaje poco concreto. Estudiaremos estos y otros parámetros exhaustivamente más adelante.

Por su parte, Fernández Peris (2016) se plantea la comunicación no solo como proceso lingüístico sino, también, como una herramienta terapéutica. Según la autora, la comunicación es un proceso en movimiento porque el profesional, además de dar información, acompaña al paciente en su enfermedad; lo escucha, lo respeta y valida sus opiniones y sentimientos. De esta manera, afirma, compartir información con el paciente también supondrá mostrar empatía por su experiencia. Solo si se entiende la comunicación como un proceso parcialmente emocional, en el que el enfermo se comunica desde sus emociones, se podrá acompañar al paciente hacia el sentimiento de tranquilidad y esperanza (*Ibid.*: 113).

2.1.1. Tratamiento lingüístico del cáncer

Uno de los cometidos de los profesionales sanitarios es acompañar y tranquilizar al paciente a lo largo de su enfermedad. Además de los recursos técnicos y científicos que no paran de avanzar, disponen de otra herramienta de importancia a la que rara vez se le presta la merecida atención: la comunicación.

2.1.1.1. El empleo de la metáfora

De forma habitual, los profesionales sanitarios se sirven de recursos lingüísticos para cumplir con sus obligaciones de informar y acompañar y emplean figuras como las metáforas. A pesar de que el lenguaje médico goce de un marcado carácter denotativo, las metáforas son muy frecuentes en este tipo de textos (Ordóñez Gallego 1992: 77). En muchas ocasiones, los fenómenos que se observan se describen recurriendo a la comparación con elementos ya conocidos, algo que sucede en medicina de forma habitual con términos como «pie de atleta» o «niebla cerebral». En relación con nuestro estudio, una de las enfermedades en las que más evidentemente se percibe la utilización de este recurso es el cáncer.

Sontag (1996: 3) tiene la convicción de que a las personas gravemente enfermas se les trata ambiguamente porque «a los moribundos es mejor ahorrarles la noticia de que se están muriendo, y la buena muerte es la muerte repentina». En el caso del cáncer, la ambigüedad se manifiesta a través de metáforas de guerra.

El tratamiento lingüístico del cáncer recuerda incluso a una película de ciencia ficción. Las células cancerosas «invaden» y «colonizan» el cuerpo. Las «defensas» del enfermo casi nunca son suficientes, así que se recurre al «bombardeo» de las células con

un tratamiento que apunta «a matar». En ocasiones, la «invasión tumoral» no cesa y las células cancerosas se preparan para «atacar» de nuevo (*Ibid.*: 31-32).

De acuerdo con Sontag (1996: 31), la metáfora militar apareció en la medicina alrededor del año 1880, cuando se empezaban a describir las bacterias como «invasores» del cuerpo. Sin embargo, mucho ha cambiado desde entonces, pues en el caso de la enfermedad oncológica, las metáforas no solo se refieren al tratamiento o evolución de la enfermedad, sino que el propio cáncer es el enemigo (benigno o maligno) contra el que hay que luchar. La despersonalización de la enfermedad se hace aún más clara al clasificar a las células como «no propias» y, como consecuencia, el enfermo se convierte en otra persona (*Ibid.*: 32-33).

Además de las metáforas relacionadas con la guerra, son especialmente populares también las metáforas de viaje. El estudio realizado por Semino et al. (2017) nos ayuda a entender mejor cómo se sienten los pacientes oncológicos acerca del uso de ambas.

Primeramente, de acuerdo con su investigación, los pacientes utilizan metáforas violentas para explicar su proceso desde perspectivas diferentes.

Por un lado, la perspectiva negativa: algunos pacientes declaran que el cáncer ataca e invade el cuerpo desde dentro, esto es, entienden la enfermedad desde una perspectiva pasiva y de vulnerabilidad. Otros se sienten incluso como una bomba de relojería. En segundo lugar, aquellos pacientes que sienten que no están ganando la batalla se denominan a sí mismos como guerreros fracasados. En referencia a los tratamientos, definen la quimioterapia como una paliza para el cuerpo y hablan de cómo reciben un martillazo de químicos y radiación (*Ibid.*: 62-63).

Por otro lado, los pacientes que tienen una perspectiva positiva suelen referirse a sí mismos como guerreros o luchadores, es decir, forman parte activa del proceso y se encuentran esperanzados. Además, las metáforas de violencia también son útiles para animar a personas que estén pasando por la enfermedad: los pacientes suelen hablar entre ellos de ganar la batalla (*Ibid.*: 63). Si bien las metáforas son importantes para describir experiencias individuales, en muchos casos ayudan a crear conexiones entre personas de un mismo ámbito, describen de manera clara experiencias compartidas (McEachern 2022: 602).

Las metáforas de viaje son igualmente muy populares entre pacientes. La investigación de Semino et al. (2017: 63-64) revela que, si sienten que son ellos los dueños de su vida, hablan de cómo el viaje puede no ser muy llevadero o de cómo, aunque creían no poder seguir adelante, se sorprenden a sí mismos y se esfuerzan por continuar. Los autores declaran que, muchas veces, los pacientes utilizan esta metáfora para crear un sentimiento de compañía y unidad. Hablan de que los que mejor pueden ayudar son aquellos que han pasado por donde uno está o que están yendo en la misma dirección, y que las piedras en el camino son más fáciles de superar si están acompañados. Sin embargo, aquellos que no tienen una experiencia tan positiva sienten que tener cáncer es como conducir un carruaje sin ruedas traseras o que viajan en contra de su voluntad; cómo pueden navegar por aguas en las que no quieren estar y que no pueden controlar. Algunos enfermos también hablan de viajes que están a punto de terminar o de otros compañeros que ya han terminado su viaje.

De acuerdo con Semino et al. (2017) los dos tipos de metáfora ayudan a expresar aspectos diferentes de cada experiencia individual. Los autores afirman que las metáforas de violencia refuerzan el antagonismo entre el enfermo y la enfermedad y en las metáforas de viaje el paciente puede tener un papel activo o pasivo dentro de su circunstancia. Sin embargo, este recurso no debería analizarse únicamente en base a su tipo, sino en función del efecto «empowering or disempowering» (empoderante o desempoderante) que tiene en los enfermos. De esta manera, los profesionales podrán comprender mejor a sus pacientes y conseguirán un trato mucho más personal (*Ibid.*: 65). En ninguna circunstancia se aconseja la omisión total de este tipo de metáforas, pues solo a través de la investigación y la discusión se podrá utilizar este recurso lo mejor posible (McEachern 2022: 602).

2.1.1.2. *Conspiración del silencio*

Antes de explicar a qué se refiere el término «conspiración del silencio» (CS) y sus implicaciones, es fundamental aclarar que, en la mayoría de los casos, ocultarle información al paciente es ilegal. De acuerdo con la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (Ley 41/2002), todos los pacientes, salvo algunos supuestos excluidos, tienen derecho a saber toda la información disponible sobre su salud (art. 4.1). De la misma forma, también tienen derecho a negarse a recibirla (art. 2.4).

Según el art. 5.1, el titular del derecho a la información es el paciente, salvo en determinadas circunstancias. El personal sanitario debe priorizar «la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad» (art. 2.1) y toda la información que se transmita ha de ser veraz y debe estar adaptada a las necesidades del paciente, de forma que la comprenda y pueda tomar decisiones con su propia y libre voluntad (art. 4.2).

Arranz et al. (2003: 98) definen la CS como «un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación». Además, añaden la distinción entre CS adaptativa y CS desadaptativa: la primera se refiere a aquellas circunstancias en las que el paciente prefiere no saber, y la segunda sí encaja con la definición general, es decir, aquella en la que el paciente quiere información, pero la familia y los profesionales procuran que no se le proporcione.

Un estudio realizado en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de Madrid en el año 2013 muestra que, primeramente, tanto al ingreso como al alta, cerca del 50% de los pacientes parece no querer recibir información sobre su pronóstico o diagnóstico y el 55% de los allegados intenta proteger al enfermo de las malas noticias (Bermejo et al. 2013: 4). Estas dos cifras se traducen en lo siguiente: el 64,4% de la muestra se ve afectada de alguna manera por la CS, bien sea por CS adaptativa (31,6%) o por CS desadaptativa (36,7%). En otras palabras, de acuerdo con el estudio, el 64,4% de los pacientes se ve limitado por «una barrera en torno a la verdad» (Ruiz-Benítez de Lugo y Coca 2008: 55).

Por un lado, desde el momento en el que se oculta información, se crea un muro de incomunicación y aparecen relaciones de desconfianza entre los afectados (Arranz et al. 2003: 98). Los pacientes pueden sentirse solos, incomprensidos, incomunicados, y desarrollar «serios problemas emocionales». Además, el miedo y la ira pueden verse reforzados si el paciente se siente engañado.

Por otro lado, los pacientes que no albergan incertidumbres suelen hablar más abiertamente de su enfermedad (*Ibid.*: 121). Para poder conseguir que los pacientes y allegados comprendan su situación y comiencen a aceptarla, parece evidente abogar por la necesidad de «favorecer la ruptura de las defensas psicológicas de pacientes, familiares y profesionales» (Bermejo et al. 2013: 8-9).

2.2. EL FOLLETO DE SALUD

Como hemos podido observar, el cáncer es una enfermedad que se suele asociar al sufrimiento, la muerte y el dolor. Para que los enfermos y sus allegados tengan la posibilidad de afrontar la situación desde una perspectiva positiva, es aconsejable brindarles información adaptada a sus necesidades y de fácil acceso (Domínguez-Nogueira et al. 2005). Esta información puede transmitirse, entre otros medios, a través del folleto de salud.

De acuerdo con Córdoba et al. (1998: 5), el folleto de salud es material educativo impreso creado para ofrecer al lector consejos y recomendaciones en materia de salud, que pueda entender fácilmente. Su formato abarca desde folletos plegables hasta guías de decenas de páginas.

Ahora bien, debido a la naturaleza no especializada del documento, se podría pensar que son igual de fáciles de entender que de diseñar (Mayor Serrano, 2008: 1). Sin embargo, para que cumpla sus funciones correctamente es necesario esforzarse y prestar atención a una serie de cuestiones (Córdoba et al. 1998: 6). A continuación, explicitaremos algunas de las pautas que se deben tener en cuenta.

Para evitar los desaciertos extralingüísticos más comunes, Mayor Serrano (2008) recomienda que se preste atención a la función comunicativa y a los participantes de la comunicación. Así, pues, considera que la función comunicativa de los folletos de salud es la siguiente:

[...] transmitir a los destinatarios informaciones básicas de carácter médico, dar recomendaciones para la prevención de enfermedades o situaciones de riesgo, así como para la actuación ante estados de convalecencia, e intentar, en cierto modo, influir en la conducta del receptor por medio del mensaje que se le envía (Mayor Serrano 2008: 8).

Finalmente, entender el papel del emisor y del receptor del texto es fundamental en el folleto de salud. La motivación del primero para redactar el folleto puede radicar en su deseo de contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente, de informar sobre los servicios sanitarios o de reforzar la información que se ha proporcionado en consulta (Mayor Serrano 2008: 9). Su objetivo, por lo tanto, será que el receptor considere que la lectura es amena y comprensible (Sigaud-Sellos 2010). Cabe hacer hincapié en que el folleto de salud es material complementario a otros tipos de comunicación y debe tomarse siempre como tal (Córdoba et al. 1998: 5). Tiene la ventaja de que su mensaje puede asimilarse al ritmo de cada lector y, además, permite que su lectura se realice en el momento que el paciente o los familiares consideren oportuno (*Ibid.*: 5).

El destinatario, por su parte, espera encontrar datos básicos y consejos sobre su situación en el folleto. Además, una vez haya interiorizado y comprendido la información del documento, podrá comunicarse efectivamente con su médico (Mayor Serrano 2008: 10). No obstante, aunque es posible que haya lectores que pertenezcan al público especializado y puedan entender la información con más facilidad, la máxima del folleto de salud es que su receptor, tenga las herramientas previas o no, pueda entenderlo, es decir, que el texto goce de legibilidad y comprensibilidad (Sigaud-Sellos 2010).

2.2.1. Legibilidad y comprensibilidad

Para comprender los conceptos de legibilidad y comprensibilidad es necesario especificar que no son términos fijos, es decir, varios autores utilizan diferentes palabras para referirse al mismo concepto.

Por un lado, Sigaud-Sellos (2010) diferencia entre lecturabilidad y legibilidad. La primera se refiere a lo que trataremos como comprensibilidad, esto es, el texto en sí, su contenido y su forma textual. La segunda hace referencia las características visuales y estéticas del documento. Desde su punto de vista, ambas se retroalimentan y, si solo se estudiase una, el análisis sería insuficiente.

Por otro lado, Ferrando Belart (2004) acuña las concepciones de legibilidad lingüística y legibilidad tipográfica. Si bien considera que el término general de «legibilidad» se refiere a «la facilidad con la que se puede leer y comprender un texto» a partir de elementos como la tipografía, la presentación del texto, el estilo, la claridad y el lenguaje; el autor hace la distinción entre los dos tipos de legibilidad para poder agrupar más eficientemente los parámetros y pautas que, bajo su punto de vista, han de cumplirse para que un texto sea legible.

Para Ferrando Belart (2004: 143), la legibilidad lingüística está relacionada con los aspectos verbales. Para que un texto sea más fácil de leer, el autor recomienda prestar atención a las siguientes cuestiones: primeramente, el predominio de la estructura «sujeto-verbo-complementos». Gracias a la utilización de este esquema, el lector puede anticipar y prever la información que va a recibir. Ferrando Belart (2004: 143) aclara que todas las oraciones del texto no deben seguir estrictamente esta estructura, puesto que, si no, el lector acabaría aburriéndose. Sin embargo, sí hace hincapié en que «la ordenación interna de la frase incide directamente en la legibilidad de un texto».

De igual manera, el autor recomienda precaución con la utilización de frases subordinadas, pues hacen que el texto sea tedioso y difícil de recordar; las frases impersonales y la voz pasiva, pues no permiten distinguir al responsable de la acción; y los incisos largos y abundantes, ya que interrumpen el discurso, si no se encuentran al final de la oración (*Ibid.*: 144).

Ferrando Belart (2004: 145) considera que se debe prestar especial atención a los marcadores textuales y a las siglas. Por un lado, los marcadores textuales facilitan la ordenación del texto, de manera que sea más fácil comprenderlo. Por el otro, las siglas pueden ser problemáticas. En ocasiones, pueden romper la dinámica del escrito y el lector tendrá que leerlo de nuevo. Como solución, el autor propone explicitar su significado la primera vez que aparezca en el documento.

Finalmente, la legibilidad tipográfica se refiere a «la percepción visual del texto» (Ferrando Belart 2004: 145), esto es, al tamaño y tipo de la letra, a la disposición de la información, a los signos de puntuación... En el apartado 2.2.2. Recomendaciones de redacción y diseño, hablaremos con más detalle sobre estos parámetros.

En otro orden de cosas, para estimar la comprensibilidad de los textos, se empezaron a desarrollar a partir de los años 50 diferentes métricas basadas en indicadores como el número de palabras, de caracteres o de oraciones (Morato et al. 2018: 571). No obstante, de acuerdo con Sigaud-Sellos (2010), es complicado definir el funcionamiento del proceso de asimilación de la información después de su lectura.

2.2.2. Recomendaciones de redacción y diseño

A continuación, tomando como ejemplo y guía las recomendaciones de Mayor Serrano (2008), se expondrá una serie de pautas relacionadas con el diseño, el contenido, los aspectos lingüísticos y los no verbales que se recomienda que tenga el folleto de salud.

2.2.2.1. Diseño

Como comentábamos anteriormente, el formato y la longitud de un folleto de salud puede variar. No obstante, existe una serie de requisitos que es conveniente respetar independientemente del diseño del texto.

En primer lugar, Mayor Serrano (2008: 12) recomienda no recargar el documento, utilizar fuentes usuales y conocidas como Arial y tamaños entre 12 y 14. En cuanto al estilo de la fuente, lo más fácil de leer es la letra redonda minúscula, así que se sugiere

utilizar los estilos de letra cursiva, negrita y mayúscula solo en títulos o con el fin de resaltar información esencial. Asimismo, por el contraste entre los colores, lo más legible siempre será la letra negra sobre fondo blanco o muy claro, sin imágenes o diseño (Mayor Serrano 2008: 14; National Health Service 2003: 10). Córdoba et al. (1998: 10) añade la importancia del simbolismo en el color: es importante que sea coherente con el mensaje.

Además, también se recomienda que el texto esté bien separado; que los párrafos se distingan y que la cantidad de texto en cada página no sea abrumadora (National Health Service 2003: 10) porque, según Mayor Serrano (2008: 14), «los espacios en blanco contribuyen a la legibilidad del texto».

En cuanto a la estructura del folleto de salud, sus partes básicas son las siguientes: introducción, desarrollo, conclusión e información adicional.

La introducción del documento es una sección ideal para explicar al lector lo que va a encontrar en el resto del folleto. Será el apartado donde se explicará de qué se le hablará y por qué su lectura es positiva, es decir, se le orientará y motivará (Córdoba et al. 1998: 8). Se recomienda explicar, también, cuál es el objetivo del folleto, hacia quién está dirigido y cuál es su contenido (Mayor Serrano 2008: 12).

Para facilitar la lectura, se recomienda que en el desarrollo se redacten párrafos breves y que los epígrafes sean cortos (Córdoba et al. 1998: 8; Ferrando Belart 2004: 146; Mayor Serrano 2008: 13). En cuanto al nivel de escritura, se recomienda escribir con lenguaje claro y si se incluye terminología, debe explicarse (Córdoba et al. 1998: 8). Se intentará siempre facilitar la comprensión del texto y, para ello, podremos valernos de estrategias como la utilización de la interrogación para crear un «diálogo implícito» entre el emisor y el receptor (Mayor Serrano 2008: 13), evitar las oraciones largas y escribir siempre que sea posible en positivo (Córdoba et al. 1998: 8). Además, el lector agradecerá que el texto sea preciso y veraz, que siga un orden que no lo confunda y que los conceptos esenciales queden claros a través de, por ejemplo, la repetición o a la ejemplificación (Córdoba et al. 1998: 8; Mayor Serrano 2008: 13).

Según Córdoba et al. (1998: 8), la conclusión es la parte del texto en la que se debe repetir el tema principal. Se resumirá la información proporcionada en el desarrollo y, así, al lector le quedará aún más claro qué es lo más importante del texto, con qué se debe quedar (Mayor Serrano, 2008: 13).

Finalmente, Mayor Serrano (2008: 14) explica que en el apartado de información adicional se suelen incluir datos de grupos de apoyo, asociaciones, páginas web o bibliografía para que el paciente tenga acceso a más información fiable, si así lo quisiera.

2.2.2.2. *Contenido del folleto de salud*

La información proporcionada en los folletos de salud puede dividirse en cuatro grandes categorías: información relativa a enfermedades y tratamientos; información relativa a intervenciones quirúrgicas, operaciones, tratamientos y pruebas; información relativa a servicios sanitarios; e información relativa a medicamentos (Mayor Serrano, 2008: 16-17). A continuación, nos centraremos en el contenido de la primera, que es la que está dotada de un mayor grado de relevancia para nuestro estudio.

Mayor Serrano (2008: 16) explica que en los folletos relativos a enfermedades y tratamientos es imprescindible situar al lector: cuál es el propósito del folleto, a quién va dirigido, qué enfermedad es o cómo se origina. El paciente querrá saber cuáles son los síntomas de su mal, pero, sobre todo, qué tratamiento existe. Se deben explicitar los riesgos de los tratamientos, así como los cambios sociosanitarios y emocionales que puede sufrir el paciente. Por último, es indispensable aportar datos de contacto, como se comentaba anteriormente, para que el lector pueda informarse más, si así lo desea.

2.2.2.3. *Aspectos lingüísticos*

Para que los folletos de salud cumplan con sus funciones principales, es importante que se siga una serie de pautas de escritura de las que hablaremos a continuación.

Al redactar documentos dirigidos a pacientes, resulta indispensable que los lectores se impliquen en el material. La utilización de los pronombres personales según su función dentro del texto es uno de los recursos más utilizados para conseguir este objetivo (Mayor Serrano 2008: 19; National Health Service 2003: 5); valga como ejemplo, conocer las implicaciones semánticas que tienen los pronombres «tú» y «usted» en español.

En cuanto a la sintaxis, Mayor Serrano (2008: 19) sugiere emplear oraciones con estructuras simples de entre 14 y 20 palabras, separadas por punto y no por punto y coma. Las frases largas dificultan la lectura y, por consiguiente, la comprensión del texto.

Mayor Serrano (2008: 20) también considera fundamental que se respete la gramática española, al igual que las normas de estilo. Califica de «vicios», por ejemplo,

el empleo indebido de la pasiva refleja con un complemento de persona («Se llevarán a tratamiento a todos los pacientes de la primera planta»), los anglicismos, el «gerundio médico» («No debiéndose autoadministrar medicamentos ya que puede originar trastornos...») y el uso inadecuado de los signos de puntuación, sobre todo la coma, que dificulta la legibilidad del texto.

Por su parte, el National Health Service (NHS) de Reino Unido (el servicio nacional de salud) nos facilita otras pautas útiles para el diseño de este tipo de folletos. En su guía «Toolkit for producing patient information» se afirma que es fundamental escribir desde el punto de vista del paciente, es decir, desde la perspectiva de una persona que, seguramente, no tenga conocimientos sobre el tema médico en cuestión. De esta primera premisa nacen el resto de los consejos de la guía: utilizar lenguaje sencillo para facilitar la lectura; utilizar pronombres personales para involucrar al lector; explicar la terminología; dedicar un solo tema principal a cada folleto para no confundir al paciente con demasiada información; y reforzar de forma escrita aquello que se le haya dicho al paciente en consulta, entre otros. Además, Mayor Serrano (2008: 21) también recuerda la relevancia de las siglas en el lenguaje médico. Si bien son muy frecuentes en el ámbito sanitario, pertenecen al lenguaje especializado, así que es importante explicar los conceptos médicos o explicitar la unidad terminológica a la que nos referimos la primera vez que aparezca la sigla, algo en lo que coincide con Ferrando Belart (2004: 145). Normalmente, se suelen representar de la siguiente manera: «a) Unidad terminológica que se va a siglar + (sigla) y b) sigla + unidad terminológica siglada» (Mayor Serrano 2008: 21).

En cuanto al lenguaje del folleto en sí, el NHS (2003) nos recomienda lo que, para que el texto sea más atractivo para el lector, es aconsejable simplificarlo lo máximo posible, esto es, evitar párrafos largos y frases con sintaxis complicada; el formato de preguntas y respuestas y las enumeraciones son un recurso útil para dividir el texto en secciones, así como las imágenes y diagramas ayudan a ilustrar la información. Finalmente, el NHS (2003) y el Libro de Estilo de *El País* (2021) concuerdan en que los números del uno al nueve son más fáciles de leer si se escriben con letras, mientras que del 10 en adelante se aconseja escribirlos con números.

Según Mayor Serrano (2008: 22), en muchos casos, para subsanar las pequeñas faltas que nombramos en los párrafos anteriores, se puede optar por reformular con ayuda de «elementos metacomunicativos», en otras palabras, recurrir a la explicación

terminológica, a la definición o a la aportación de información adicional de determinadas denominaciones.

2.2.2.4. *Elementos no verbales*

Según Mayor Serrano (2008: 23) los elementos no verbales, como los diagramas y las fotografías, suelen incluirse en estos textos para aumentar la comprensión de conceptos complejos; para ayudar a recordar la información verbal, sobre todo cuando se habla de consejos o pautas de actuación; o para contribuir a la división del texto, estos elementos sirven de refuerzo y ayudan a separar las ideas. Si la imagen no pretende ser ornamental, sino ilustrativa, es importante que lo que se represente en ella se indique y se explique.

2.3. LENGUAJE CLARO

En la búsqueda de información sobre lenguaje claro («plain language» por su denominación en inglés), descubrimos el término «plain English». Algunos autores consideran que entre ambos conceptos existe una distinción, sin embargo, si bien resulta una postura interesante, fundamentar la diferenciación nos llevaría una investigación propia. Por esta razón, a lo largo de este trabajo abogaremos por la intercambiabilidad de los términos, como hicieron Butt y Castle (2006: 112) o Schriver (2017: 3).

Tomaremos como referencia para nuestro estudio la definición de la Federación Internacional del Lenguaje Claro, ya que, autores como Marazzato Sparano (2021) se refieren a esta como la definición madre. Así pues, de acuerdo con la página web de la IPLF, «un comunicado está escrito en lenguaje claro si su redacción, su estructura y su diseño son tan transparentes que los lectores a los que se dirige pueden encontrar lo que necesitan, entender lo que encuentran y usar esa información».

El lenguaje, por lo tanto, debe ser comprensible (Carretero González et al. 2017: 9) y debe ponerse a la altura de los conocimientos de quien lee (Montolío y Tascón 2020: 70). En este contexto, nos referimos a la claridad desde un punto de vista funcionalista, es decir, la claridad dependerá de la precisión, concisión y fluidez de las palabras (Marazzato Sparano 2021: 4).

Su antónimo, por lo tanto, será el lenguaje oscuro: aquel que resulta difícil de leer, ambiguo y pesado para el lector meta (Marazzato Sparano 2021: 5). Se podrá identificar un texto oscuro cuando el lector se encuentre con alguna de las siguientes barreras: barrera cognitiva, si el texto es difícil de procesar; barrera cultural, si se presupone que el lector conoce o forma parte de una cultura específica; y barrera de especialidad, si se presupone

que el lector conoce la terminología o si se presupone que cuenta con conocimientos específicos sobre el tema (Maaß 2020: 23).

2.3.1. Principios del lenguaje claro

De acuerdo con Marazzato Sparano (2021), el lenguaje claro tiene los siguientes principios rectores: la pertinencia del contenido para el propósito buscado; la accesibilidad del contenido en cuanto al soporte, la estructura retórica y el diseño gráfico; la inteligibilidad de la redacción; y la aplicabilidad del texto al uso previsto. Si estos principios no se cumplieren, no se podría llevar a cabo la textualidad, pues no se tendrían en cuenta los conocimientos y las necesidades del lector y no se podría asegurar que el documento cumpla con los requisitos estilísticos, léxicos y visuales necesarios (*Ibid.*: 16).

Consecuentemente, estos principios que nombra la autora sirven de guía para la creación de textos. Para lograr que el texto tenga significado, el autor debe valerse de recursos, como la organización de argumentos o el vocabulario, que ayuden a la comprensión del mensaje (Marazzato Sparano 2021: 15). Entre estos recursos se encuentra el lenguaje claro, que reforzará la información, hará que se comprenda más fácilmente, aportará seguridad al texto y generará confianza en el lector (Carretero González et al. 2017: 11).

2.3.2. Situación actual del lenguaje claro

Entre los acontecimientos reseñables de los últimos años, podemos destacar que el 9 de junio del 2022 se crea la Red Panhispánica de Lenguaje Claro (Red-PHLEC) con el objetivo de sumar las diversas iniciativas hispanohablantes y fomentar la claridad lingüística de la mano de las autoridades (Real Academia Española 2022).

En segundo lugar, Santiago Muñoz Machado, director de la Real Academia Española, y Ángel Gabilondo, Defensor del Pueblo, firmaron en el mes de marzo de 2023 un convenio de cooperación que asegura que la Real Academia Española (RAE) realizará auditorías lingüísticas para verificar la claridad del español en la administración estatal, creará un observatorio digital permanente del uso del lenguaje, prestará servicio técnico a las instituciones y elaborará un diccionario fácil para asistir al servicio. Por su parte, el Defensor del Pueblo se compromete a llevar a cabo la supervisión del lenguaje claro en los documentos de la Administración y en las comunicaciones con los ciudadanos. Asimismo, ambas instituciones se reunirán, al menos, una vez cada seis meses en una

comisión de coordinación para realizar un seguimiento de la iniciativa y resolver dudas (Real Academia Española 2023).

Finalmente, cabe destacar que, de acuerdo con Marazzato Sparano (2021: 11), estas iniciativas aparecen, en parte, gracias a la labor de divulgación de proyectos como los encuentros EnClaro, que consisten en unas jornadas anuales en las que diferentes ponentes hablan sobre la situación actual y futura del lenguaje claro; o guías de comunicación clara como la de Estrella Montolío y Mario Tascón, cuyo contenido veremos más adelante con mayor detenimiento.

2.3.2.1. Estandarización

Si bien existen numerosas guías con recomendaciones sobre la redacción y diseño de textos claros, de acuerdo con la IPLF, muchos profesionales han observado la necesidad de agrupar en una norma las directrices pertinentes para crear lenguaje claro. Además, según la federación, la ausencia de un estándar ha hecho imposible que los autores sepan verdaderamente si sus documentos podrían catalogarse dentro de este grupo y, también, poder evaluar trabajos ajenos. Por esta razón, se está desarrollando una norma ISO de lenguaje claro, que se espera pueda publicarse en junio de 2023.

2.3.3. Lenguaje claro en la sanidad

A pesar de que las tasas de alfabetismo alrededor del mundo aumentan cada día, de acuerdo con la IPLF, la información médica sigue estando fuera del alcance de muchas personas, por su carácter específico y científico. Incluso, en muchas ocasiones, usuarios que se podrían considerar cultos, experimentan altos niveles de analfabetismo médico, es decir, no son capaces de obtener o comprender información médica básica (Trudeau 2016: 36).

Según la IPLF, los textos médicos oscuros pueden tener graves consecuencias, pues la información médica influye de manera crítica la vida de los individuos involucrados. Por esta razón, es fundamental que los profesionales se comuniquen de forma clara con los pacientes y que toda la información que reciban sea comprensible y accesible (Rosenberg et al. 2021: 2016; Trudeau 2016: 36).

La forma más fácil de solucionar este problema es utilizar el lenguaje claro. La IPLF sostiene que la comunicación clara ayuda al paciente a navegar de forma efectiva el sistema sanitario, a seguir las instrucciones correctamente y a ser consciente de las consecuencias que puede tener su situación.

Una de las evidencias más recientes de la necesidad del lenguaje claro en la sanidad ha sido la crisis de la COVID-19 (Marazzato Sparano 2021: 14). Desde el momento en el que la enfermedad se convirtió en un tema de interés mundial, todos los profesionales del sector tuvieron que aprender a comunicarse con la totalidad de la ciudadanía con varios objetivos en mente: divulgar la información médica sobre la enfermedad, sus síntomas y consecuencias, y hacer entender al público que debía quedarse en casa. Si los profesionales sanitarios hubiesen utilizado lenguaje específico en exceso, el mensaje no habría calado y el resultado habría sido muy diferente.

2.3.4. Guía de lenguaje claro

A continuación, siguiendo las guías de la Comisión Europea (2015), Cutts (2009), Montolío y Tascón (2020), Linares et al. (2017) y Carretero González et al. (2017), se expondrán una serie de recomendaciones para la creación de textos claros.

2.3.4.1. El foco en el lector

De acuerdo con la guía de la Comisión Europea (2015: 4), el primer paso para poder escribir de forma clara es pensar en el lector: ¿Qué información tiene de antemano? ¿Qué quiere saber? Es fundamental que se respondan en el documento las preguntas que le puedan surgir. Siguiendo esta línea, Martín (2023) sostiene que en un documento claro se debe poder contestar a las preguntas básicas, es decir, qué, quién, cuándo, dónde, cómo y por qué, con rapidez.

Es importante que el lector se interese por el texto. Para mantener su atención, la Comisión Europea (2015: 4) recomienda, por ejemplo, utilizar oraciones interrogativas a modo de título, de esta forma, el usuario sabrá qué va a encontrar en cada apartado.

2.3.4.2. Brevedad y concisión

De acuerdo con Cutts (2009: 2), es recomendable que las oraciones del texto tengan entre 15 y 20 palabras. No obstante, aclara también que esto no debe tomarse al pie de la letra ya que en algunas ocasiones será pertinente añadir frases cortas que le aporten seguridad y control al texto. Por su parte, Linares et al. (2017: 20) proponen un rango de entre 15 y 25 palabras y concuerdan con Cutts en que es la media aconsejada, aunque no la norma. En general, los expertos están de acuerdo en que las oraciones y los párrafos deben ser de extensión breve para no aburrir al lector y conseguir que se cumpla con éxito la función textual (Carretero González et al. 2017: 13; Montolío y Tascón 2020: 70). De acuerdo con la Comisión Europea (2015: 6): «El valor de un documento no aumenta por el hecho

de que sea más largo». A su vez, Montolío y Tascón (2020: 70) recomiendan incluir una idea por frase, así será mucho más fácil mantener una longitud oracional adecuada.

Los expertos también expresan la importancia de utilizar palabras claras. Si bien utilizar palabras que pertenecen al léxico culto o más especializado no es intrínsecamente negativo (de hecho, añaden riqueza al texto), en los documentos que nos atañen el objetivo es que el lector pueda encontrar la información que busca de manera fácil y rápida. De acuerdo con Cutts (2009: 21), muchos autores no utilizan el lenguaje claro por miedo. En algunas ocasiones temen que, al escribir de forma clara, el mensaje parezca mucho más rotundo y luego no puedan retractarse. En otras palabras, muchas veces prefieren mantenerse en la ambigüedad. En otras ocasiones, temen parecer incompetentes si no presumen de sus habilidades de redacción con palabras cultas y ostentosas; sin embargo, la utilización excesiva de ese recurso suele dificultar la comprensión del texto (Cutts 2009: 21). De hecho, las palabras y expresiones sencillas harán que el escritor gane credibilidad (Comisión Europea 2015: 6).

Los textos médicos suelen incluir numerosos tecnicismos que muchas veces no se pueden evitar. Es recomendable intentar aliviarle la lectura al receptor y procurar que el resto del texto sea rápidamente comprensible (Linares et al. 2017: 20). Las expresiones redundantes (por ejemplo, «absolutamente esencial» o «importaciones extranjeras») también pueden resultar problemáticas, así que, en la medida de lo posible, es aconsejable evitarlas (Comisión Europea 2015: 6). En el ámbito médico, Linares et al. (2017: 37) bautizaron como «términos científicos esenciales» a aquellos conceptos que son imprescindibles para que el lector entienda y se pueda desenvolver en el entorno sanitario como pueden ser procedimientos, medicamentos o enfermedades, entre otros. Cuando un término no se adhiere a este concepto, los autores proponen que se sustituya o se parafrasee.

La siguiente recomendación hace referencia a la brevedad. Uno de los objetivos principales de los folletos de salud es poder proporcionar datos médicos en un espacio reducido para que enfermos y allegados puedan tener acceso rápido a esa información. Igual que antes se nombraba la eliminación de estructuras redundantes, ahora la Comisión Europea (2015: 7) recomienda evitar ambigüedades. En muchas ocasiones, se varía el vocabulario del texto y se recurre a sinónimos por una cuestión estilística. Sin embargo, en los textos médicos este cambio puede causar confusión y el lector quizás necesite releer la información varias veces (Linares et al. 2017: 78). En esta línea, Trudeau (2016: 39)

recomienda no abusar de terminología médica si es posible. Con el objetivo de ser más precisos, muchas veces los profesionales utilizan lenguaje médico que los lectores no conocen, lo que los obliga a dejar el texto para buscar información paralela o, simplemente, pierden el interés. Como solución, el autor propone la eliminación de dicho léxico cuando sea posible y, cuando no, añadir una definición clara del concepto. Para Cutts (2009: 41), es importante aclarar que acortar las oraciones no siempre es mejor, debe prevalecer la comprensión del texto.

Linares et al. (2017) añaden una serie de recomendaciones que, si bien no están directamente relacionadas con la brevedad, harán que la lectura sea más eficiente. Normalmente, el usuario no se detendrá a leer palabra por palabra todo el texto, sino que buscará los conceptos clave e irá saltando de una frase a la otra. Por esta razón, los autores recomiendan, en la medida de lo posible, situar juntos al sujeto y al verbo y colocarlos al principio de la oración. De esta forma, será más fácil para el lector seguir el hilo del texto. Además, cuando se trate de una oración subordinada, los autores recomiendan que la proposición principal se encuentre al principio, para que el lector no se desconcentre. En definitiva, Linares et al. (2017: 23) sostienen que, si el objetivo es ayudar a que el lector comprenda de forma rápida el texto, lo ideal es que el orden de la oración sea el siguiente: la proposición principal con el sujeto y verbo en primer lugar y los complementos y detalles al final.

2.3.4.3. *La voz activa sobre la voz pasiva*

Esta es una de las máximas del lenguaje claro. En prácticamente cualquier texto sobre esta temática, acabarán nombrando la voz pasiva y su abuso (Carretero González et al. 2017: 13; Linares et al. 2017: 49). De acuerdo con Cutts (2009: 50), la voz activa denota cercanía y anticipa la acción en la oración. Además, en el día a día es usual expresar ideas en voz activa, así que el lector recibirá el texto de manera natural (Linares et al. 2017: 49). Asimismo, las estructuras activas suelen ser más cortas y directas, por lo que contribuyen también a la brevedad del texto (*Ibid.*: 51).

El verbo es una de las categorías gramaticales que más información proporciona, por eso es importante que no esté oculto en el texto y que los lectores no vean la necesidad de recordar toda una serie de complementos hasta poder determinar la acción (Cutts 2009: 55).

No obstante, los expertos también defienden el uso intencionado de la pasiva. En los casos en los que el autor pretende ser ambiguo, en los que el sujeto es irrelevante, en los que es más importante el receptor que el emisor, o en los que este recurso facilite que la información conocida aparezca al principio y la desconocida al final, su uso está justificado (Cutts 2009: 57). Además, la voz pasiva también tiene valor enfático (Linares et al. 2017: 53).

2.3.4.4. *Gramática y otras consideraciones léxicas*

La jerga médica en los textos, si bien hemos visto que es necesaria, resulta difícil de entender para el público general, lo cual hará que, en ocasiones, el receptor pierda el interés en leerlos (Comisión Europea 2015: 12). Dentro del lenguaje específico, las siglas y las abreviaturas también suelen ser problemáticas. Cuando surjan, lo más adecuado será poner el término completo y la sigla o abreviatura la primera vez que aparezca en el texto o facilitar un glosario en el que se puedan consultar todos los términos nuevos (Comisión Europea 2015: 13).

Autores como Cutts (2009: 59) recomiendan evitar la nominalización, pues en ocasiones puede hacer que el texto resulte pesado y confuso. En estos casos, conviene intentar incorporar una estructura verbal en sustitución de este recurso (Cutts 2009: 64), ya que las formas verbales dan fluidez al texto (Comisión Europea 2015: 8).

A continuación, los expertos aconsejan la utilización de listas. En ocasiones, el único método para poder esclarecer información es a través de una lista vertical, en la que se puede seguir el modelo pregunta-respuesta o enumerar la información (Cutts 2009).

Si seguimos con las recomendaciones de la Comisión Europea (2015: 7), la institución aboga por las oraciones en positivo. Según Cutts (2009: 73), los lectores tendrán que esforzarse el doble cuando lean una oración negativa, pues tendrán que imaginarse la alternativa positiva y luego negarla.

Otro pilar del lenguaje claro son los signos de puntuación (Carretero González et al. 2017: 13), que, según Cutts (2009: 79), son tan importantes como la elección de palabras. De acuerdo con Prodigioso Volcán (2022), entre los fallos más comunes de los documentos administrativos se encuentran los errores de puntuación. Gracias a una adecuada puntuación, el lector entenderá el mensaje más rápidamente y le resultará más interesante (Cutts 2009: 79).

A lo largo del documento, hemos nombrado la importancia de adaptar el texto al lector. A continuación, detallaremos algunas maneras para conseguirlo. Cutts (2009) defiende que se debe utilizar estructuras oracionales que estén centradas en el lector, esto es, utilizar estructuras organizativas como las siguientes: triángulo invertido, en la que la información se dispone de lo más relevante a lo menos; problema-causa-solución; orden cronológico, sigue una secuencia temporal; o preguntas y respuestas, que ayudan a desmenuzar la información y, además, las preguntas suscitan interés en el lector (aún más, si se utilizan pronombres personales). Linares et al. (2017: 67) sostienen que las grandes cantidades son difíciles de visualizar, así que para que el lector comprenda la información más rápidamente, recomiendan hablar en singular.

Para adaptar el texto al lector, el lenguaje concreto supone un recurso relevante. En textos médicos, a veces se escribe sobre sujetos reales (como un paciente, una célula), otras veces sobre eventos reales (como un nacimiento o una muerte) y, otras, sobre ideas abstractas (como un diagnóstico o un procedimiento). Para los lectores es mucho más difícil entender lo abstracto (*Ibid.*: 64). Por esta razón, Linares et al. (2017: 64-69) recomiendan escribir, en la medida de lo posible, sobre ideas concretas con sustantivos concretos. Muchas veces, la manera más sencilla de esclarecer un texto es formularlo de tal manera que las partes implicadas sean un paciente y un doctor, y no grandes números de personas o conceptos abstractos sobre procedimientos médicos. Además, desde la guía de la Comisión Europea (2015: 10) añaden que un lenguaje abstracto excesivo podría hacer pensar a los lectores que el autor no domina el tema o está intentando ocultar algo.

3. MARCO PRÁCTICO

En el capítulo anterior se detallaron los parámetros que los expertos en los tres bloques principales (lenguaje médico, folleto de salud y lenguaje claro) consideran necesarios para que un texto esté adecuadamente redactado. Se han analizado aspectos relacionados con el diseño, la estructura, la sintaxis, el léxico, la semántica y el contenido de un texto. Así, pues, en las siguientes líneas procederemos al análisis contrastivo del corpus de nuestro trabajo a partir de esta categorización.

3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TEXTOS

Antes de comenzar con la descripción del corpus, cabe destacar que los documentos analizados se podrán encontrar en el capítulo 5. Referencias y no en forma de anexo, pues, al menos en el folleto en español, queda explicitada la prohibición de la copia o reproducción del material en cuestión. El folleto en inglés se recuperó en la página web de la asociación Cancer Support Community (CSC) y el folleto en español de la página web de la Red de Escuelas de Salud del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, donde se presentaban como documentos públicos para su consulta.

En el presente trabajo hemos decidido analizar dos folletos de salud en español y en inglés, respectivamente. Para facilitar este trabajo comparativo, se estudiarán dos textos que, a nuestro juicio, comparten características. Estos documentos son actuales, se refieren a la misma temática, cuentan con una extensión similar y pertenecen a organizaciones de referencia en el campo en el que se enmarcan.

El breve corpus seleccionado, dadas las limitaciones formales de espacio del presente trabajo, se compone de dos folletos de salud dirigidos a cuidadores de enfermos oncológicos. Hemos decidido centrarnos en los cuidadores porque uno de los objetivos principales del presente trabajo es determinar si la comunicación entre el enfermo y su entorno es un factor que se tiene en cuenta en los textos dedicados a pacientes. Si bien lo más usual es encontrar folletos que estén dirigidos a los enfermos, pues son los que se tienen que adaptar a una nueva realidad de primera mano, en muchas ocasiones, su comunicación interpersonal no forma parte del índice de dichos documentos.

En la totalidad de los folletos consultados a lo largo de nuestra investigación, apenas se mencionaba la red de apoyo del enfermo y había un enfoque mayor en los cuidados físicos y psicológicos del paciente. Para el presente trabajo, por lo tanto, se buscaban folletos en los que destacara la relación del enfermo con su entorno. Esta

búsqueda dio como resultado la selección de textos que hoy nos ocupan, pues en el corpus seleccionado se ofrecen pautas relacionadas con el desempeño del cuidador en su relación con el paciente. Por norma general, en los folletos destinados a los cuidadores, la figura de estos últimos aparece inevitablemente vinculada a la del enfermo en todo momento, otorgándoles a ambos, como mínimo, el mismo grado de protagonismo dentro del proceso. Partiendo de esta premisa, se escogieron los documentos que describiremos a continuación, puesto que se consideró que en ellos se abordaría de forma explícita la comunicación entre el paciente y su entorno.

El folleto en español pertenece a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y tiene por título «Cuidarte para cuidar. Guía para cuidadores de enfermos de cáncer». Se publicó en 2014 y tiene, en total, 24 páginas enumeradas en tamaño cuartilla. En estas páginas se incluyen la portada, la contraportada y tres páginas dedicadas a la llegada de nuevos miembros.

Debido a la extensión del folleto y a la ya mencionada limitación de espacio del presente trabajo, se analizarán las páginas 7, 8, 9, 10, 11, y 12. Estas páginas contienen información relacionada con la comunicación interpersonal del cuidador y, además, comparten algunos apartados con el siguiente folleto. Así, pues, elegimos estos fragmentos por su relación con los objetivos del trabajo. Sin embargo, algunos parámetros generales se estudiarán teniendo en cuenta el texto completo (como el diseño o la macroestructura).

«Frankly speaking about cancer. Caregivers» es un folleto de la asociación Cancer Support Community, la mayor red internacional y profesional sin ánimo de lucro de apoyo a los enfermos oncológicos. El folleto se publicó en 2020 y cuenta con un total de 16 páginas enumeradas en tamaño A4. La orientación del documento es vertical y la información está dispuesta en dos columnas, en las que se incluye la portada (donde se encuentra también la introducción).

Por la misma razón que se mencionó anteriormente, nuestro análisis se centrará en las páginas 4, 5, 7, 8, 9 y 15. No obstante, para los parámetros generales también analizaremos el texto completo. Estas páginas comparten contenido con el folleto de la AECC, ya que hablan sobre la comunicación interpersonal del cuidador y, además, exhiben una de las características principales de este folleto en particular: los testimonios.

Para la elección de los folletos nos regimos por las siguientes premisas: en primer lugar, los folletos debían estar dirigidos a cuidadores de enfermos de cáncer; en segundo lugar, debían tener una extensión razonable para poder analizarlos en un trabajo de estas características; la comunicación debía ser uno de sus apartados, para poder cumplir uno de los objetivos del trabajo; y, finalmente, era fundamental que las instituciones emisoras fueran oficiales y estuviesen al mismo nivel, en la medida de lo posible, para trabajar con textos que, probablemente, estén sujetos a un trabajo de redacción y revisión profesional. Es más, si bien en el documento en inglés no se detalla nada al respecto, el folleto en español asegura en su primera página que el documento lo ha revisado el Comité Técnico Nacional de la AECC.

3.2. ANÁLISIS INDIVIDUAL Y CONTRASTIVO

A continuación, se hará un análisis contrastivo de los folletos de la AECC y la CSC a partir de las siguientes categorías: diseño, macroestructura, microestructura, sintaxis, léxico, semántica y contenido.

3.2.1. Diseño

En el folleto «Cuidarte para cuidar. Guía para cuidadores de enfermos de cáncer» la fuente tipográfica utilizada es la misma a lo largo del texto, que resulta fácilmente legible. Por su parte, en el folleto en inglés, se utilizan fuentes legibles pero diferentes a lo largo del documento, en función de si se trata de recuadros informativos, títulos o el texto general.

Tanto en el folleto de la AECC como en el de la CSC, se expresan las ideas con letra redonda a lo largo del desarrollo del contenido, salvo cuando se resalta información como nombres de asociaciones o páginas web («En este sentido, la **Asociación Española Contra el Cáncer** dispone de profesionales especializados...») o «To add your voice, visit **CancerExperienceRegistry.org**»). Lo mismo sucede con los títulos que, casi siempre, están en negrita mayúscula («**LA FAMILIA**» o «**TYPES OF SUPPORT**»). Además, en el folleto en español, se destaca, también, el contenido relevante («Este hecho puede generar una **carga excesiva para la persona que cuide**») o la información principal en las enumeraciones («**Ponte en su lugar**: ¿te gustaría que los demás decidieran...?»).

La letra general de los textos es de color negro. Sin embargo, en el folleto en español, los títulos son de color verde oscuro y los encabezados de los recuadros informativos son de color naranja oscuro. Todo el texto, salvo algunos títulos que se superponen a imágenes, está sobre fondo blanco. En el folleto en inglés, algunos títulos

son de color azul o rojo oscuro y, en ocasiones, la información se dispone sobre fondo sombreado amarillo o azul.

Para analizar la cantidad de palabras por página, escogimos dos que no tuviesen imágenes, para que representaran el máximo posible. En el folleto en español contamos 240 palabras y en el folleto en inglés, 595. Cabe recordar que las páginas del folleto de la AECC tienen formato cuartilla, así que son más breves que las del folleto de la CSC.

Casi todas las páginas presentan alguna fotografía o diagrama. En general, las fotografías del folleto de la AECC son fotografías familiares, relacionadas con la naturaleza y el deporte, en las que los individuos aparecen sonriendo. En el folleto de la CSC, aparecen dos gráficos: uno que imita el aspecto de un reloj analógico en el que se explicitan las actividades que pueden llevar a cabo los cuidadores para descansar y otro, un diagrama de barras, en el que se representa con qué servicios asisten los cuidadores a los pacientes. Además, a lo largo del texto observamos cuatro imágenes: la primera muestra dos personas de mediana edad, una mujer sentada en un sillón y un hombre sentado en el reposabrazos del asiento, que se miran cariñosamente. Las otras tres imágenes son retratos de cuidadores reales y cuya característica principal es que miran a cámara sonriendo. Estas últimas imágenes vienen acompañadas de una descripción del individuo y un breve testimonio, que analizaremos más adelante.

Finalmente, para determinar la longitud de los párrafos, se han medido los de dos páginas elegidas aleatoriamente y descubrimos que, en el folleto en inglés, el párrafo más largo tenía 14 líneas y el más corto solo dos, mientras que, en el folleto en español, el párrafo más largo tenía nueve líneas y el más corto coincide con el anterior, con dos también.

3.2.2. Macroestructura

El folleto «Frankly speaking about cancer. Caregivers» cuenta con la introducción en la misma portada, mientras que, en el folleto de la AECC, la introducción la conforman las breves líneas de la primera página.

En el desarrollo de los dos folletos encontramos variaciones en cuanto al diseño y al contenido: se combina el texto general con recuadros informativos, consejos y pautas y diferente imágenes y diagramas.

En cuanto a la conclusión, sin embargo, no parece estar claramente delimitada. En el folleto en español, lo que encontramos justo antes de los recursos adicionales es el apartado de «Cuándo buscar ayuda», que no parece cerrar el desarrollo, sino que aporta nueva información. En el folleto en inglés, el último apartado «Grow where you are planted» podría servir de conclusión porque expresa la idea de que ser cuidador puede ser una experiencia enriquecedora y en lugar de añadir información parece plantear una reflexión. Sin embargo, recalamos que no es evidente.

Finalmente, en cuanto a la información adicional, el folleto de la AECC cuenta con dos páginas que muestran los datos de contacto de la asociación en todos los lugares de España, así como con un formulario para convertirse en miembro. Además, en las páginas 18 y 19 se desarrollan los distintos tipos de fuente de ayuda, entre las que se encuentran diferentes servicios y profesionales, como también la familia. En el folleto de CSC, la última página está dedicada a diferentes recursos como asociaciones, grupos de apoyo y fundaciones que no tienen conexión directa con la institución encargada de la redacción del texto, al contrario que en el primer folleto.

3.2.3. Microestructura

El primer parámetro analizado en esta categoría fue el número de palabras por oración. En las páginas seleccionadas de ambos textos solo encontramos tres oraciones en cada documento que rebasaban las 25 palabras. La frase más larga pertenece al texto en inglés y cuenta con 54 palabras. A continuación, detallaremos de qué fragmento se trata y añadiremos una propuesta de adaptación en la que se reformula la oración en base a las recomendaciones de los apartados 1.2.1., 1.2.2 y 1.3.4. del marco teórico, en los que se explicita que una buena puntuación puede mejorar la comprensibilidad del texto.

You might rightfully predict the stress associated with navigating multiple doctors' appointments in a week, yet you might be surprised at the weariness that comes from mundane, repetitive, and somewhat intimate tasks required of you, such as buttoning each button of the shirt of a loved one who has numbing neuropathy in the fingers.

Nuestra propuesta de mejora es la siguiente:

You might rightfully predict the stress associated with navigating multiple doctors' appointments in a week, yet you might be surprised at the weariness that comes from other daily activities. You could also face challenges in mundane, repetitive, and somewhat intimate tasks, such as buttoning each button of the shirt of a loved one who has numbing neuropathy in the fingers.

Si bien con nuestra propuesta cada oración sigue excediendo las 25 palabras, este ejemplo evidencia que la división del fragmento original en dos oraciones con sentido

completo no empeora la expresión textual. De hecho, dos oraciones de una extensión adecuada separadas por un punto ayudan a la legibilidad del texto y a su comprensión, de acuerdo con los apartados mencionados anteriormente. Cabe añadir que, si se hubiese variado la estructura y el léxico, se podría haber conseguido que en el fragmento se presentaran únicamente oraciones de menos de 25 palabras, no obstante, nuestro objetivo con esta propuesta era mostrar cómo un signo de puntuación podía mejorar significativamente la claridad del mensaje.

En otro orden de cosas, la enumeración es un recurso útil para ordenar la información y, efectivamente, abunda en el folleto en español. Del fragmento analizado, casi toda la información está dispuesta en forma de lista. De hecho, la mayoría de los enunciados empiezan por «Cómo...», lo cual propicia que la información siguiente sea una guía que se presente en forma de listado. En cuanto al texto en inglés, las enumeraciones parecen pasar a un segundo plano. Se utilizan sobre todo para listar recursos digitales, como páginas y aplicaciones web.

En cuanto a la ejemplificación, en cada folleto se utiliza de una manera diferente. La AECC utiliza este recurso, principalmente, para reproducir con palabras exactas las frases que la asociación recomienda no utilizar con personas enfermas (por ejemplo, «Evita dar consejos utilizando frases hechas del tipo: “hay que ser fuerte”») En el folleto en inglés, sin embargo, tiene usos diversos. En primer lugar, se utiliza para explicar las tareas que pueden ser complicadas para los cuidadores o las ventajas de ciertas plataformas (ej. «MyLifeLine.org makes it easier than ever for caregivers to get help with meals, carpools, appointments and other day-to-day tasks»). No obstante, la ejemplificación se ve reflejada más claramente en los testimonios. A lo largo del folleto aparecen tres testimonios de cuidadores reales en los que se presenta a la persona y se habla de su experiencia. Esta forma de ejemplificación pretende acercar a los lectores a la información que se ofrece en el folleto e intentar que se sientan identificados con otros cuidadores. Además, estos fragmentos sobre experiencias reales aparecen intercalados en el texto, integrados con el resto de la información.

Finalmente, el formato de preguntas y respuestas se utiliza en el folleto en español para introducir algunas listas de recomendaciones («¿Qué hacer ante la ira?», «¿Qué hacer ante el llanto?»).

3.2.4. Sintaxis

El análisis sintáctico del folleto publicado por la AECC es más exhaustivo que el análisis del folleto de CSC por varias razones. En primer lugar, en el marco teórico se ha referenciado a autores de habla hispana y de habla inglesa. Los autores de habla hispana concebían que muchas de las pautas relacionadas con la buena redacción estaban relacionadas con la sintaxis, es decir, oraciones simples o subordinadas, nominalización terminológica, voz del texto, etc. Los autores de habla inglesa, por su parte, si bien también consideraban que estas cuestiones eran fundamentales, no se extendían tanto en este enfoque, ya sea porque la sintaxis española resulta más compleja que la inglesa, o bien porque no lo consideraban tan relevante como otros parámetros. En segundo lugar, el folleto «Frankly Speaking about cancer. Caregivers» cuenta con una sintaxis muy sencilla. A continuación, expondremos sus características principales y algunas observaciones relevantes, pero, en términos generales, no permite un análisis tan exhaustivo como el texto en español.

En el folleto en español los pronombres y el sujeto de la oración cobran especial importancia. En las partes del texto en las que se dan instrucciones o se aportan consejos, se utiliza la segunda persona del singular de tratamiento informal, para que la comunicación con el lector sea cercana y directa y se sienta claramente aludido. También es característico el uso de la primera persona del plural. En el fragmento analizado, y según nuestro parecer, tiene varias funciones: en primer lugar, hacer sentir al cuidador que pertenece a un grupo y que sus experiencias son compartidas («Cuando anticipamos una situación, nos la imaginamos mucho más grave de lo que es en realidad») y, en segundo lugar, suavizar la responsabilidad del cuidador en según qué ocasiones, para que el lector no sienta el texto como un ataque personal (Si bien cuando se aconseja se dice «intenta que se calme», en el momento de exponer una situación se utiliza el pronombre «nosotros»: «cuanto más intentemos decirle que se calme, mayor puede llegar a ser su irritación»). En el folleto en inglés, sin embargo, prima la segunda persona del singular y se personaliza la acción desde el primer momento. Destacamos, también, el uso de la tercera persona del singular y la primera persona del singular en los testimonios.

Las oraciones impersonales en el documento español tienen, bajo nuestro punto de vista, la misma función de evitar que el lector interprete el texto como un reproche o un ataque directo. Cutts (2009: 21) defiende que la intencionalidad puede existir detrás de la ambigüedad. El caso que nos ocupa es similar, pues si bien el autor considera que,

en ocasiones, los escritores prefieren mantenerse en la ambigüedad para luego poder retractarse, los redactores del folleto de la AECC deciden utilizar formas impersonales para que el lector no interprete el texto como una instrucción directa sobre cómo debe ser su comportamiento, aunque verdaderamente sea precisamente ese el objetivo del mensaje. Esto se aprecia claramente en los siguientes ejemplos: «Por eso, en ocasiones, se evita hablar de la enfermedad, sus posibles tratamientos o sobre cuestiones relacionadas con la misma» o «Hay que dar tiempo a la persona enferma para que asimile la noticia de la enfermedad».

En cuanto al gerundio, no se utiliza el gerundio médico del que hablaba Mayor Serrano (2008), pero sí encontramos tres gerundios en el texto de la AECC, de los cuales dos son incorrectos, por su uso abusivo de valor ilativo o copulativo («Puede que vivas con temor el hecho de que el paciente conozca su situación, considerando que hay que evitarle el mayor sufrimiento posible» o «Es importante escuchar las necesidades de la persona enferma, intentando no hacer preguntas que dirijan la respuesta deseada»).

En el folleto en inglés, las oraciones son generalmente simples o coordinadas. Encontramos, sobre todo, oraciones coordinadas copulativas («I'm reading a lot and I still miss Ruth»), disyuntivas («There may be requests for written (or oral) permission forms, or you may need to know personal details such as...») o adversativas («It might not always happen, but these tips can help»). Se identifican también oraciones condicionales («If you have received conflicting information, start by calling one of the oncology nurses»). En el folleto en español se sigue la misma línea de oraciones simples, aunque con la adición de subordinadas sustantivas como «Sin embargo, otras personas necesitan conocer con más detalle qué les está pasando, qué tipo de tratamiento van a recibir y qué alternativas existen».

Finalmente, cabe destacar que el folleto de la AECC presenta algunos problemas sintácticos que no se habían anticipado, entre los que destacan los siguientes:

En uno de los títulos, se omite la preposición «a» en la oración que debería haber sido «Cómo hacer frente a los momentos difíciles» (en el texto original: «Cómo hacer frente los momentos difíciles»). Este fallo no se repite más a lo largo del fragmento analizado, así que concluimos que se trata de una errata que pasó desapercibida.

En las páginas estudiadas se observan dos casos de leísmo: «Este intento de protegerle...» y «Déjale que lllore». Si bien la Fundación del Español Urgente (Fundéu)

declara que el empleo de «le» cuando se refiere a personas del sexo masculino y en singular está admitido, recomienda el empleo de «lo».

Por último, en la oración «Por eso, en ocasiones, se evita hablar de la enfermedad, sus posibles tratamientos o sobre cuestiones relacionadas con la misma», se utiliza el adjetivo «misma» con valor pronominal anafórico, un uso que el Diccionario panhispánico de dudas tilda de «innecesario y desaconsejable» (Fundación del Español Urgente 2011). En este caso, una alternativa preferible habría sido «Por eso, en ocasiones, se evita hablar de la enfermedad, sus posibles tratamientos o sobre cuestiones relacionadas con esta».

3.2.5. Léxico

Como se explicó en la descripción de los folletos, los documentos tienen carácter generalista, es decir, no hablan sobre la enfermedad en particular, sobre tratamientos o sobre distintos tipos de cáncer. Por esta razón, carecen de un excesivo léxico especializado.

La mayor parte de los sustantivos de ambos folletos son abstractos. A lo largo del texto se exponen ideas sobre el cuidado y el malestar, así que el léxico se compone, en su mayoría, de nombres relacionados con sentimientos y emociones que, generalmente, son abstractos. Los únicos sustantivos concretos del folleto en español son aquellos que hacen referencia a personas («enfermo»). En el texto en inglés, sin embargo, encontramos más sustantivos concretos que en el anterior, porque se hace referencia a situaciones cotidianas («meals» o «laundry») y se habla de sujetos reales. No obstante, los sustantivos abstractos abundan por la misma razón que en el otro documento.

En lo que respecta a la terminología, en el folleto «Cuidarte para cuidar. Guía para cuidadores de enfermos de cáncer» destacamos únicamente el concepto de «conspiración del silencio». Este término aparece después de haberse explicitado su significado, como veremos a continuación.

Puede que vivas con temor el hecho de que el paciente conozca su situación, considerando que hay que evitarle el mayor sufrimiento posible. Este intento de protegerle es totalmente comprensible pero con frecuencia es beneficioso hablar aunque nos cueste. A veces, la comunicación es dolorosa, pero la incomunicación puede serlo aún más.

Cuando se adopta esta actitud de silencio hacia la persona enferma aparece lo que se denomina conspiración del silencio.

Los redactores del folleto han optado por, primero, contextualizar el término y, luego, exponer su nombre.

Si bien el folleto responde a las directrices de los expertos en cuanto a la explicitación del significado de la terminología, a lo largo de la revisión de la literatura del marco teórico y aquella más extensa que hemos realizado, hemos reparado en que el concepto de «conspiración del silencio» es uno de los más relevantes cuando se trata la comunicación con el paciente, bien sea por parte del personal sanitario o por parte de sus seres queridos. Consideramos, pues, que no se ha proporcionado una explicación con la suficiente exhaustividad. Autores como Arranz et al. (2003) dedican extensos apartados de sus obras a la descripción y contextualización de este término, sin embargo, en la muestra del corpus, la conspiración del silencio no se integra en el resto del documento y que se nombra una única vez.

En el folleto en inglés, no obstante, aparece algún término científico esencial, como «numbing neuropathy» o «multiple myeloma», pero en ninguna de las ocasiones se explica el concepto, simplemente se nombra.

Se percibe a lo largo de los dos documentos que se ha hecho un esfuerzo activo por adaptar el léxico al público general. Los textos apenas cuentan con terminología especializada y el resto de las palabras pertenecen al léxico común y popular. Si bien se trata de un folleto cuyo público meta es un adulto que lea el documento desde la perspectiva del cuidador, cualquier persona podría comprender el texto casi de forma completa.

3.2.6. Semántica

En cuanto a las metáforas en los folletos, se presenta una clara dicotomía entre uno y otro. En el folleto en español encontramos algunas metáforas relacionadas con la guerra. Por ejemplo, se utiliza el verbo «afrentar» en varias ocasiones, que, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), puede significar «hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida» y también «hacer frente al enemigo». Este verbo implica la necesidad de lucha en una situación concreta. Lo mismo sucede con otros verbos como «enfrentar» o «proteger». En las páginas analizadas se nombra también el concepto de «válvula de escape», que, si bien no hace referencia directa al contexto bélico, sí se encuentra implícita la idea de que existe una presión que de algún tipo se tiene que liberar. De hecho, de acuerdo con el DRAE, válvula de escape puede significar

«Ocasión, motivo u otra cosa a la que se recurre para desahogarse de una tensión, de un trabajo excesivo o agotador o para salir de la monotonía de la vida diaria».

En cuanto al texto en inglés, observamos algunas metáforas de viaje. El ejemplo más claro es el uso del verbo «navigate». En la oración «You might rightfully predict the stress associated with navigating multiple doctors' appointments in a week» se utiliza el verbo para referirse a la acepción de «find de right way to deal with a difficult or complicated situation», tal y como describe el Oxford Dictionary. La carga semántica de la palabra parece indudable: el uso de este término implica la existencia de un rumbo, una meta; un camino, el mar, que se quiere recorrer; y responsabilidad sobre el vehículo, el barco, nuestro cuerpo. Dos ejemplos más en los que utilizan expresiones relacionadas con el movimiento son las siguientes: «Helping a loved one with cancer can make your life feel like it is spinning out of control» y «and what I learned is you had to live with it and go with it and do the best you can».

En ambos textos encontramos predominio de uno de los tipos de metáfora analizados en el marco teórico, de hecho, no se mezclan entre ellos, sino que el texto sigue un hilo coherente para crear una imagen y una concepción clara en la mente del lector.

Todo parece indicar que las metáforas conforman una parte fundamental de la literatura sobre el cáncer y ayudan a transmitir la intención del autor, incluso cuando se hace un esfuerzo activo por cuidar la expresión.

3.2.7. Contenido

La última categoría que trataremos será la del contenido de los folletos. Como ya se ha mencionado varias veces a lo largo de este análisis, uno de los objetivos del trabajo es comprobar si en los folletos de salud se trata la comunicación entre el enfermo y sus seres queridos. A continuación, expondremos lo observado.

En la búsqueda de los folletos, encontramos varias alternativas a los que se han analizado en el presente trabajo. Sin embargo, muchos de ellos no contaban con ningún apartado relacionado con la comunicación o se nombraba ocasionalmente en líneas sueltas. En los dos folletos elegidos se nombra la comunicación interpersonal del cuidador de forma explícita.

En el folleto en español, los apartados llamados «Hablar y compartir», «Mejorando la comunicación», «Cómo conocer mejor los deseos y necesidades del

enfermo», «Cómo proporcionar un clima de confianza», «Cómo hacer frente los momentos difíciles», «¿Qué hacer ante la ira?» y «¿Qué hacer ante el llanto?» tienen como tema principal la comunicación entre el cuidador y el paciente. En estos apartados se explica la importancia de hablar con el enfermo sobre la enfermedad y cómo actuar ante las diversas reacciones del ser querido. Se explica el papel que debe tener el cuidador en la comunicación y, en varias ocasiones, se ejemplifica con frases reales la clase de expresiones que pueden resultarle ofensivas o inapropiadas al enfermo. No obstante, no se especifica cómo se deben atajar dichas situaciones, así que el lector no recibe ninguna alternativa, sino solo restricciones. Este modelo puede resultar contraproducente con el discurso del folleto, pues no se especifica realmente cómo hablar con el enfermo sobre la enfermedad.

En el folleto en inglés, por su parte, el contenido es muy diferente. En la página 7, el apartado «A circle of communication» es el único en el que se habla directamente de la comunicación interpersonal con el cuidador. En la siguiente página, en el apartado «Say “yes” to help» se explican algunas pautas sobre cómo aceptar la ayuda externa cuando se está cuidando de un enfermo, sin embargo, no se explicita nada acerca de la comunicación en sí.

En el primer apartado que nombramos de este folleto («A circle of communication»), se detallan algunas pautas y consejos sobre la comunicación entre el cuidador y el equipo médico del enfermo, es decir, qué hacer cuando se recibe información contradictoria, de qué forma contactar con el equipo y cómo poner en perspectiva la urgencia de cada situación. Por lo tanto, en un folleto que pretende ser una guía general para cuidadores, no se detalla en ningún momento cómo comunicarse con el paciente. Según lo expuesto en nuestro marco teórico previo, esta situación nace del hecho de que en ocasiones el enfermo pasa a segundo plano, como si no fuese necesario crear un ambiente comunicativo con él o como si no se pudiese comunicar él mismo con el equipo sanitario. En un documento escrito para los cuidadores de enfermos, el enfermo pasa completamente desapercibido, como si se diese por supuesto que la comunicación entre el paciente y el cuidador no cambia drásticamente desde el momento del diagnóstico.

En definitiva, si bien el folleto en español está más completo con respecto a la comunicación y se abordan directamente algunas dificultades relacionadas con esta, consideramos que, en ocasiones, este enfoque es insuficiente y no se ofrecen directrices

sobre la forma de comunicación en sí, sino más bien desde un punto de vista psicológico. En el folleto en inglés, no obstante, esta comunicación ni siquiera llega a incluirse.

4. CONCLUSIONES

Al comenzar esta investigación planteábamos tres objetivos de partida. En primer lugar, verificar si los documentos cumplen con las directrices lingüísticas recomendadas por los expertos en los campos del lenguaje médico, folletos de salud y lenguaje claro; en segundo lugar, comprobar la importancia que los redactores de dichos textos le conceden a la comunicación entre el paciente y el cuidador; y, finalmente, determinar si los folletos de salud cumplen con las necesidades de los usuarios, no solo en cuanto a la información ofrecida, sino también en cuanto a la comunicación entre las partes implicadas.

Una vez hemos finalizado el estudio, podemos concluir lo siguiente: se han podido cumplir los objetivos, aunque con ciertas limitaciones. Por un lado, analizar los textos en función de su diseño, macroestructura, microestructura, sintaxis, léxico, semántica y contenido nos ha permitido concretar sus debilidades y aciertos, de manera que se pudiese determinar si cumplen o no con las recomendaciones de los expertos. Además, esta categorización y la información recogida en el marco teórico también nos han permitido detenernos en el contenido del folleto y en cómo se ha tratado la comunicación entre el paciente y el cuidador. Finalmente, teniendo en cuenta lo anterior, se ha podido desarrollar un análisis que, bajo nuestro punto de vista, resulta lo suficientemente exhaustivo como para comprobar si estos dos folletos cumplen con las necesidades de los usuarios.

Por otro lado, es imperativo aclarar que esta investigación se ha visto marcada por la limitación del corpus, a su vez, vinculada a las características limitantes (máximo de páginas) del trabajo. Un texto en representación de los folletos de salud oncológicos de habla hispana, y otro, de habla inglesa, no suponen una muestra suficiente como para presentar conclusiones generales sobre la comprensibilidad de este tipo de textos. Asimismo, una muestra tan pequeña tampoco nos permite valorar si los folletos de salud cumplen con las necesidades de los usuarios. Así, pues, en el presente capítulo detallaremos las conclusiones que hemos podido reconocer únicamente en estos dos folletos. No obstante, en futuras investigaciones se podría llevar a cabo un estudio más completo que permitiese exponer conclusiones más pormenorizadas que atendieran a potenciales patrones más generalistas.

Después del análisis de los dos folletos, se puede concluir que evidencian un estilo cuidado. Se ha procurado que la intencionalidad del documento quedase clara y se ha

prestado especial atención al léxico empleado. En el folleto en español, por la sintaxis propia del idioma, se observa el esfuerzo del comité técnico por anticiparse a cómo leerá el receptor el texto, tal y como se desprende de las diferentes funcionalidades que se le aplican a los pronombres y el sujeto de la oración. En el folleto en inglés, por su parte, se recurre al testimonio como estrategia lingüística para que el lector entienda que la información la comparten individuos similares a él y no un equipo de sanitarios que no empatizan con su malestar, es decir, se pretende con este recurso crear un vínculo de confianza con el cuidador.

En cuanto a la estructura, ambos documentos ofrecen una lista de recursos adicionales: una característica distintiva de los folletos de salud.

En líneas generales, el corpus cumple con los preceptos relacionados con el lenguaje oncológico, el folleto de salud y el lenguaje claro. Parece evidente que ha habido un equipo de redacción que ha revisado exhaustivamente los documentos y ha cuidado tanto la intencionalidad del texto como su estilo claro y su diseño sencillo. De hecho, entre nuestras hipótesis se encontraba el predominio de las preguntas y respuestas y las enumeraciones y, si bien son más frecuentes en el folleto en español, podemos concluir que se demostró con éxito. No obstante, en el folleto de la AECC se observan algunos fenómenos como la utilización pronominal de «misma» o el uso inadecuado del gerundio.

Se puede afirmar que los folletos son claros si se toma como referencia de claridad lo expresado por la Federación Internacional del Lenguaje Claro, ya que los lectores «pueden encontrar lo que necesitan, entender lo que encuentran y usar esa información». No se valen de la ambigüedad para confundir al lector, sino que procuran dar instrucciones de forma precisa, para que el lector pueda interiorizar la información fácilmente, como ya sugería, también, la IPLF. Sin embargo, llama la atención que la terminología que existe, si se define, se explique superficialmente.

Se percibe que se ha procurado que el resultado final de ambos folletos sea un texto neutro y amable que no sugiera al lector, es decir, un folleto informativo. Sin embargo, no han conseguido deshacerse de las metáforas. Precisamente por esta razón, podríamos concluir que las metáforas que comentaban Sontag y Semino et al. parecen inherentes al lenguaje oncológico (e incluso al lenguaje médico), pues ninguna revisión podría ser lo suficientemente exhaustiva como para desprender la carga metafórica de

este tipo de textos. Bien sea de guerra, de viaje o de otro tipo, cualquier texto relacionado con el cáncer se caracterizará por sus metáforas.

Entre nuestras hipótesis al comenzar el estudio también se encontraba la de que la comunicación interpersonal del paciente pasaría desapercibida en los dos folletos. A continuación, expondremos si se ha cumplido y de qué manera.

En primer lugar, en el folleto de la AECC se tiene más en cuenta al paciente y su relación con el cuidador que en el de la CSC. El primer folleto contiene varios apartados dedicados a la comunicación entre el cuidador y el paciente, en los que se detalla cómo mejorar la comunicación, cómo conocer las necesidades del enfermo o cómo crear un clima de confianza, entre otros asuntos. En el folleto en inglés, por el contrario, ni siquiera se nombra este tipo de comunicación, solo se menciona el intercambio entre el cuidador y el equipo médico. Este enfoque evidencia que el equipo redactor y técnico considera que la comunicación con el paciente no es tan relevante como la que tienen los sanitarios con los cuidadores entre ellos. En este sentido, resulta llamativo que no se aborden de manera concreta las dificultades del nuevo modelo comunicativo que surge en cuanto al enfermo se le da el diagnóstico.

Ahora bien, aunque en el folleto de la AECC exista un bloque dedicado a la comunicación, este apartado mezcla consejos lingüísticos con otros relacionados con la empatía, la mentalidad del cuidador y las emociones de las partes implicadas. Además, en los apartados sobre lingüística, no se ofrecen alternativas a una inadecuada comunicación, sino que solo se restringe al hablante con frases que, de acuerdo con el comité técnico, podrían resultar ofensivas.

Se observa, por lo tanto, que los folletos se ven limitados por un contenido incompleto, en el que no se trata la comunicación entre el paciente y el cuidador con la exhaustividad que consideramos pertinente. En un corpus en el que la terminología médica no supone un reto y la información proporcionada es fácilmente comprensible, un apartado dedicado a directrices lingüísticas que aborden la comunicación entre el paciente y el cuidador parece perfectamente plausible.

Con «un apartado dedicado a directrices lingüísticas» hacemos referencia a un fragmento del folleto en el que se detallan los cambios que sufre la comunicación entre el paciente y el cuidador desde el momento del diagnóstico y cómo se pueden abordar dichas alteraciones. Todo indica que el apartado de «Mejorando la comunicación» puede

tener un impacto positivo en el lector, ya que puede suponer su primer contacto con el hecho de que el lenguaje que emplea influye en el bienestar de las partes implicadas. No obstante, consideramos que su extensión es insuficiente y su formato, también: si solo se explicitan los modelos lingüísticos que resultan desaconsejables, el lector comprenderá qué herramientas lingüísticas debe abandonar, pero no conocerá ninguna alternativa y se quedará sin recursos.

Si tenemos en cuenta todo lo anterior, nos preguntamos, en primer lugar, si las metáforas de guerra son más usuales en textos en español y las metáforas de viaje en textos en inglés y si esto estaría relacionado con algún aspecto cultural. Para futuras investigaciones también nos preguntamos por qué no se incluye más información relacionada con la comunicación interpersonal del paciente. Quizás porque no sea adecuado en un folleto de estas características y sea necesario diseñar uno que se dedique únicamente a este asunto, esto es, un folleto dirigido a pacientes y cuidadores oncológicos en el que se detalle cómo cambia la comunicación con el paciente en el momento del diagnóstico y de qué forma sí debe uno comunicarse con un enfermo.

5. REFERENCIAS

2021. *Libro de estilo El País* (23ª ed.). Aguilar.

Arranz, Pilar; Barbero, Javier; Barreto, Pilar; Bayés, Ramón. 2003. *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.

Asociación Española contra el Cáncer. 2014. «Cuidarte para cuidar. Guía para cuidadores de enfermos de cáncer». Documento de Internet consultado en <https://bit.ly/45hu0x2>.

Bermejo, José Carlos; Villacieros, Marta; Carabias, Rosa; Sánchez, Ezequiel; Díaz-Albo Belén. 2013. «Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas». *Medicina Paliativa* 20(2). 49-59.

Butt, Peter; Castle, Richard. 2006. *Modern Legal Drafting. A Guide to Using Clearer Language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cancer Support Community. 2020. «Caregivers». *Frankly Speaking about Cancer*. Documento de Internet consultado en https://t.ly/e_jD.

Carretero González, Cristina; Pérez, Jorge M.; Lanne-Lenne, Luis; de los Reyes, Gema. 2017. «Lenguaje Claro. Comprender y hacernos entender». *Instituto de Lectura Fácil*.

Comisión Europea. 2015. «Cómo escribir con claridad». Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Córdoba, R.; Altisent, R.; Aubá, J.; Cabezas, C.; Fernández-Tenllado, M.; Guayta, R. 2001. «Elaboración de folletos educativos dirigidos a pacientes». *Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud*.

Cutts, Martin. 2009. *Oxford Guide to Plain English*. Nueva York: Oxford University Press.

Domínguez-Nogueira, Carmen; Expósito-Hernández, José; García-Wiedemann, Emilio J. 2005. «Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer» *Revista de Calidad Asistencial* 20(7). 377-384.

- EnClaro. «¿Qué es EnClaro?». Documento de Internet consultado el 6 de marzo de 2023 en <https://enclaro.es/>.
- España, Cortes generales. 2002. «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica». *Boletín Oficial del Estado* 274.
- Fernández Peris, S. 2016. «La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad». *Panacea* 17(44). 111-114.
- Ferrando Belart, V. 2004. «La legibilidad: un factor fundamental para comprender un texto». *Atención Primaria* 34(3). 143-146.
- Fundación del Español Urgente. 2011. «Mismo o misma, uso anafórico». Documento de Internet consultado el 15 de mayo de 2023 en <https://t.ly/1wCr>.
- 2016. «Leísmo, laísmo y loísmo, claves». Documento de Internet consultado el 15 de mayo de 2023 en <https://bit.ly/3pWcD53>.
- Gutiérrez Rodilla, Bertha. 2004. «Entre el mito y el logos: la Medicina y sus formas de expresión». *Objetividad científica y lenguaje*. Eds. Cabré, Teresa; Estopá, Rosa. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada.
- International Plain Language Federation (IPLF). «Healthcare». Documento de Internet consultado el 5 de marzo de 2023 en <https://bit.ly/3OmJSbC>.
- «Plain language definitions». Documento de Internet consultado el 5 de febrero de 2023 en <https://bit.ly/3MnjZWY>.
- «The ISO Plain Language Standard». Documento de Internet consultado el 5 de febrero de 2023 en <https://bit.ly/3Oqivh4>.
- Linares, Óscar; Daly, David T.; Daly, Gertrude A. 2017. *Plain English for Doctors and Other Medical Scientists*. Oxford University Press.
- Maaß, Christiane. 2020. *Easy Language – Plain Language – Easy Language Plus. Balancing Comprehensibility and Acceptability*. Berlín: Frank & Timme.
- Marazzato Sparano, Romina. 2021. «Lenguaje claro en el siglo XXI: panorama general y propuesta de aplicación al proceso de traducción y corrección». *Revista Internacional de Lenguas Extranjeras* 1(15). 1-35.

- Martín, Antonio. 2023. «10 cosas que tienes que saber sobre el lenguaje claro y tu trabajo». *Jornadas TRADICAN*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Mayor Serrano, M^a Blanca. 2008. «Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes». *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve* 14. 1-64.
- McEachern, Robert W. «We Need to Talk About War Metaphors in Oncology». *JCO Oncology Practice* 18(9). 601-602.
- Montalt, Vicent; García-Izquierdo, Isabel. 2016. «¿Informar o comunicar? Algunos temas emergentes en la comunicación para pacientes». *Panacea* 17(44). 81-84.
- Montolío, Estrella; Tascón, Mario. 2020. «El derecho a entender. Comunicación clara». *Prodigioso Volcán*.
- Moore, Philippa; Gómez, Gricelda; Kurtz, Suzanne. 2011. «Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente». *Atención Primaria* 44(6). 358-365.
- Morato, Jorge; Sánchez-Cuadrado Sonia; Gimmelli, Paolo. 2018. «Estimación de la comprensibilidad en paneles de museos». *El profesional de la Información* 27(3). 570-581.
- National Health Service. 2003. «Toolkit for producing patient information». *Department of Health*.
- Navarro, Fernando A. 2009. «La precisión del lenguaje en la redacción médica». *Cuadernos de la Fundación Dr. Antoni Esteve* 17. 89-104.
- Ordóñez Gallego, Amalio. 1992. *Lenguaje Médico. Estudio Sincrónico de una jerga*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Oxford University Press. Actualización 2023. «Navigate». *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. Documento de Internet consultado el 24 de abril de 2023 en <https://bit.ly/3MboP9a>.
- Prodigioso Volcán. 2022. «¿Habla claro la Administración pública? Estudio preliminar sobre el estado del lenguaje administrativo en España».

- Real Academia Española. 2022. «Lanzamiento de la Red Panhispánica de Lenguaje Claro». Documento de Internet consultado el 23 de marzo de 2023 en <https://bit.ly/439pDCr>.
- 2023. «La RAE y el Defensor del Pueblo firman un convenio para fomentar el lenguaje claro y accesible en la Administración». Documento de Internet consultado el 23 de marzo de 2023 en <https://bit.ly/3ofnlmC>.
- Actualización 2022. «Afrontar». *Diccionario de la Lengua Española*. Documento de Internet consultado el 24 de abril de 2023 en <https://dle.rae.es/afrontar>.
- Actualización 2022. «válvula». *Diccionario de la Lengua Española*. Documento de Internet consultado el 24 de abril de 2023 en <https://dle.rae.es/v%C3%A1lvula>.
- Rosenberg, Adeline; Baróniková, Slávka; Feighery, Linda; Gattrell, William; Egelund Olsen, Rikke; Watson, Adam; Koder, Tim; Winchester, Christopher. 2021. «Open Pharma recommendations for plain language summaries of peer-reviewed medical journal publications». *Current Medical Research and Opinion* 37(11). 2015-2016.
- Ruiz-Benítez de Lugo, M^a de los Ángeles; Coca, M^a Cristina. 2008. «El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales». *Psicooncología* 5(1). 53-69.
- Schriver, Karen A. 2017. «Plain language in the US gains momentum: 1940-2015». *IEEE Transactions in Professional Communication* 60(4). 343-383.
- Semino, Elena; Demjén, Zsófia; Demmen, Jane; Koller, Veronika; Payne, Sheila; Hardie, Andrew; Rayson, Paul. 2017. «The online use of Violence and Journey metaphors by patients with cancer, as compared with health professionals: a mixed methods study». *BMJ Supportive and Palliative Care* 7. 60-66.
- Sigaud-Sellos, Pedro. 2010. «Aproximación a los conceptos de legibilidad y lecturabilidad: aplicación a la lectura de textos digitales». *Universidad de Navarra*.
- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Editorial Taurus.

Trudeau, Christopher R. 2016. «Plain Language in Healthcare: What Lawyers Need to Know About Health Literacy». *Michigan Bar Journal*. 36-39.

6. ANEXOS

ANEXO I

A continuación, se representa brevemente toda la información clave del capítulo del marco teórico. Las pautas y recomendaciones estudiadas se han agrupado en categorías y se han organizado en forma de tabla, con el objetivo de llevar a cabo el análisis del corpus siguiendo este documento de trabajo.

DISEÑO
Utilizar fuentes tipográficas conocidas por el público general, como la fuente Arial o Times New Roman.
El estilo de letra que prima en el documento debe ser la letra redonda, es la más legible.
Otros estilos de letra como la negrita o la cursiva pueden utilizarse para resaltar información o para los títulos. Se recomienda no abusar de este recurso.
Igual que con los estilos de letra, la letra mayúscula será propia de títulos e información relevante.
Para conseguir contraste entre el fondo y el texto, se recomienda que el primero sea blanco o muy claro y la letra sea de color oscuro o negro.
Los espacios en blanco contribuyen a hacer un texto más legible. Por esto, se recomienda que la cantidad de texto por página sea moderada.
Los elementos no verbales del texto, como las imágenes y diagramas, ayudan a la comprensión del texto. Por lo tanto, es importante que sean ilustrativos y útiles.
Los párrafos breves mantienen el interés del lector y facilitan la lectura.

MACROESTRUCTURA
En la introducción el lector descubre lo que va a encontrar en el resto del folleto.
En la siguiente parte se encuentra el desarrollo del contenido del folleto
En la conclusión se repite el tema principal del documento y se resume la información anterior.
En el apartado de información adicional se incluyen recursos relevantes para el lector, como grupos de apoyo, asociaciones y recursos digitales.

MICROESTRUCTURA

Se recomienda que las oraciones tengan, de media, una longitud de entre 15 y 25 palabras. Si bien también es importante que el texto goce de variedad oracional, las frases más largas dificultan la comprensión del documento.

Las enumeraciones son un recurso útil para dividir la información en secciones.

Deben primar las estructuras oracionales centradas en el lector, como las siguientes:

Triángulo invertido: organiza la información de lo más relevante a lo menos importante.

Problema-causa-solución.

Orden cronológico: sigue una secuencia temporal.

Preguntas y respuestas: ayuda a seccionar el texto y suscita interés en el lector.

SINTAXIS

Utilizar pronombres personales ayuda a involucrar al lector en el texto y suscita su interés.

Si en lugar de expresar ideas sobre grandes cantidades, se utilizan formas singulares, la información se comprenderá más fácilmente.

Se recomienda evitar la nominalización, pues puede hacer que el texto resulte pesado y confuso. Las estructuras verbales son más dinámicas.

Para agilizar la lectura, se recomienda utilizar estructuras oracionales simples, que estén separadas por punto.

Es recomendable agrupar el sujeto y el verbo al principio de la oración para que el lector reciba la información relevante lo antes posible.

Los lectores tendrán que esforzarse el doble para entender una oración formulada en negativo, porque tendrán que imaginarse la alternativa positiva primero y luego negarla.

En la medida de lo posible, se recomienda utilizar la voz activa para que el responsable de la acción sea evidente y para evitar vicios como el empleo indebido del complemento de persona. Además, la voz activa denota cercanía y las oraciones con esta voz suelen ser más breves. No obstante, si el uso de la voz pasiva es intencionado, su uso está justificado.

El gerundio médico es el término acuñado para el uso incorrecto del gerundio en el ámbito sanitario.

Los signos de puntuación son tan importantes como la elección de palabras. Una puntuación inadecuada dificultará la lectura y confundirá al lector.

LÉXICO

Las ideas concretas son más fáciles de entender, así que se recomienda utilizar sustantivos concretos para ideas concretas.

Los términos científicos esenciales son aquellos conceptos imprescindibles para que el lector entienda el texto y no pueden reformularse o sustituirse.

Es fundamental que el léxico del documento sea claro y sencillo. En los folletos de salud nos interesa que la información se encuentre de forma rápida y fácil, es decir, es importante evitar las ambigüedades o las estructuras léxicas complicadas.

Los anglicismos cada vez se encuentran más incrustados en el lenguaje médico, no obstante, son incomprensibles para una gran parte del público general.

En contextos técnicos, la terminología no siempre se puede evitar o sustituir. En estos casos, es fundamental que se facilite una explicación o definición del concepto.

Igual que con la terminología, las siglas y las abreviaturas son muy usuales en los textos médicos. Los expertos proponen integrarlas en el texto junto a la explicitación de la unidad terminológica la primera vez que aparezcan en el documento.

SEMÁNTICA

En muchos textos oncológicos se utilizan metáforas de guerra para expresar ideas. Esta metáfora tiene como núcleo la idea de que la enfermedad es un enemigo contra el que hay que batallar. Para algunos usuarios, estas metáforas son útiles porque les sirven para crear relaciones con otros enfermos y también porque pueden suponer un motor de ánimo. Para otros, estas metáforas reflejan su desesperación y malestar.

Otra metáfora común es la de viaje. En enfoque que le dan los pacientes a este recurso depende de si se sienten o no dueños de su situación. Si sí, serán ellos los responsables del viaje. Si no, el paciente sentirá que tiene un papel pasivo dentro de la enfermedad y será el viaje el que lo domine a él.

Las expresiones redundantes resultan innecesarias. Alargan el texto y dificultan la lectura.

Como recalcábamos anteriormente, el lenguaje abstracto supone, en ocasiones, un problema, porque para el lector es más complicado imaginarse una situación abstracta que una concreta.

CONTENIDO

Para que la información de un documento esté completa es necesario que se conteste en el texto a las preguntas básicas, esto es, qué, quién, cuándo, dónde, cómo y por qué.

La comunicación entre el enfermo de cáncer y su familia también entra en conflicto desde el momento del diagnóstico. Fenómenos como la conspiración del silencio y recursos lingüísticos como las metáforas, transforman la comunicación interpersonal del paciente. Así pues, en la parte práctica, además de analizar todos los parámetros anteriores, se prestará especial atención al tratamiento entre el paciente y sus allegados o cuidadores.