

# *Panace@*



REVISTA DE MEDICINA, LENGUAJE Y TRADUCCIÓN

Volumen XXIV, n.º 58 | Segundo semestre, 2023

*Panace@* es una revista surgida en el año 2000 a partir de la lista de debate MedTrad y publicada en España desde 2006 por TREMÉDICA, la Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines. *Panace@* publica textos originales sobre los diversos aspectos de la traducción y el lenguaje de la medicina y ciencias afines, sobre todo en español, pero la revista está abierta a colaboraciones en cualquier idioma.

*Panace@* es una publicación semestral con dos números anuales, uno ordinario que aparece en junio y uno monográfico que aparece en diciembre. Los originales deben enviarse en soporte electrónico a [panacea@tremedica.org](mailto:panacea@tremedica.org) y deberán guiarse por las normas de publicación de la revista. Los artículos de las secciones «Tribuna» y «Terminología y traducción» habrán de elaborarse partiendo de la plantilla creada a tal efecto y accesible [aquí](#). Los artículos publicados están sujetos a las normas internacionales de *copyright*. Los originales recibidos se envían a evaluadores externos expertos en la materia, que evalúan según el sistema de doble ciego, que busca preservar el anonimato tanto de los autores como de los evaluadores. La revista se compromete a dar constancia de la recepción de originales y, terminado el proceso de evaluación, comunicar al autor la decisión adoptada en un pla-

zo máximo de seis meses. Al final de cada artículo figuran las fechas de su recepción y aprobación. Los autores se comprometen, por su parte, a efectuar la corrección de pruebas de acuerdo con los plazos que oportunamente les marque la Dirección de la revista.

*Panace@* espera de los autores y colaboradores el máximo respeto a las consideraciones de ética editorial establecidas en las normas de Vancouver, disponibles en la página de TREMÉDICA en español, francés, inglés y portugués.

*Panace@* mantiene una política sobre buenas prácticas y posibles conflictos de intereses que afecta tanto a los autores como a los revisores. Los primeros, cuando envíen su trabajo para evaluar, deberán adjuntar una carta en la que conste explícitamente que se trata de un trabajo original, que no se ha publicado anteriormente, tampoco en otro idioma, y que no se encuentra en fase de evaluación en otras revistas. Los evaluadores, por su parte, actuarán de acuerdo con los criterios que se les supone de objetividad, imparcialidad, confidencialidad, respeto y premura. Si fuera el caso, pondrán en conocimiento de la Dirección de la revista los posibles conflictos de intereses que surjan.

*Panace@* no incluye publicidad comercial y los autores no reciben remuneración alguna por la pu-

blicación de sus artículos. El acceso a la revista es libre y gratuito y no requiere suscripción previa. La financiación de los costes involucrados en la producción de *Panace@* corre a cargo de TREMÉDICA, junto con las aportaciones de patrocinadores externos, que no desempeñan ningún tipo de influencia en su redacción. *Panace@* incluye los nombres y logotipos de todos sus colaboradores y patrocinadores en las páginas correspondientes de la revista en formato electrónico y en el sitio web donde se publica. La propiedad intelectual de los originales corresponde a los autores, y los derechos de edición y publicación, a TREMÉDICA. Los artículos aparecidos en la revista podrán ser utilizados libremente con propósitos educativos y científicos, siempre y cuando se citen correctamente su autoría y procedencia. No está permitido el uso o reproducción de las imágenes sin el permiso expreso de los autores o sus herederos.

Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de los autores de los artículos.

ISSN 1537-1964

Editor: TREMÉDICA

Lugar de publicación: Barcelona

### Redacción

Directora: Pilar Castillo Bernal

Secretaría de redacción: M. Luisa Rodríguez Muñoz

Consejo de redacción: Lorenzo Gallego Borghini, Tamara Varela Vila y Valentina Marta Rodríguez

### Equipo técnico

Revisión: Alejandro García-Aragón y Lorenzo Gallego Borghini

Traducción y revisión de textos en inglés: Eleanor Staniforth y Alejandro García-Aragón

Revisión de textos en catalán: Lorenzo Gallego Borghini

Diseño y maquetación: Jorge de Buen, Imprimátvr

Publicación electrónica: Valentina Luridiana

### Consejo editorial

Rodolfo Alpízar Castillo (Cuba)  
Jorge Avendaño Inestrillas (México)  
Christian Balliu (Bélgica)  
María Teresa Cabré Castellví (España)  
Xosé Castro Roig (España)  
Gonzalo Claros (España)  
Francisco Cortés Gabaudan (España)  
Adriana Cruz Santacroce (Uruguay)  
Esther Fernández Berjón (España-Bélgica)  
Luisa Fernández Sierra (España)  
Joan Ferrer Costa (España)  
Josefa Gómez de Enterría (España)  
Paz Gómez Polledo (España)  
Bertha M. Gutiérrez Rodilla (España)  
Luis González (España-Bélgica)

Juan Manuel Martín Arias (España)  
José Martínez de Sousa (España)  
Blanca Mayor Serrano (España)  
Teresa Molés Cases (España)  
Vicent Montalt Resurrecció (España)  
Luis Montiel (España)  
Laura Munoa (España)  
Fernando A. Navarro (España)  
M.ª del Carmen Navarro (Italia-España)  
Mónica Parcet (España)  
Fernando Pardos (España)  
José Antonio Pascual (España)  
Isabel Pérez Montfort (México)  
Luis Pestana (Portugal-Suiza)  
Mercè Piqueras (España)

Serge Quérin (Canadá)  
Carmen Quijada Diez (España)  
Héctor Quiñones (España)  
Graça Rio-Torto (Portugal)  
José Antonio de la Riva Fort (España)  
Anna Romero Ibáñez (España)  
José Antonio Sacristán (España)  
María Verónica Saladrigas (Argentina-Suiza)  
Karen Shashok (España)  
Lúcia M. Singer (Brasil)  
José A. Tapia Granados (España-EE. UU.)  
Sylvie Vandaele (Francia-Canadá)  
Nelson Verástegui (Colombia-Suiza)  
Alicia Zorrilla (Argentina)

### Directores anteriores de *Panace@*:

Fernando A. Navarro (2000-2005)

Antonio Villalba (2006)

Bertha M. Gutiérrez Rodilla (2006-2016)

### Portada e ilustraciones

Ana de los Ríos (véase la página 117)

Portada: *Pinceladas femeninas en el mundo sanitario*. Pintura posca.

No está permitido el uso o la reproducción de las imágenes sin el permiso expreso del autor.

# Panace@

Revista de medicina, lenguaje y traducción

<<https://www.tremedica.org/revista-panacea/>>  
Vol. XXIV, n.º 58. Segundo semestre, 2023

## EDITORIAL

La voz de las mujeres: desafíos y particularidades de la perspectiva de género en contextos biosanitarios 1  
*M. Isabel Santamaría-Pérez y Nereida Congost-Maestre*

## TERMINOLOGÍA

Usos no reconocidos: *enfermero*, *ra* como adjetivo y *enfermería* como sustantivo colectivo 6  
*Alejandro García-Aragón, Cristina Oter-Quintana, Almudena Alameda-Cuesta y Pedro Ruymán Brito-Brito*

## TRIBUNA

Salud con perspectiva de género: la menopausia desde la voz de las mujeres 14  
*M. Isabel Santamaría-Pérez*

La representación discursiva de la menopausia y de la mujer en las redes sociales 23  
*Giovanna Mapelli*

La voz de las mujeres: análisis de la terminología sobre la menopausia desde distintos puntos de vista 33  
*Nava Maroto, Chus Fernández y Mercedes Argüello-Casteleiro*

Hacia una visión de la menopausia desde la perspectiva de género: análisis de sentimientos y redefinición de la terminología asociada 46  
*Victoria Muñoz-García, Elena Lloret y M. Isabel Santamaría-Pérez*

La legibilidad en el discurso oral de la divulgación médica: el tratamiento de la endometriosis en TikTok 57  
*Luisa Miguelina González Rodríguez*

Traducción, adaptación cultural y validación lingüística (inglés-castellano) de dos cuestionarios de evaluación del duelo perinatal (PGIS y SSS) 67  
*Manuel Fernández-Alcántara, Nereida Congost-Maestre y M.ª José Cabañero-Martínez*

La inclusión de los servicios de interpretación en consultas de atención al duelo en España desde una perspectiva de género 77  
*Elena Pérez Estevan*

Las dimensiones culturales, la hipérbole y el autobombo en páginas web de clínicas de fertilidad en Londres y Madrid 86  
*Rosa M. Pacheco-Baldó*

Aproximación cualitativa al lenguaje utilizado en el contexto sanitario desde la perspectiva de los profesionales: despersonalización y escasa identidad de género 96  
*Manuel Lillo-Crespo*

## ENTREMESES

Campanya de vacunació de la tardor de 2023 105  
*TERMCAT, Centre de Terminologia*

Alguns termes de seguretat alimentària 106  
*TERMCAT, Centre de Terminologia*

Formantes griegos en el ámbito biosanitario: el caso de (-)pir(et)- 107  
*Alejandro García-Aragón*

## RESEÑAS

El verd és el color de l'esperança i del coronavirus també! 109  
*M. Isabel Guardiola*

Sobre el lenguaje de la medicina en español: recomendaciones, etimología, anglicismos y otras singularidades 111  
*Ovidia Martínez Sánchez*

La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: el caso de la reproducción asistida 114  
*Ana Reyes Herrero*

## NUESTRA ILUSTRADORA

El rostro de las mujeres de Ana de los Ríos 116  
*María Luisa Rodríguez Muñoz*

# La voz de las mujeres: desafíos y particularidades de la perspectiva de género en contextos biosanitarios<sup>1</sup>

M. Isabel Santamaría-Pérez\* y Nereida Congost-Maestre\*\*

La perspectiva de género en el discurso biomédico es una cuestión reciente que tiene profundas implicaciones para la salud y el bienestar de las mujeres, y, pese al papel que juega el lenguaje en la formación y transmisión de este discurso, a menudo se pasa por alto. Este monográfico busca eliminar esta brecha, examinando cómo las mujeres se representan y se perciben en el lenguaje médico y cómo los estereotipos y prejuicios de género pueden ser sutilmente reforzados o intensificados a través del lenguaje. Además, este monográfico aborda la importancia de la traducción en la divulgación del conocimiento biomédico. Como sabemos, la traducción no es simplemente un acto de traslación de palabras de un idioma a otro, sino también un proceso de negociación de significados y contextos culturales. El estudio de cómo las representaciones de género se transmiten y transforman en el proceso de traducción es esencial para entender el papel de las mujeres en el discurso biomédico a nivel global.

En esta línea, como indica Vargas-Sierra (2023<sup>a</sup>), desde finales de los años 90, la Unión Europea ha lanzado planes y acciones para incentivar la igualdad de género en contextos científicos y tecnológicos. Una de las principales brechas se da en el ámbito sanitario como resultado de un «sesgo de género en la atención sanitaria» (Ruiz Cantero, 2019) o la «invisibilización» (Valls-Llobet, 2009) de las mujeres en el tratamiento de enfermedades, su diagnóstico o sus síntomas, pues, según estas autoras, aún hoy prevalece un notable silencio en cuestiones de salud que afectan específicamente a las mujeres. Así, la consideración de la perspectiva de género dentro del discurso biomédico no es simplemente una cuestión de representación, es una necesidad urgente si queremos obtener una comprensión precisa y completa de la salud humana. Las diferencias de género en biología, la experiencia de la enfermedad y el acceso a la atención sanitaria son factores cruciales que influyen en la salud y el bienestar de las mujeres, así como de toda la sociedad.

La introducción de los estudios de género en el campo de la salud ha permitido dar visibilidad a muchos y nuevos problemas de salud en las mujeres. Hasta hace relativamente poco, tanto la medicina como la salud pública se ocupaban de las mujeres desde una perspectiva estrecha, centrada principalmente en la reproducción y en las patologías reproductivas (Álva-

rez-Dandel y Vives-Cases, 2012). Es necesario que se diagnostiquen y traten las enfermedades de acuerdo con el sexo de los y las pacientes, pero es importante también que se responda a las diferencias de género, marcadas por factores sociales, económicos, culturales, geográficos y de comportamiento. De ahí que, desde esta perspectiva, aun sin dejar de reconocer los aspectos genéticos o fisiológicos que están en la base de las enfermedades de uno y otro sexo, se estudie la manera en que las desigualdades de género, así como los estereotipos y las actitudes y conductas construidas desde el género, afectan de manera diferencial a la salud de hombres y mujeres (Moreno y Carrillo, 2016).

En España, el interés por las desigualdades de género en la salud comenzó a principios de la década de 2000 (Colomer, 2007). En el marco de la «Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres» y en respuesta a las recomendaciones de la Unión Europea y del resto del ámbito internacional sobre la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud, nace el Observatorio de Salud de las Mujeres de la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad), creado en 2004, cuya principal línea de actuación es analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las desigualdades de género en este ámbito, haciéndolo a través del conocimiento y la comprensión de la salud de las mujeres y de los hombres, de sus problemas y de sus necesidades, y así mejorar el funcionamiento del sistema sanitario y de la salud y la calidad de vida de la población. No obstante, a pesar de estas iniciativas, según Vargas-Sierra (2023<sup>b</sup>), las desigualdades en salud por razón de género persisten, tal y como se desprende del webinar «Mujeres invisibles para la medicina. Análisis pre- y postpandemia», impartido por la doctora Carme Valls Llobet, directora del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios en 2021, y el posterior informe del Observatorio de Salud de la Mujer publicado en 2022.

Por otra parte, la comunicación en el campo de las ciencias médicas es extremadamente compleja porque los elementos considerados son muchos y muy diversos. El emisor puede ser un profesional de la salud (que puede ir desde el investigador hasta un auxiliar de clínica) y el receptor puede ser otro especia-

\* Departamento de Filología Española, Lingüística general y Teoría de la Literatura, Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [mi.santamaría@ua.es](mailto:mi.santamaría@ua.es).

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

lista del mismo nivel de formación o de otro sector o colectivo profesional implicado en la salud; e incluso pacientes, que a su vez pueden proceder de contextos socioculturales muy diferentes. Todos estos condicionantes marcarán enormemente la comunicación sobre un tema de salud (Estopà, 2012).

Una consecuencia de esta multiplicidad de factores es la proliferación de textos de naturaleza muy distinta: no es lo mismo una historia clínica que una receta, una revista de divulgación o un artículo científico, un blog o una página web informativa. La diversidad discursiva es enorme cuando el tema tiene que ver con la salud. Esta diversidad de miradas y de necesidades comunicativas sobre el objeto médico ha hecho que se interesen por la comunicación médica en general profesionales de muchas disciplinas con finalidades e intereses diferentes: médicos, sociólogos, pedagogos, psicólogos, lingüistas, periodistas, traductores, documentalistas y mediadores, entre otros, pero también el público lego en la materia, pacientes, familiares y personas afectadas que, además, pueden ser de edades diferentes, mujeres u hombres o de diversas condiciones.

En este contexto se sitúa el proyecto de investigación «NEOTERMED. Neología y terminología en ciencias de la salud: variación y análisis multidimensional del discurso biomédico. Aplicación al ámbito de la reproducción asistida en la Comunidad Valenciana para la alfabetización en salud y la igualdad de género», cuyo principal objetivo es indagar en el proceso cognitivo de la comprensión de los términos, así como analizar la relación entre las representaciones conceptuales y el grado de neologicidad de una terminología a la que los usuarios y usuarias acceden por necesidad y que supone el acceso a un conocimiento especializado. Se trata de un estudio semántico-pragmático de los términos, en este caso aplicado a una especialidad de enorme interés social, con gran repercusión económica y en continua evolución, como es el caso de la reproducción asistida, teniendo en cuenta el destinatario al que se dirige y su difusión en textos de distintos niveles de especialización (Martínez y Santamaría, 2023).

Uno de estos destinatarios son las y los pacientes que inician un proceso largo de tratamientos y técnicas denominadas *términos* que representan conceptos a los que acceden por vez primera. Queremos medir el grado de legibilidad de la información a la que acceden estos destinatarios a través de páginas web de asociaciones y clínicas con el fin de educar y alfabetizar en salud para lograr el empoderamiento, la inclusión y la igualdad de este grupo, que vive una situación de estrés emocional personal muchas veces acompañada de presión social y un importante esfuerzo económico. Tal y como se ha publicado en un artículo reciente<sup>2</sup>, la sociedad no aborda de forma clara y sincera los problemas de reproducción asistida y las técnicas de fertilización y, pese a que una de cada seis parejas tiene dificultades a la hora de concebir un hijo, el tema sigue siendo tabú<sup>3</sup> dentro de la sociedad, a pesar de los cambios en el papel social de la mujer y los diferentes tipos o modelos de familia que han ido apareciendo.

Por tanto, en este monográfico tendremos en cuenta no solo la visión del especialista en el ámbito, sino la percepción y com-

prensión de estos términos a los que se enfrenta por primera vez el receptor meta (o grupo diana, especialmente pacientes o consultantes femeninas), un discurso biomédico de carácter divulgativo en las clínicas, blogs, páginas web de asociaciones y noticias de prensa, entre otros (Santamaría Pérez, 2023). No solo atenderemos a su capacidad de percepción y reconocimiento de este tipo de unidades, que son la puerta de acceso al conocimiento, sino también la forma o manera en que se representa lo femenino en el discurso, pues en el campo de la salud reproductiva y otros aspectos relacionados con la mujer —como la menopausia, la endometriosis, el duelo perinatal o la infertilidad— se tiene en cuenta la organización conceptual previa de la reproducción natural, en la que funcionan dos marcos: el marco científico-técnico y el marco cultural. De este modo, la importación del discurso biomédico, con la narrativa de la reproducción que se configuró en los inicios, se asocia a una conceptualización cultural en la que el hombre es activo, y la mujer, pasiva. Se mantiene en el discurso la interrelación del discurso científico y el discurso patriarcal, que se fija en las mujeres con un único papel positivamente valorizado, el de madre y el de su cuerpo como una máquina que tiene que funcionar en ese papel. Al considerar el cuerpo como máquina, se descuida la mirada globalizadora y la indivisibilidad de la unidad psicosomática que acompaña tanto al deseo de maternidad como a determinadas situaciones de «infertilidad» (Sánchez, 2005: 525). Además, una revisión de las páginas web y otros documentos de carácter divulgativo muestran que la mujer es el objeto central de la observación clínica, puesto que los gametos le son transferidos a ella y es ella quien va a gestar el embrión. De ahí que buena parte de la información esté dirigida a las pacientes y, aunque en ocasiones se incluya al hombre, este tiene un papel secundario. De hecho, tal y como cuenta Zapata en su libro *In vitro* (2021), los médicos suelen dar por supuesto que el problema es siempre de la mujer y no del varón. Por tanto, nuestro estudio también abrirá una puerta a la investigación de la feminización del lenguaje y la igualdad de género en un tipo de discurso científico elaborado desde una visión patriarcal de la mujer.

Con este monográfico, nuestra intención es analizar el papel de la mujer en el discurso biomédico desde un enfoque multidisciplinario. Así, tal y como venimos realizando en diversos trabajos (Guillén-Nieto y Santamaría-Pérez *et al.*, 2020; Santamaría-Pérez y Congost-Maestre, 2022), este estudio se sitúa en la intersección entre la medicina, la lingüística y la traducción para explorar cómo el género y el lenguaje interactúan en este discurso especializado y cómo los lingüistas pueden contribuir a una sociedad más igualitaria en la que el papel de las mujeres en los campos temáticos de la salud esté mejor representado y valorado.

El presente número consta de las siguientes secciones. Se abre el monográfico con el apartado «Terminología», que incluye el estudio «Usos no reconocidos: *enfermero*, *ra* como adjetivo y *enfermería* como sustantivo colectivo», donde García-Aragón, Oter-Quintana, Alameda-Cuesta y Brito-Brito hacen un repaso de los términos poliléxicos más relevantes para esta disciplina.

En segundo lugar, en la sección «Tribuna» se reúnen nueve trabajos, organizados temáticamente, en los que se aborda desde diferentes perspectivas el papel de las mujeres en el discurso médico, desde la manera en que estas son representadas y percibidas a través del lenguaje hasta cómo las normas y prejuicios de género pueden influir en este discurso o cómo las representaciones de género se transmiten y transforman en el proceso de traducción.

Para comenzar con la sección de artículos de este número, los cuatro primeros trabajos se centran en uno de los temas tabú relacionados con la salud de las mujeres: la menopausia. Se inicia este bloque con el trabajo de M. Isabel Santamaría-Pérez, «Salud con perspectiva de género: la menopausia desde la voz de las mujeres», cuyo objetivo es examinar, a partir de una encuesta realizada sobre la menopausia, si las mujeres sienten que los estereotipos y prejuicios de género todavía persisten en el contexto social actual o si se detectan ciertos cambios estructurales. Para ello, se analiza cómo ha evolucionado el concepto de menopausia a lo largo del tiempo y cómo se construye la imagen de la menopausia en dos tipos de discursos marcados ideológicamente y que muestran la evolución de la sociedad: los diccionarios y la prensa. Los resultados muestran que persisten sesgos de género y una percepción negativa en la concepción de la menopausia. El segundo estudio, de Giovanna Mapelli, «La representación discursiva de la menopausia y de la mujer en las redes sociales», profundiza en la construcción discursiva de la menopausia y de la mujer en las redes sociales para observar si las nuevas narrativas están desmontando los estereotipos anclados en la sociedad. Para ello, realiza el análisis de *posts* publicados en el año 2023 en cinco perfiles de Instagram dedicados a esta etapa de la mujer con el objetivo de desvelar los encuadres que definen el tratamiento de esta etapa fisiológica de la mujer y de estudiar qué estrategias lingüístico-discursivas se emplean para perfilar la representación de la menopausia y de la mujer. En el tercer estudio dedicado a esta temática, «La voz de las mujeres: análisis de la terminología sobre la menopausia desde distintos puntos de vista», Nava Maroto, Chus Fernández y Mercedes Argüello-Casteleiro nos proponen un análisis de la terminología sobre la menopausia —a partir del foro *Menopause matters* del Reino Unido— para ampliar el léxico oficial propuesto por el *British Medical Journal* con el fin último de generar una ontología que permita organizar el conocimiento sobre los síntomas de la menopausia, teniendo en cuenta la voz de las mujeres y que permita, asimismo, el procesamiento informático de los textos sobre este tema. Sobre el mismo tema con el trabajo titulado «Hacia una visión de la menopausia desde la perspectiva de género: análisis de sentimientos y redefinición de terminología asociada», Victoria Muñoz García, Elena Lloret y M. Isabel Santamaría Pérez se centran en el análisis del léxico de los sentimientos sobre la menopausia en un estudio que se enmarca en el proyecto DIGITENDER, cuyo fin es la creación de recursos terminológicos sobre la salud de la mujer. El objetivo es demostrar que a dicho léxico se le atribuyen emociones con connotaciones negativas. Para ello, se ha implementado una herramienta de procesamiento de lenguaje

natural: EmoLex. Mediante su utilización, se ha constatado que el sentimiento predominante asociado al léxico extraído es negativo y que está relacionado con las emociones de tristeza y miedo. Tras este análisis y la consulta de diferentes fuentes, se han hecho propuestas de definiciones más positivas y completas de la terminología relevante relacionada con la menopausia.

El siguiente trabajo, «La legibilidad en el discurso oral de la divulgación médica: el tratamiento de la endometriosis en TikTok», dentro del marco de NEOTERMED, se centra en aspectos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres. Luisa Rodríguez González estudia la legibilidad léxica en vídeos sobre endometriosis creados por especialistas para TikTok, considerando sus parámetros cuantitativos y cualitativos: densidad y variedad léxica, porcentajes de términos reformulados, secuenciación y conexión. Para medir la comprensibilidad se crea un corpus de unas 5000 palabras con la ayuda de la tecnología de vanguardia de Sonix para su transcripción. La conclusión a la que llega es que la densidad y el porcentaje de términos reformulados es muy similar a otros textos catalogados como divulgativos y que la variedad es inusualmente medio baja para ser texto divulgativo, debido probablemente al elemento de la repetición tan usual en los textos orales.

Los siguientes artículos se realizan desde la perspectiva de la traducción. Manuel Fernández Alcántara, Nereida Congost Maestre y M.<sup>a</sup> José Cabañero Martínez, en su investigación «Traducción, adaptación cultural y validación lingüística (inglés-castellano) de dos cuestionarios de evaluación del duelo perinatal (PGIS y SSS)», nos presentan la validación lingüística y cultural al español de dos cuestionarios vinculados al contexto de la salud reproductiva de la mujer y dirigidos a la evaluación de los aspectos emocionales (intensidad del duelo y estigma), sumamente importantes, que tienen lugar tras la pérdida de un bebé. Para la traducción de dichas escalas, se llevó a cabo un protocolo común internacional basado en el método de traducción-retrotraducción de acuerdo con unas directrices generales aceptadas por la comunidad científica internacional. Este trabajo es el primer estudio que presenta versiones de ambas escalas en un idioma diferente al inglés y que examina en profundidad el desarrollo de los procesos de traducción y adaptación lingüística y cultural. Esto pone de manifiesto la escasa atención que recibe en el contexto internacional el duelo de madres y padres que han vivido una muerte perinatal. En su investigación, Elena Pérez Estevan, con el título «La inclusión de servicios de interpretación en consultas de atención al duelo en España desde una perspectiva de género», presenta, por su parte, un estudio exploratorio que pretende establecer los puntos clave para que la interpretación en consultas de duelo gestacional y perinatal —por parte de personas alófonas— se profesionalice dentro del área de la interpretación médico-sanitaria. Según los resultados obtenidos, se constata la necesidad de dichos servicios de interpretación profesionales para facilitar la comunicación y ofrecer una atención y acompañamiento eficientes en un contexto altamente sensible. Resulta necesario aunar esfuerzos para que la inclusión de los servicios de interpretación profesionales sean una realidad al alcance de todos

los dolientes alófonos y profesionales que los atienden. Por último, el trabajo de Rosa Pacheco Baldó, «Las dimensiones culturales, la hipérbole y el autobombo en páginas web de clínicas de fertilidad en Londres y Madrid», analiza cuarenta webs de clínicas de fertilidad en Madrid y Londres, demostrando que el lenguaje utilizado en ellas está en relación con las dimensiones culturales de estos grupos. Además de hallar diferencias y similitudes en las dimensiones de identidad y de género, este estudio también incluye un análisis de la dimensión de evitación de la incertidumbre —o la aversión a situaciones con final incierto—. Este rasgo se ha manifestado en que un gran porcentaje de webs españolas ofrecen garantías de éxito para el tratamiento, mientras que esto no tiene casi presencia en las británicas. No obstante, el análisis también indica que el contexto influye en la elección de valores, ya que los hablantes pueden inclinarse hacia rasgos que no son los típicamente atribuidos a su grupo, como los abundantes ejemplos de rasgos de masculinidad encontrados en las webs españolas, siendo esta una cultura predominantemente femenina.

Finalmente, el estudio de Manuel Lillo Crespo, profesional sanitario, «Aproximación cualitativa al lenguaje utilizado en el contexto sanitario desde la perspectiva de profesionales: despersonalización y escasa identidad de género», nos aproxima a la realidad cotidiana en los entornos sanitarios en cuanto al uso del lenguaje verbal y escrito desde la perspectiva de género y a partir de la propia autoevaluación, observación y experiencia vivida por los profesionales en su ejercicio diario, así como el del alumnado en formación. Los hallazgos de este trabajo dibujan un panorama en el que el lenguaje empleado se caracteriza por una marcada despersonalización del individuo atendido, la confusión en el manejo de términos como *sexo* y *género* y la escasa e incluso nula perspectiva de género en relación a la caracterización de la mujer y de las identidades de género. Todo esto pone de manifiesto la necesidad de una formación específica en estos temas para los profesionales sanitarios, de tal forma que se garantice un lenguaje inclusivo y respetuoso con las realidades vividas.

Continúa el monográfico con la sección de «Entremeses», que recoge dos estudios terminológicos elaborados por el TERMCAT. El primero de ellos, con el título de «Campanya de vacunació de la tardor de 2023», recoge terminología específica relacionada con las vacunas y la vacunación. El segundo trabajo terminológico, «Alguns termes de seguretat alimentària», se centra en el análisis de algunos términos relevantes de este ámbito. Se cierra la sección con el estudio «Formantes griegos en el ámbito biosanitario: el caso de (-)pir(et)-», de Alejandro García-Aragón, que describe la capacidad productiva de este étimo griego en castellano en diversas disciplinas.

En este monográfico sobre medicina y lenguaje, se incluyen tres reseñas sobre este ámbito temático. La primera, de Maribel Guardiola, titulada «El verd és el color de l'esperança i del coronavirus també!», se centra en el libro *El coronavirus és verd! Imaginaris de la pandèmia. La construcció d'un discurs científic en la població infantil i juvenil*, coordinado por Rosa Estopà. La segunda reseña, de Ovidia Martínez Sánchez, «Sobre el

lenguaje de la medicina en español: recomendaciones, etimología, anglicismos y otras singularidades», se refiere a la serie *Medicina en español v1. Laboratorio del lenguaje: florilegio de recomendaciones, dudas, etimología, errores, anglicismos y curiosidades varias del lenguaje médico*, de Fernando A. Navarro, publicado en 2022. La última reseña, de Ana Reyes Herrero, se enfoca en la obra coordinada por Rosa Estopà y Mercè Lorente, *La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico. El caso de la reproducción asistida*.

Se cierra el monográfico con «Nuestra ilustradora: el rostro de las mujeres de Ana de los Ríos», de la mano de María Luisa Rodríguez Muñoz, que hace un recorrido por los dibujos de mujeres específicamente creados por dicha ilustradora y que dan visibilidad y voz a las protagonistas de este monográfico.

Esperamos que las contribuciones que conforman este número —dirigidas a lingüistas, traductores, profesionales de la salud, instituciones y cualquier persona interesada en la igualdad de género en el campo biomédico— sirvan de valiosas aportaciones a un campo muy específico de mujer y salud en el que queda todavía mucho por explorar. Al resaltar la importancia de la perspectiva de género en este ámbito, queremos contribuir a un futuro en el que el discurso biomédico incluya y valore plenamente la voz y las experiencias de las mujeres. Confiamos en que este monográfico abrirá nuevas perspectivas en el estudio del género, el lenguaje y la traducción en la biomedicina. Esperamos contribuir a un discurso biomédico más inclusivo y equitativo que mejore la salud y el bienestar de todas las personas, sin importar su género.

## NOTAS

1. La publicación es parte del proyecto NEOTERMED, financiado por la Consellería de Innovación, Universidades, Ciencia y Sociedad Digital de la Comunidad Valenciana en la convocatoria AICO 2021, dirigido por M. Isabel Santamaría Pérez y Carmen Marimón Llorca (ref.: CIAICO/2021/074). Para más información, se puede visitar su página web: <https://www.neotermed.org/>. También colabora el proyecto Digitender (TED2021-130040B-C21), dirigido por Chelo Vargas-Sierra y M. Isabel Santamaría-Pérez, cuyo objetivo es la digitalización, tratamiento y publicación en línea de recursos terminológicos multilingües abiertos con perspectiva de género en la sociedad digital.
2. El artículo se puede leer en el siguiente enlace: <https://www.infobae.com/leamos/2023/08/31/una-de-cada-seis-parejas-tiene-dificultades-para-concebir-y-el-tema-es-tabu-dos-libros-para-entender-un-padecimiento-silenciado/>
3. Recientemente han aparecido dos libros que tratan el tema de la reproducción desde la perspectiva de dos mujeres que han pasado por esta situación y narran su experiencia: *In Vitro*, de Isabel Zapata (Almadía) y *Fantasticland*, de Ana Wajszczuk (Random House).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Dardet, C. y C. Vives-Cases (2012): «Three waves of gender and health», *Eurohealth*, 18 (2): 4-7. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332876>>.
- Colomer Revuelta, Concha (2007): «El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades», *Revista Española de Salud Pública*, 81 (2): 91-93. <<https://cutt.ly/D1xmjS8>>.
- Cremades, Francesc (2003): «Medicina: canvi social i canvi lingüístic», en Vicent Martines (coord.): *Llengua, societat i ensenyament*, vol. 11. Edició electrònica Espagràfic, pp. 125-160. <[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/90988/2/Llengua-societat-i-ensenyament\\_vol-II.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/90988/2/Llengua-societat-i-ensenyament_vol-II.pdf)>.
- Domènech, Ona; Rosa Estopà e Isabel Santamaría (2002): «La terminología de la reproducción asistida en los diccionarios», en Rosa Estopà y Mercè Lorente (eds.): *La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: El caso de la reproducción asistida*. Barcelona: Institut de Lingüística Aplicada de la Universitat Pompeu Fabra & Documenta Universitària, Sèrie Monografies 15.
- Estopà, Rosa (2012): «Medicina i llenguatge: les paraules de la salut», *Llengua, Societat i Comunicació*, 10: 1-5.
- Guillén-Nieto, Victoria; M. Isabel Santamaría-Pérez et al. (2020): «El lingüista en la sociedad de la información y el conocimiento. Experiencias en innovación educativa en fertilidad humana y otros contextos profesionales», en Rosabel Roig-Vila (coord.): *Memorias del programa de Redes-13CE de calidad, innovación e investigación en docencia universitaria. Convocatoria 2019-20*. Alicante: Universidad de Alicante, pp. 123-134.
- López Rodríguez, Rosa M.<sup>a</sup> e Isabel Soriano Villarroel (coords.) (2002): *Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <[https://www.observatoriosalud-mujeres.es/wp-content/uploads/2022/09/INFORME\\_SALUD\\_Y\\_GENERO\\_2022.pdf](https://www.observatoriosalud-mujeres.es/wp-content/uploads/2022/09/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.pdf)>.
- Martínez Sánchez, Ovidia y M. Isabel Santamaría Pérez (2023): «Diseño y compilación de un corpus en el ámbito médico de la reproducción asistida para el proyecto NEO-TERMED», *Cuadernos Aispi*, 22: 187-216.
- Ministerio de Ciencia e Innovación (2011): *Manual: El género en la investigación*. 10.2777/23655
- Moreno Tetlacuilo, Luz María A. y Ana M. Carrillo Farga (2016): *La perspectiva de género en salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Parlamento Europeo (1999): *Informe sobre la comunicación de la comisión titulada «Mujeres y ciencia. Movilizar a las mujeres en beneficio de la investigación europea»*.
- Ruiz Cantero, M. Teresa (2019): *Perspectiva de género en medicina*. Monografías 39, Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve.
- Sánchez, Ana (2005): «Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas», *Arbor*, 716: 523-530.
- Santamaría-Pérez, M. Isabel et al. (2022): «Evaluación del grado de satisfacción de un proyecto colaborativo de aprendizaje activo y aplicabilidad real del mediador lingüista en un contexto clínico», en Rosana Satorre Cuerda (coord.): *Memoria del Programa de Redes de Investigación en Docencia Universitaria*.
- Santamaría Pérez, M. Isabel y Nereida Congost-Maestre (2022): «Una experiencia educativa innovadora. El lingüista en la sociedad actual: diseño e implementación de una experiencia docente en un contexto biosanitario», en Vicent Martines Peres, Jordi M. Antolí Martínez y Rosabel Roig Vila: *Actas - I International Congress: Education and Knowledge*. Barcelona: Octaedro.
- Santamaría Pérez, M. Isabel y Carmen Sánchez Manzanares (2021): «Neology and terminology in health sciences. An approach to terminological metaphor in the discourse of Assisted Reproduction», en J. Mateo-Martínez y Francisco Yus (eds.): *Metaphors in Economics and Specialized Discourse*. Bern: Peter Lang Publishing
- Santamaría-Pérez, M. Isabel (2023): «Salud y comunicación: análisis lingüístico de las páginas web sanitarias. El caso de la reproducción asistida», en José Antonio Sánchez Fajardo y Chelo Vargas Sierra (eds.): *La traducción en la encrucijada interdisciplinar. Temas actuales de traducción especializada, docencia, transcreación y terminología*. Valencia: Tirant lo Blanch, pp. 337-372.
- Sociedad Española de Fertilidad (2011): *Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida*. Madrid: SEF.
- Valls-Llobet, Carme (2006): *Mujeres invisibles*. Barcelona: DeBolsillo.
- Valls-Llobet, Carme (2009): *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Valls-Llobet, Carme (2018): «The science of difference. The invisibility of women in health sciences», *Mètode Science Studies Journal*, 7. DOI: 10.7203/metode.7.8155
- Valls-Llobet, Carme (2021): «Mujeres invisibles para la medicina. Análisis pre- y postpandemia», *Observatorio de la Salud de las Mujeres*. <<https://www.observatoriosalud-mujeres.es/mujeres-invisibles-para-la-medicina-analisis-pre-y-post-pandemia/>>.
- Vargas-Sierra, Chelo (2023a): «Terminología sensible al género en temas de salud de las mujeres: una metodología basada en corpus», Mesa Miscelánea. Libro de Actas del CUTCID. Madrid, 4-6 de octubre.
- Vargas-Sierra, Chelo (2023b): «Terminología sensible al género. Visibilizando cuestiones de salud de las mujeres a través del proyecto DIGITENDER y la colección WHEALTH», *Revista CTPCBA*, 156: 34-39.

# Usos no reconocidos: *enfermero, ra* como adjetivo y *enfermería* como sustantivo colectivo

Unrecognised usages: *enfermero, ra* as an adjective and *enfermería* as a collective noun

Alejandro García-Aragón\*,  
Cristina Oter-Quintana\*\*,  
Almudena Alameda-Cuesta\*\*\* y  
Pedro Ruymán Brito-Brito\*\*\*\*

**RESUMEN:** En este artículo hacemos un repaso de los términos poliléxicos más relevantes para la disciplina enfermera en los que se emplea *enfermero, ra* como adjetivo. El uso adjetival de este sustantivo no está recogido en la última actualización del *Diccionario de la lengua española* a pesar de estar ampliamente extendido desde hace décadas incluso fuera del ámbito especializado. Para aclarar, justificar y fundamentar la aceptación de este uso, por cada ejemplo aportamos abundantes documentos de diversa índole y procedentes de diferentes fuentes cultas y fiables de casi toda la geografía española, centrándonos en tres conceptos de especial relevancia para la práctica enfermera: el proceso enfermero, la metodología enfermera y los lenguajes enfermeros estandarizados (NANDA-NIC-NOC), con especial hincapié en el diagnóstico enfermero. Por último, analizamos el uso extendido de *enfermería* como sustantivo colectivo, tampoco recogido por la Academia, y ofrecemos nuestras conclusiones y propuestas sobre ambos fenómenos neológicos.

**PALABRAS CLAVE:** adjetivos, diagnósticos, enfermería, enfermero, intervenciones, neologismos, resultados, sustantivo colectivo.

**ABSTRACT:** *In this article, we review the most relevant polylexical terms for the nursing discipline in which enfermero, ra is used as an adjective. The adjectival use of this noun is not included in the latest update of the Diccionario de la lengua española despite being widely used for decades, even outside specialised settings. In order to clarify, justify, and substantiate the uptake of this usage, we provide abundant evidence from a wide variety of reliable, specialist sources from across Spain for each example, with a particular focus on three concepts that are particularly relevant for nursing practice: the nursing process, nursing methodology, and standardised nursing languages (NANDA, NIC, and NOC), with an emphasis on nursing diag-*

*noses. Finally, we analyse the widespread use of enfermería as a collective noun, which has not been recognised by the Academy, and offer some conclusions and suggestions regarding both neological phenomena.*

**KEYWORDS:** *adjectives, collective nouns, diagnoses, interventions, neologisms, nurses, nursing, outcomes.*

**Panace@ 2023; XXIV (58): 6-13**

**Recibido: 14.XII.2023. Aceptado: 18.XII.2023**

## 1. *Enfermero, ra* como adjetivo

Según el *Diccionario de la lengua española* (DLE) de la Real Academia Española (RAE) —en su 23.<sup>a</sup> edición, versión 23.7, en línea—, *enfermero* y *enfermera* son sustantivos (masculino y femenino, respectivamente) que designan a la «[p]ersona dedicada a la enfermería», actividad profesional, y, coloquialmente, a la «[p]ersona que cuida a un enfermo», entendemos, de manera no profesional.

Pasando por alto esos desafortunados «sinónimos o afines» y el escaso rigor de ambas definiciones —que han suscitado las críticas del SATSE—, vemos en la figura 1 que no se hace referencia al uso adjetival de *enfermero, ra* a pesar de que pueden encontrarse numerosos ejemplos en el contenido de documentos publicados por fuentes fiables, como el [Gobierno](#), [ministerios](#), [servicios de salud](#), universidades (en tesis, [másteres](#), trabajos de fin de grado o [guías docentes](#), etc.), el [Consejo General de Enfermería](#), [colegios oficiales de enfermería](#) (en guías, informes, análisis, sus propios sitios web), [asociaciones profesionales](#), [institutos de investigación](#) sanitarios, [multitud de libros](#), [revistas](#),

\* Doctor internacional en Traducción e Interpretación, traductor autónomo y término-lexicógrafo, Las Lagunas de Mijas, Málaga (España). Dirección para correspondencia: [alejandrogaragon@gmail.com](mailto:alejandrogaragon@gmail.com).

\*\* Doctoranda en Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma Madrid, Madrid (España). Dirección para correspondencia: [c.oter@alumnos.urjc.es](mailto:c.oter@alumnos.urjc.es).

\*\*\* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid (España). Dirección para correspondencia: [almudena.alameda@urjc.es](mailto:almudena.alameda@urjc.es).

\*\*\*\* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Dirección para correspondencia: [pbritobr@ull.es](mailto:pbritobr@ull.es).

**enfermero, ra** SIN. / ANT.

De *enfermo* y *-ero*.

1. m. y f. Persona dedicada a la **enfermería** (|| actividad profesional).  
**SIN.:** practicante, sanitaria, barchilón, ATS.
2. m. y f. **coloq.** Persona que cuida a un enfermo. *Estuve unos días de enfermero de mi padre.*

SINÓNIMOS O AFINES DE **enfermero, ra**

- **practicante, sanitaria, barchilón, ATS.**

FIGURA 1. La entrada de enfermero, ra del Diccionario de la lengua española a fecha de 1 de diciembre de 2023

**Consejo General de Enfermería**  
@CGEnfermería

Juanjo Campillos te trae lo más destacado de las redes sociales enfermeras

Descubre lo más viral, en Canal Enfermero

youtube.com  
Diario Enfermero - Noviembre 1 - 2023  
¿A qué edad recomiendan los expertos el primer móvil? No es a los 12 años. Hablamos de la puesta en marcha de la ...

10:05 a. m. · 23 nov. 2023 · 424 Reproducciones

FIGURA 2. Tuit del 23 de noviembre de 2023 del Consejo General de Enfermería

blogs y portales de **noticias** y de **televisión** especializados, **revistas multidisciplinares**, pero **también en la prensa generalista**. Y es que este uso adjetival se viene dando desde hace **décadas**.

Así, encontramos muchos términos poliléxicos habitualmente empleados en los textos de enfermería: *la profesión enfermera*<sup>1</sup>, *la disciplina enfermera*<sup>2</sup>, *las teorías enfermeras*<sup>3</sup>, *los cuidados enfermeros*<sup>4</sup> o *la prescripción enfermera*<sup>5</sup>, entre otras fórmulas comunes. (En las notas, aportamos abundantes documentos actuales de diversa índole y procedentes de diferentes fuentes cultas y fiables).

Este uso neológico es tan frecuente que hasta pueden encontrarse tres ejemplos en un solo **tuit** del Consejo General de Enfermería: *las redes sociales enfermeras*, *Canal Enfermero* y *Diario Enfermero* (fig. 2).

Desde el punto de vista oral, también los propios profesionales emplean este adjetivo en su práctica enfermera o actividades enfermeras cotidianas. Expresiones como *formación enfermera*, *saber enfermero* (Amezcuá, 2018), *conocimiento enfermero* o *competencias enfermeras* son muestras de su gran aceptación entre el colectivo enfermero.

### 1.1. Casos de especial relevancia

Los siguientes casos del uso adjetival del sustantivo *enfermero, ra* son muy relevantes para la profesión, especialmente para las enfermeras investigadoras que trabajan con lenguajes enfermeros estandarizados. NANDA-I (desde la primera edición en 1997 hasta su edición actual de 2021-2023; Herdman, Kamitsuru y Lopes, 2021), NIC (Nursing Interventions Classification; Butcher *et al.*, 2018, que ya va por su 7.ª edición) y NOC (Nursing Outcomes Classification; Moorhead *et al.*, 2018, 6.ª edición) normalizan las denominaciones de los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros, respectivamente. Estos son los tres lenguajes normalizados que se emplean en el proceso enfermero o proceso de cuidados.

#### 1.1.1. Metodología enfermera

Según Brito-Brito (2010), la metodología enfermera es «la aplicación coherente del método enfermero. A su vez, el método enfermero es el conjunto de operaciones ordenadas (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) con las que se pretende obtener un resultado» (es decir, *a nursing outcome*). En definitiva, se trata de la aplicación del método científico a la disciplina enfermera, pudiendo establecerse un paralelismo entre las fases del método enfermero y las del método científico:

1. Valoración ≈ Observación.
2. Diagnóstico ≈ Formulación de hipótesis.
3. Planificación ≈ Diseño del experimento.
4. Ejecución/Implementación ≈ Realización del experimento.
5. Evaluación ≈ Contraste de hipótesis.

El término *metodología enfermera* es empleado tanto por instituciones sanitarias como académicas, por ejemplo, en guías de la **Consejería de Salud del Principado de Asturias** o de la **Junta de Andalucía**, grupos de trabajo del 061 del **Servicio Aragonés de Salud**, tesis doctorales de la **Universidad de Sevilla** o de la **Universidad de Alcalá**, asignaturas de la **Universidad Autónoma de Madrid**, de la **Universidad de Granada** o de la **Universidad Católica de Valencia**; grupos de investigación (**Universidad de Cádiz**), titulaciones de especialista (**Universidad Europea Miguel de Cervantes**), libros de la **Universidad Complutense de Madrid** o de la **Universidad del País Vasco**, revistas especializadas (*Revista de Calidad Asistencial*, *Enfermería Global*), el **Hospital Universitario Virgen de las Nieves** (Granada), el portal del **Observatorio de Metodología Enfermera** (FUDEN), gran cantidad de **libros** y **blogs** especializados, artículos de prensa (*ABC*, *La Vanguardia*, *El Periódico*, *La Voz de Galicia*), etc.

### 1.1.2. Proceso enfermero

En palabras de Alfaro-Lefevre (2014), «el proceso enfermero es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones». Además, consta de cinco fases al igual que el método enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El término *proceso enfermero* se puede encontrar en documentos del [Ministerio de Sanidad](#), diversas tesis ([Universidad de Granada](#), [Universidad de La Laguna](#), [Universidade da Coruña](#), [Universidade de Santiago de Compostela](#)), grupos de investigación ([Universidad de Cádiz](#)), guías docentes de asignaturas ([Universidad de Cantabria](#), [Universidad Autónoma de Madrid](#), [Universidad de Murcia](#)), guías de prácticas externas ([Universidad de Granada](#)), trabajos de fin de máster ([Universidad de La Laguna](#)), trabajos de fin de grado ([Universidad de Valladolid](#), [Universidad de Zaragoza](#), [Universidade da Coruña](#)), monografías ([Universidad del País Vasco](#)), artículos de revistas (*Index de Enfermería*, *Enfermería Global*, *ENE Revista de Enfermería*, *Tesela*, *Evidentia*), blogs especializados, contenidos de cursos (FUDEN), así como en artículos de prensa generalista (*La Vanguardia*, *El Periódico*, *La Voz de Galicia*, etc.).

También se utiliza de forma intercambiable junto con *proceso de enfermería* en algunos documentos, como tesis ([Universidad de Granada](#)) o en estas dos guías del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios de la [Universidad de Sevilla](#) y de la [Universidad Pública de Navarra](#), entre otros.

### 1.1.3. Lenguajes enfermeros estandarizados

Un lenguaje enfermero estandarizado (LEE) sería un conjunto de términos que permiten nombrar de forma unívoca los fenómenos de interés para la disciplina enfermera. Según Aréjula Torres *et al.* (2020), «los LEE desempeñan un papel importante en la descripción y la definición del cuidado enfermero, proporcionan conceptos y definiciones claras de los fenómenos de la enfermería, mejoran la calidad de la atención, al permitir que enfermeras y otros profesionales puedan utilizar los mismos términos para describir los problemas de los pacientes, y facilitan la investigación sobre los cuidados».

Los términos *lenguajes enfermeros estandarizados/normalizados*, *lenguaje enfermero estandarizado/normalizado*, *lenguajes enfermeros* y *lenguaje enfermero* pueden encontrarse en el [Consejo General de Enfermería](#), colegios de enfermería ([Colegio Oficial de Enfermería de Huesca](#), [Colegio de Enfermería de Cádiz](#)), el [Servicio Andaluz de Salud](#), el [Servicio Murciano de Salud](#), diversas tesis ([Universidad de Cádiz](#), [Universitat de Barcelona](#), [Universidade da Coruña](#)), libros especializados, grupos y líneas de investigación ([Universidad de Alicante](#), [Universidad de Cádiz](#), [Universidad Autónoma de Madrid](#)); asociaciones de taxonomías enfermeras (AENTDE), revistas especializadas (*Enfermería Intensiva*, *Atención Primaria*, *Enfermería del Trabajo*, *Enfermería Global*, *ENE Revista de Enfermería*, *Metas de Enfermería*, *Panace@*), portales especializados ([Diario Enfer-](#)

[mero](#), [Enfermería21](#), [Infosalus](#)), reseñas, contenidos de cursos de [Editorial Médica Panamericana](#) y [SalusPlay](#), varios blogs y, por supuesto, en artículos de prensa (*La Vanguardia*, *20 Minutos*).

#### a) Diagnósticos enfermeros

Citando a Herdman, Kamitsuru y Lopes (2021), un diagnóstico enfermero «es un juicio clínico en relación a una respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, cuidador(a), familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras a fin de alcanzar los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad».

El *diagnóstico enfermero* goza de tal aceptación en el ámbito de la investigación enfermera que incluso se ha incorporado en muchos de los títulos de obras escritas originalmente en castellano (p. ej., Brito-Brito, 2013; Ferrer Arnedo y González Navarro, 2021; Luis Rodrigo, 2001; Martínez-Martin y Chamorro-Rebollo, 2023), así como en obras traducidas (Charrier y Ritter, 2005; Gordon, 1996 y 2003; Johnson *et al.*, 2002). Un caso especialmente llamativo son los libros que recogen la propuesta diagnóstica de NANDA-I, la más ampliamente usada en España, que optan por este uso adjetival desde sus primeras ediciones traducidas al español (NANDA, 1997; Herdman, Kamitsuru y Lopes, 2021).

Independientemente de si *diagnóstico enfermero* es una (buena) traducción o no, quizá lo más lógico es que haya surgido por analogía con el resto profesiones del área. Son diversos los profesionales que diagnostican en su práctica diaria, por lo que es mucho más frecuente encontrarnos con *diagnóstico médico* que con *diagnóstico de medicina*; con *diagnóstico psiquiátrico* que con *diagnóstico de psiquiatría*; con *diagnóstico psicológico* que con *diagnóstico de psicología*, etc., por lo que *diagnóstico enfermero* sería la analogía más esperable. Entendemos que la fórmula *diagnóstico de + disciplina* no es adecuada conceptualmente en ninguno de los casos anteriormente expuestos, ya que se trata de un juicio emitido por un profesional de dicha disciplina, no por la disciplina en sí.

Las fórmulas *diagnóstico enfermero* y *diagnósticos enfermeros* se pueden encontrar en las obras citadas anteriormente, pero también en un gran número de tesis ([Universidad de Alcalá](#), [Universidad de Málaga](#), [Universidad de las Palmas de Gran Canaria](#), [Universidad de Sevilla](#), [Universidad de Salamanca](#), [Universidad de Almería](#), [Universidad de Alicante](#), [Universidad de Huelva](#), [Universitat de Barcelona](#), etc.), trabajos de fin de máster ([Universitat de les Illes Balears](#), [Universidad de Oviedo](#), [Universidad de Zaragoza](#)), trabajos de fin de grado ([Universidad de Valladolid](#), [Universidade de Santiago de Compostela](#), [Universidad de Salamanca](#), [Universitat de les Illes Balears](#), [Universidade da Coruña](#)), artículos de investigación (*Enfermería Global*, *ENE Revista de Enfermería*, *Enfermería Clínica*, *Cultura de los Cuidados*, *Metas de Enfermería*, *Revista Cubana de Enfermería*, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*), nombres y contenidos de asignaturas ([Universidad de Alicante](#)),

ponencias en congresos, contenidos de cursos (Editorial Médica Panamericana), programas de gestión de cuidados enfermeros (AZAHAR, del Servicio Andaluz de Salud) y sus respectivos manuales, herramientas de consulta en línea de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC (NNNConsult, de Elsevier) y sus manuales, etc. A esto hay que añadir que también se encuentran en artículos de prensa generalista (*La Vanguardia*, *El País*, *El Mundo*, *La Voz de Galicia*, *Diario Sur*, etc.).

Como vemos, la fórmula preferida por las enfermeras, especialmente las investigadoras, es la de *diagnóstico enfermero* y no *diagnóstico de enfermería*.

Esto no quita para que, quizá con una frecuencia parecida, nos encontremos con la fórmula *diagnóstico de enfermería*, muchas veces usada como equivalente de *diagnóstico enfermero* incluso en el mismo texto, p. ej., en Guirao *et al.* (2001); en las traducciones al castellano de las distintas ediciones de NANDA-I; en bastantes tesis (Universidad de Huelva, Universidad de Oviedo, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Sevilla, Universidad de Murcia, Universidade da Coruña); en diversos trabajos de fin de máster (Universidad de Almería, Universidad de Oviedo); en varios trabajos de fin de grado (Universidad de La Laguna, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Almería, Universidad de Alicante, Universidade da Coruña, Universidad de Oviedo, Universidad de Zaragoza, Universidade de Santiago de Compostela); en artículos de investigación (Universidade da Coruña, Universidad de Extremadura), en revistas especializadas (*Enfermería Global*); en planes de estudios (Universidad de Alicante); en sinopsis de libros, contenidos de academias de preparación para el EIR e incluso en varios artículos especializados, libros blancos, etc. Es curioso ver también diversas noticias en las que se emplea *diagnóstico de enfermería* (y no *diagnóstico enfermero*) junto a *trabajo enfermero*, *metodología enfermera* y *valoración enfermera*.

En cualquier caso, como advierte Brito-Brito, las cavilaciones en torno a la denominación de este concepto no nos deben hacer olvidar que «lo más importante de los diagnósticos clínicos no es quién los enuncia, sino a qué tipo de problemas se refieren y quién los padece. Por eso los profesionales deberían pasar a un segundo plano, situándose siempre detrás del paciente y su problema» (Brito-Brito, 2013: 37).

## **b) Intervenciones enfermeras**

Según Butcher *et al.* (2019), una intervención enfermera es «todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente».

Los términos *intervención enfermera* o *intervenciones enfermeras* pueden encontrarse en tesis (varias de la Universidad de Huelva, Universidad de Málaga, Universidad de Oviedo, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Universitat de Barcelona, Universidad de La Laguna), trabajos de fin de máster (Universidad de Almería, Universidad de Oviedo, Universidad de Zaragoza), trabajos de fin de grado (Universidade de Santiago de Compostela, varios de la Universitat de les Illes Ba-

lears, varios de la Universidad de Salamanca), guías docentes (Universidad de Salamanca, Universitat de Vic), artículos de investigación (*ENE Revista de Enfermería*, *Enfermería Global*, *Revista Española de Salud Pública*, *RECIEN Revista Científica de Enfermería*, *Cultura de los Cuidados*, *Revista ROL de Enfermería*, *Metas de Enfermería*, *Revista Científica Hygia de Enfermería*), libros especializados, capítulos de libro (Jiménez López, 2005; Echevarría Pérez *et al.*, 2016), etc.; pero también en la prensa generalista (en algunos artículos de *El Mundo* y del *ABC*, en múltiples artículos de *La Vanguardia* y otros tantos de *20 Minutos*, etc.).

Al igual que en el caso anterior, en bastantes ocasiones se usa *intervenciones enfermeras* indistintamente junto con *intervenciones de enfermería*, por ejemplo, en un gran número de tesis (Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Sevilla, Universidade da Coruña, Universidad de Murcia, Universidade de Santiago de Compostela), en varios trabajos de fin de grado de la Universidad de Salamanca, de la Universidad de Almería, de la Universidade da Coruña, de la Universidad de Oviedo, de la Universidade de Santiago de Compostela, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; en guías de asignaturas (Universidad de Alicante), libros blancos, revistas especializadas (*RED - Revista de Educación a Distancia*), etc.

También encontramos *intervención de enfermería* y *resultados de enfermería* junto a *diagnósticos enfermeros* (por ejemplo, en dos tesis de la Universidad de Málaga, un artículo de *La Vanguardia*, la herramienta de taxonomías NNNConsult, de Elsevier, etc.), y se mezcla el uso de *diagnósticos enfermeros* junto a *intervenciones de enfermería* en una tesis de la Universidad de Salamanca y en un trabajo de fin de máster de la Universitat de les Illes Balears, por mencionar algunos ejemplos. La traducción al castellano de la ya citada NOC, es decir, la *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud* (Moorhead *et al.*, 2013) también menciona *intervenciones enfermeras* a pesar de no utilizar *resultados enfermeros*.

Quizá esta variabilidad terminológica se deba a que el título traducido de las intervenciones NIC, muy citado por las enfermeras investigadoras, sea *Clasificación de intervenciones de enfermería* (Butcher *et al.*, 2018) y no *de intervenciones enfermeras*, y a la influencia innegable de *diagnósticos enfermeros* y del resto de fórmulas adjetivales anteriormente mencionadas.

## **c) Resultados enfermeros**

Un resultado enfermero o resultado del paciente sensible a la práctica enfermera sería un «estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras» (Moorhead *et al.*, 2019).

Las fórmulas *resultado enfermero* y *resultados enfermeros* pueden encontrarse en diversas tesis (Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Zaragoza, Universidad de Málaga, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Granada, Universidad de Sevilla, Universitat de Barcelona, Universidad de Murcia, Universidade da Coruña, etc.), trabajos

de fin de máster (Universidad de Zaragoza), trabajos de fin de grado (Universidad de Salamanca, Universidad de Zaragoza, Universidad Autónoma de Madrid), guías docentes (Universidad de Huelva, Universidad Autónoma de Madrid), materiales docentes (Universidad de Huelva), comunicaciones en jornadas, simposios, congresos y encuentros científicos; artículos de revistas especializadas (*Metas de Enfermería*, *Cultura de los Cuidados*, varios de *ENE Revista de Enfermería*, *Revista Científica Hygia de Enfermería*, *Revista Paraninfo Digital*, *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*), etc. Sin embargo, sorprendentemente, estas fórmulas no se observan en la prensa generalista.

Al igual que los dos casos anteriores, la fórmula *resultado de enfermería* se emplea como sinónimo de *resultado enfermero* en bastantes tesis (Universidad de Huelva, Universidad de Salamanca, Universidad de Cádiz, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Granada, Universidad de Sevilla, Universidad de La Laguna, etc.), artículos de revistas especializadas (*Enfermería Global*), simposios, etc.

De nuevo, esto puede deberse a que la traducción del título de los resultados NOC (Moorhead *et al.*, 2018), muy citado por las enfermeras investigadoras, sea *Clasificación de resultados de enfermería*, y no *de resultados enfermeros*, y a la influencia innegable de *diagnósticos enfermeros* y del resto de fórmulas adjetivales anteriormente mencionadas.

Como ejemplo paradigmático de este fenómeno, este curso de *Editorial Médica Panamericana* utiliza todas las fórmulas anteriores en un mismo documento: *diagnósticos enfermeros* y *diagnósticos de enfermería*, *intervenciones enfermeras* e *intervenciones de enfermería*, *resultados enfermeros* y *resultados de enfermería*.

## 2. Enfermería como sustantivo colectivo

Otro neologismo semántico también se puede apreciar en el sustantivo *enfermería*. Como vemos en la figura 3, el DLE no recoge el sustantivo colectivo que designaría al «Conjunto de personas dedicadas a la enfermería (|| actividad profesional)».

En tanto *enfermería*, según la RAE, designa la actividad profesional (acepción 2) y no a quien se dedica a ella, parecería que esta institución estuviera animando a usar *enfermero*, *ra* como adjetivo para denominar al profesional que diagnostica, interviene y evalúa los resultados enfermeros. Obviamente, el uso de *enfermería* como sustantivo colectivo se encuentra en el ámbito académico, como en tesis (varias de la Universidad de Salamanca, varias de la Universidad de Sevilla, varias de la Universidad del País Vasco, pero también de la Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Extremadura, Universidad de Málaga, Universidad de Córdoba, Universidad Autónoma de Madrid, Universitat de les Illes Balears, Universitat Autònoma de Barcelona, Universidade da Coruña, Universidad de Navarra, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Universidad Católica de Valencia, etc.), trabajos de fin de máster (Universidad de

### enfermería SIN. / ANT.

1. f. Local o dependencia para enfermos o heridos.  
SIN.: dispensario, botiquín, ambulatorio, clínica.
2. f. Actividad profesional que consiste en la atención de enfermos y heridos, así como otras tareas sanitarias, como p. ej. la prevención de enfermedades, siguiendo pautas clínicas.
3. f. Conjunto de estudios requeridos para conseguir la titulación de **enfermería**. *Ha terminado enfermería y en enero empezará a trabajar en el hospital.*
4. f. Conjunto de los enfermos de determinado lugar o tiempo, o de una misma enfermedad.

### estar algo en la enfermería

1. loc. verb. coloq. Estar reparándose en un taller.

FIGURA 3. La entrada de enfermería del Diccionario de la lengua española a fecha de 1 de diciembre de 2023

La Laguna, Universidad Miguel Hernández, Universitat Rovira i Virgili), trabajos de fin de grado (Universidad de Salamanca, Universidad Complutense de Madrid, Universitat de les Illes Balears, etc.), monográficos, guías y programaciones docentes, un gran número de artículos de investigación, artículos de prensa especializada, etc., Asimismo, se emplea en los ámbitos laboral e institucional, pero también político —como puede apreciarse en esta entrevista a tres de *EnfermeríaTV*— y, sobre todo, en la prensa generalista (varios artículos de *El País* y del *ABC*, *20 Minutos*, *La Voz de Galicia*, etc.).

## 3. Conclusiones

Respecto al uso adjetival de *enfermero*, *ra*, quizá se deba a un calco del empleo como adjetivo del sustantivo *nursing* en inglés (p. ej., *nursing diagnoses*, *nursing interventions*, *nursing outcomes*). Sin embargo, como hemos visto, dicha traducción literal (o fidedigna o unívoca) está ya más que asentada en el uso de los hablantes cultos, ya sean especialistas o no, y dicho adjetivo se extiende incluso fuera de nuestras fronteras, como en *Argentina*, *Chile*, *Cuba*, *Ecuador*, *México*, *Uruguay*, etc. Recordemos que todas las academias están reunidas actualmente en la Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), «que han asumido como tarea colectiva velar por la unidad de la lengua española» (RAE, *Estatutos y reglamento de la Real Academia Española*, 2021: 50-51), por lo que este neologismo parece estar dándose por igual en otros países de habla hispana.

Además, el hecho de que, hasta el momento, la RAE no haya registrado este uso en el DLE no significa que lo considere incorrecto, inválido ni desaconsejable. Es importante aclarar que, entre las labores de la RAE «está la difusión de la norma culta del español. La norma no deja de ser la descripción del uso que los hablantes cultos asumen como correcto» (RAEinforma, 2023). De esta forma, deja la puerta abierta a que el uso mayoritario



Mujeres que iluminan el camino de la salud. Técnica mixta, lápiz y rotulador sobre papel

que hagan de la lengua los hablantes cultos sea lo que dicte las normas. Hasta que no se haya generalizado un uso nuevo entre dicha población y la institución no haya reparado en él, su diccionario seguirá estando siempre algo desactualizado, por lo que no son de extrañar estas omisiones, incluida la de *enfermería* como sustantivo colectivo.

Tengamos en cuenta también que la RAE considera aceptable cualquier palabra o uso de reciente creación (neologismos) siempre y cuando no contravenga las normas de la lengua, y es evidente que, al igual que el sustantivo colectivo *enfermería*, el adjetivo neológico *enfermero, ra* no las contraviene, sino que está bien fundamentado en ellas desde cualquier plano de la lengua: el léxico, el fonético y el semántico, aceptando el plural en ese y ambos géneros gramaticales, al igual que lo hace el sustantivo del que deriva. Este nuevo adjetivo está formado con arreglo a otros términos y fórmulas similares del ámbito de las ciencias de la salud; su significado, preciso y claro, no deja lugar a dudas entre los hablantes de la lengua (por lo que es extremadamente raro verlo explicado o definido por sí solo cuando se usa por primera vez en un texto); es una neología semántica sencilla a la que no se le añade siquiera un sufijo adjetival, como podrían haber sido *enfermeril, enfermérico, enfermerístico, enfermeral, enfermeruno*, etc., lo que hace que incluso mantenga el registro del sustantivo y no añada ninguna connotación innecesaria.

Desde el punto de vista sociolingüístico, ambos neologismos son empleados dentro del propio campo de especialidad por organizaciones representativas (las cuales, como hemos visto, los utilizan en sus comunicaciones y publicaciones oficiales), pero también por publicaciones más generalistas, como periódicos de tirada nacional, programas de radio y televisión, etc.

Desde un punto de vista más especializado, las traducciones al español de la nomenclatura NANDA-I optan por el término *diagnósticos enfermeros*, asentando aún más este uso. Sin embargo, resulta curioso que, para traducir las intervenciones (*nursing interventions*) y los resultados (*nursing outcomes*), la NANDA-I emplee *intervenciones de enfermería* y *resultados de enfermería*, cuando en realidad no hay ninguna justificación semántica para ello: las intervenciones y los resultados son tan «enfermeros» como los diagnósticos, en tanto que las intervenciones las realizan las enfermeras, los resultados los evalúan las enfermeras y los diagnósticos los emiten las enfermeras. De todos modos, se nota una cierta preferencia entre las investigadoras por *intervenciones enfermeras* y *resultados de enfermería* frente a *intervenciones de enfermería* y *resultados enfermeros*, muchas veces utilizándolos todos como equivalentes en un mismo texto.

También varias lenguas romances de nuestro entorno han adoptado la misma solución adjetival, como el catalán (p. ej., *diagnòstics infermers, cures infermeres*)<sup>6</sup>; el valenciano (*diag-*

nòstics infermers, cures infermeres); el gallego (*diagnósticos enfermeiros, prescripción enfermeira*) y el francés (*diagnostics infirmiers, sciences infirmières*)<sup>7</sup>.

Además, otras disciplinas, como la medicina, recogen este uso adjetival, como viene haciendo el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) desde 2012 o incluso antes: «**enfermero, -ra** [...] 1. [...] adj. De la enfermería o relacionado con ella». Sin embargo, la RANM añade una observación continuación: «**Obs.:** Puede suscitar rechazo por considerarse anómalo su uso como adjetivo». Ni que decir tiene que hemos ofrecido suficientes razones y ejemplos para que dicho uso, al menos hoy en día, deje de considerarse anómalo tanto dentro como fuera de la disciplina enfermera<sup>8</sup>.

Respecto a los primeros ejemplos poliléxicos que pusimos de este nuevo uso adjetival, se puede comprobar en las notas que *profesión enfermera, disciplina enfermera, cuidados enfermeros y prescripción enfermera* se emplean incluso en la prensa generalista, a excepción de las fórmulas *teoría enfermera* o *teorías enfermeras*. En cuanto a los términos de especial relevancia que hemos analizado en mayor profundidad, lo mismo sucede con *resultados enfermeros*. Entendemos que esto se debe a que ambos conceptos pertenecen al ámbito más especializado de la investigación enfermera.

En cambio, constatamos que sucede lo contrario con el uso de *enfermería* como sustantivo colectivo, es decir, con el significado de «conjunto de personas dedicadas a la enfermería (|| actividad profesional)», dándose con bastante más frecuencia en la prensa generalista que en documentos del ámbito especializado. También en este caso el diccionario de la RANM parece haberse adelantado al DLE añadiendo el siguiente texto como quinta acepción de la voz *enfermería*: «s.f.; coloq. = personal de enfermería». La marca «coloquial» que le añade no la vemos justificada por todas las fuentes cultas citadas más arriba, que la usan en contextos formales y académicos, algunos muy especializados. Además, este uso neológico es una elegante solución que evita el empleo del femenino genérico *enfermeras* y resulta mucho más económico que *el personal de enfermería, los profesionales de (la) enfermería* y otras formas parecidas que, consciente o inconscientemente, vuelven a emplear el masculino<sup>9</sup>.

En definitiva, desde aquí nos gustaría proponer

- a) que tanto la traducción al castellano de *nursing* en aposición (*enfermero, ra*) como el adjetivo neológico *enfermero, ra* se utilicen de forma generalizada y homogénea al menos en los contextos más especializados, sobre todo en herramientas taxonómicas interrelacionadas que pretenden sistematizar, normalizar y uniformar la terminología y los conceptos de la disciplina enfermera,
- b) y que, en el ámbito más divulgativo (aunque en absoluto coloquial), por todo lo que hemos expuesto hasta aquí, la RAE reconozca y recoja en su DLE el adjetivo *enfermero, ra* y el sustantivo colectivo *enfermería*, pues creemos que ambos cumplen de sobra con todos sus requisitos y desde hace ya bastante tiempo.

## NOTAS

1. Algunos ejemplos de la *profesión enfermera*, de uso culto y procedentes de fuentes fidedignas: Consejo General de Enfermería, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, Colegio Oficial de Enfermería de Lugo y Universidad de Granada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Cantabria, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, *Redacción Médica, La Vanguardia, El País, El Periódico, ABC, 20 Minutos, El Mundo, La Voz de Galicia*, etc.
2. Algunos ejemplos de la *disciplina enfermera*, de uso culto y procedentes de fuentes fidedignas: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Universidad de La Laguna, Universidad Pablo de Olavide, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Cantabria, Universidad de Sevilla, *Elsevier Connect, SalusPlay, Temperamentvm (Fundación Index), Redacción Médica, La Vanguardia, ABC, 20 Minutos, El Periódico, La Voz de Galicia*, etc.
3. Algunos ejemplos de las *teorías enfermeras*, de uso culto y procedentes de fuentes fidedignas: Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación Index, SalusPlay, *Enfermería Global (Universidad de Murcia), El diagnóstico enfermero*, libros especializados, etc.
4. Algunos ejemplos de los *cuidados enfermeros*, de uso culto y procedentes de fuentes fidedignas: Servicio Andaluz de Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Málaga, Universitat de Alcalá, Universitat de Barcelona, Universidad de La Laguna, Universidade da Coruña, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, *Enfermería Clínica (Elsevier), SalusPlay, Fundación para el desarrollo de la enfermería (FUDEN), Revista ROL de Enfermería*, libros, *La Vanguardia, El País, ABC, El Mundo, La Voz de Galicia, El Periódico, Diario Sur, El Diario de Córdoba*, etc.
5. Algunos ejemplos de la *prescripción enfermera*, de uso culto y procedentes de fuentes fidedignas: Consejo General de Enfermería, Servicio Andaluz de Salud, Servicio Cántabro de Salud, Universidad de Valladolid, *Enfermería Clínica (Elsevier), Atención Primaria (Elsevier), La Vanguardia, El País, ABC, El Mundo, La Voz de Galicia, El Periódico*, etc.
6. Adjetivo reconocido por el TERMCAT en un número anterior de *Panace@*, donde se pone como ejemplo *recerca infermera*: «A aquesta base [*recerca*] s'hi afegeix l'adjectiu *infermer, -a*, una forma creada a partir del substantiu *infermer/infermera*, el qual prové d'una forma antiga *inferm, -a* (del llatí *infirmu, 'malalt'*)».
7. No así el italiano, que ha optado por añadir un sufijo adjetival, *-ístico, a (diagnosi infermieristiche, accertamento infermieristico)*; ni el portugués, que se ha decantado por de *enfermagem* ('de enfermería'), por ejemplo, *diagnósticos de enfermagem, processo de enfermagem*.
8. Además, si realmente la RANM considerase este adjetivo como algo anómalo, debería desaconsejar su uso en una observación al final de dicha entrada, como hace con *muchas otras voces*, en lugar de colocarlo como primera

acepción, por delante de la propia definición del sustantivo *enfermero, ra*.

9. Incluso la RANM reconoce que, «[p]or tratarse de una profesión históricamente muy feminizada, en el uso es abrumador el predominio de las formas femeninas (enfermera, enfermera diplomada, titulada en enfermería, etc.), que en ocasiones funcionan como género no marcado para referirse de forma global a los profesionales de ambos sexos».

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFevre, Rosalinda (2014): *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico*. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Amezcuca, M. (2018): «¿Por qué afirmamos que la enfermería es una disciplina consolidada?», *Index de Enfermería*, 27 (4): 188-190. <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es&nrm=i-so&tlang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es&nrm=i-so&tlang=es)> [consulta: 01.XII.2023].
- Aréjula Torres, José Luis; Rosario Fernández Flórez, Susana Martín Iglesias y Roberto Rodríguez Rego (2020): «Aplicación de los lenguajes enfermeros estandarizados en la práctica clínica. Sistemas de información sanitaria», en Paloma Echevarría Pérez (dir.): *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. 2.ª Edición. Barcelona: Elsevier.
- Brito-Brito, Pedro Ruymán (2013): *Redes y diagnósticos enfermeros*. Almería: Círculo Rojo.
- Brito-Brito, Pedro Ruymán (2010): «Definamos metodología enfermera y método enfermero», *El diagnóstico enfermero*. <<http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2010/12/definamos-metodologia-enfermera-y.html>> [consulta: 01.XII.2023]
- Charrier, J. y B. Ritter (2005): *El plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico enfermero: elaboración y puesta en práctica*. Barcelona: Masson.
- Butcher, H. K.; Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner (2018): *Nursing interventions classification (NIC)*. 7th ed. Barcelona: Elsevier.
- Butcher, Howard K.; Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner (2019): *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7.ª Edición. Barcelona: Elsevier.
- Echevarría Pérez, P. (dra.) (2016; 2020): *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. Barcelona: Elsevier.
- Ferrer Arnedo, C. y M. I. González Navarro (dir.) (2021). *Liderazgo enfermero: pinceladas de experiencia*. Madrid: Tecnos.
- Gordon, M (2003): *Manual de diagnóstico enfermero*. Madrid: Mosby/Doyme.
- Gordon, M. (1996): *Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación*. 3.ª ed. Madrid: Mosby/Doyme.
- Guirao Goris, Josep Adolf; Ramón Camaño Puig y Andrés Cuesta Zambrana (2001): *Diagnóstico de enfermería: categorías, formulación e investigación*. Sevilla: Ediversitas Multimedia S. L.
- Herdman, T. H.; S. Kamitsuru y C. T. Lopes (2021): *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023* (12th ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc. <<https://doi.org/10.1055/b000000515>> [consulta: 04.XII.2023].
- Herdman, T. H.; S. Kamitsuru y C. T. Lopes (eds.) (2021): *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* (12.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Jiménez López, Francisca Rosa (2005): «El proceso de enfermería en radiología», en Cayetano Fernández Sola (dir.): *Enfermería radiológica*. Almería: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería, pp. 19-24.
- Johnson, M; G. Bulechek, J. McCloskey, M. Maas y S. Moorhead (2002): *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Barcelona: Elsevier Science.
- Luis Rodrigo, M. T. (2001): *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Barcelona: Masson.
- Martínez-Martín, M. L. y E. Chamorro-Rebollo (2023): *Historia de la enfermería (4.ª ed.)*. Evolución histórica del cuidado enfermero. Barcelona: Elsevier.
- Martín García, Ángel *et al.* (2023): «La importancia de escribir con cuidado para publicar», *Panace@*, 21 (52): 6. <[https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/panacea20-52\\_05\\_Miscelanea\\_MartinGarcia\\_et\\_al.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/panacea20-52_05_Miscelanea_MartinGarcia_et_al.pdf)> [consulta: 01.XII.2023].
- Moorhead, Sue; Elizabeth A. Swanson, Marion Johnson y Meridean L. Maas (2019): *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Moorhead, Sue; Elizabeth A. Swanson, Marion Johnson y Meridean L. Maas (2018): *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. 6th ed. Barcelona: Elsevier.
- Moorhead, Sue; Marion Johnson, Meridean L. Maas y Elizabeth A. Swanson (eds.) (2013): *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier.
- NANDA (1997): *Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación*. 1997-1998. Harcourt Brace de España.
- Real Academia Española (2023): *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., versión 23.7 en línea. <<https://dle.rae.es>> [consulta: 01.XII.2023].
- Real Academia Española (2021): *Estatutos y reglamento de la Real Academia Española*. Madrid: Real Academia Española. <<https://t.co/bcPOceHl7Z>> [consulta: 01.XII.2023].
- Real Academia Nacional de Medicina (2012): *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. <<https://dtme.ranm.es/index.aspx>> [consulta: 01.XII.2023].
- TERMCAT (2023): «L'actualitat, en clau terminològica», *Panace@*, 24 (57): 83. <[https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/panacea23-57\\_13\\_Entremeses\\_06\\_Termcat.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/panacea23-57_13_Entremeses_06_Termcat.pdf)> [consulta: 01.XII.2023].

# Salud con perspectiva de género: la menopausia desde la voz de las mujeres

*Gender-sensitive health: menopause from the perspective of women*

M. Isabel Santamaría-Pérez\*

**RESUMEN:** El objetivo de este estudio es examinar, a partir de una encuesta realizada sobre la menopausia, si las mujeres sienten que los estereotipos y prejuicios de género todavía persisten en el contexto social actual o si se detectan ciertos cambios estructurales. Para ello, se analiza cómo ha evolucionado el concepto de menopausia a lo largo del tiempo y cómo se construye la imagen de la menopausia en dos tipos de discursos marcados ideológicamente y que muestran la evolución de la sociedad: los diccionarios y la prensa. Los resultados muestran que persisten sesgos de género y una percepción negativa en la concepción de la menopausia.

**PALABRAS CLAVE:** diccionarios, encuesta, menopausia, perspectiva de género, salud.

**ABSTRACT:** *Using a survey on menopause, this study aims to examine whether women feel that gender stereotypes and prejudices persist in the current social context or whether structural changes can be detected. To this end, the evolution of the concept and construction of the image of menopause in two types of ideologically marked discourses that reveal the evolution of society are analysed: dictionaries and press sources. The results show that gender prejudices and negative assumptions persist in perceptions of menopause.*

**KEYWORDS:** *dictionaries, gender perspective, health, menopause, press, survey.*

**Panace@ 2023; XXIV (58): 14-22**

**Recibido: 16.XI.2023. Aceptado: 23.XI.2023.**

## 1. Introducción

Este trabajo quiere ser la antesala del actual monográfico titulado «La voz de las mujeres: Desafíos y particularidades de la perspectiva de género en contextos biosanitarios» al examinar cómo las propias mujeres se representan y se perciben a sí mis-

mas. A partir de una encuesta realizada sobre la menopausia, el objetivo de este estudio es comprobar si las mujeres sienten que los estereotipos y prejuicios de género todavía persisten en el contexto social actual o si se detectan ciertos cambios estructurales.

Si bien es cierto que la salud de las personas muestra diferencias biológicas por sexo, también las hay derivadas del género por circunstancias socioculturales que desembocan en diferentes comportamientos y actitudes de hombres y mujeres ante la salud, la sexualidad y la reproducción. Con la incorporación de la perspectiva de género se ha contribuido a visibilizar mejor la salud de las mujeres, pero también se ha mostrado la persistencia y la prevalencia de ciertas ideologías sexistas relacionadas con el cuerpo y la libertad sexual de las mujeres.

En los últimos años son muchas las mujeres que están siendo protagonistas de este cambio, tomando la palabra y alzando su voz para luchar contra las desigualdades de género en salud, ya sea desde ámbitos científicos (Ruiz Cantero, 2019; Valls-Llobet, 2021), ya sea a través de los medios de comunicación o las redes sociales. Aun así, un reciente estudio del Instituto de las Mujeres (2022) sobre la sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español revelaba algunos datos interesantes para comprender sus necesidades y preocupaciones en materia de salud sexual y reproductiva. Las jóvenes encuestadas suspenden la educación sexual recibida y demandan una mayor y mejor educación sexual en torno a temas como el bienestar y la gestión emocional, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, la diversidad sexual, el placer o los métodos anticonceptivos.

Como vemos, los temas de salud sexual y reproductiva como los tratados en este monográfico son importantes para las mujeres, desde procesos biológicos como la menopausia, enfermedades como la endometriosis o estados psicológicos relacionados con el duelo perinatal, y otros muchos como la infertilidad o las infecciones por transmisión sexual. Un aspecto relacionado con la salud reproductiva de las mujeres es la menopausia, al cual se le dedican varios trabajos en este número.

En los últimos años del siglo xx, la interpretación y la explicación sobre la menopausia se ha convertido en un tema de gran interés, no solo como un proceso individual, sino también como un hecho social, dadas las diferentes posiciones que la medicina y el pensamiento feminista tienen al respecto, con po-

\* Grupo EPA. Departamento de Filología española, Lingüística general y Teoría de la Literatura. Universidad de Alicante, Alicante (España). Dirección para correspondencia: [mi.santamaria@ua.es](mailto:mi.santamaria@ua.es).

siones antagónicas (Botello Hermosa y Casado Mejía, 2014: 182). Mientras que para la medicina la menopausia se asocia a una enfermedad deficitaria o una patología biológica que requiere atención especializada como medicación o tratamiento, desde el feminismo se ve como un proceso natural asociado a la edad sin mayores complicaciones.

Lo cierto es que, pese a ser una etapa más en la vida de todas las mujeres, adquiere distintas significaciones según los contextos sociales y las particularidades de cada mujer. En nuestra cultura patriarcal, el sexo femenino ha estado sujeto a ideales de belleza, juventud y maternidad que, al llegar al final de la etapa reproductiva, queda sumergido en connotaciones negativas que impactan en la forma de verse o sentirse cada mujer (Micol Pérez, 2020). Estamos ante un proceso natural, una etapa fisiológica sobre la que se han construido discursos negativos, se ha invisibilizado y se ha ocultado, aunque se observa un cambio de tendencia y se empiezan a construir relatos con una imagen más positiva. Aun así, lo cierto es que la menopausia sigue siendo una etapa de la vida de las mujeres cargada de fuertes connotaciones negativas que van unidas principalmente a las ideas de déficit, deterioro y vejez o ansiedad, depresión y cambios de humor.

Por eso, el objetivo de este estudio es doble. Por un lado, mostrar cómo ha evolucionado el concepto de la menopausia a lo largo del tiempo y mostrar cómo se construye la imagen de la menopausia en dos tipos de discursos marcados ideológicamente y que muestran la evolución de la sociedad: los diccionarios y la prensa. Por otro, el segundo objetivo de esta investigación es conocer y analizar los estereotipos de género que existen actualmente sobre la menopausia en las mujeres a través de una encuesta y verificar la existencia de prejuicios sexistas hacia este fenómeno fisiológico.

Este estudio surge dentro de un contexto de investigación y académico en el que venimos trabajando desde hace varios años relacionado con el lenguaje y la medicina. Cada avance en el conocimiento implica un cambio lingüístico y permite analizar la evolución cultural, científica, económica, política o ideológica que una sociedad ha experimentado a lo largo de su historia. Los precedentes de esta línea de investigación los encontramos en una red de innovación educativa sobre el papel del lingüista en la sociedad de la información y el conocimiento, que aborda diferentes formas en que el lingüista puede ayudar a científicos y profesionales a adquirir competencias lingüísticas y comunicativas, en inglés y en español, que les faculten, a su vez, para poder llevar a cabo determinadas actividades académicas y profesionales para las que se requiere de un uso correcto, apropiado y efectivo de las citadas lenguas<sup>1</sup>. En cuanto al marco de investigación, nos situamos en el proyecto NEOTERMED<sup>2</sup>, que se centra en la neología y terminología en ciencias de la salud. El objetivo es el estudio de la variación y el análisis multidimensional del discurso biomédico relacionado con la salud reproductiva con el fin de favorecer la alfabetización en salud y la igualdad de género. Además, contamos con el proyecto DIGITENDER<sup>3</sup>, cuyo objetivo es la digitalización, tratamiento y publicación en línea de recursos terminológicos multilingües abiertos con perspectiva de género en la sociedad digital.

Hasta el momento, la mayoría de los estudios de salud con perspectiva de género se han realizado desde una perspectiva médica, psicológica o social, y son escasos los trabajos realizados desde un análisis del propio lenguaje. No debemos olvidar que, a través del lenguaje, expresamos nuestros pensamientos e ideas, representamos nuestra forma de entender y ver el mundo. Una mirada de género en salud nos permitirá reconocer desigualdades y sesgos de género en este contexto.

## 2. Corpus y metodología

Para la realización de este estudio utilizamos tres instrumentos de análisis que darán respuesta a nuestros objetivos.

En primer lugar, revisamos el término *menopausia* en los diccionarios generales del español a través de los recursos disponibles en la página de la Real Academia Española (RAE), como el *Nuevo tesoro lexicográfico, Diccionario de la lengua española* y *Enclave RAE*. Para un análisis contrastivo, se ha empleado el *Diccionario del español actual* (DEA), de Manuel Seco, y dos diccionarios especializados: el *Diccionario de términos médicos* (DTM), de la Real Academia Nacional de Medicina, y el recurso *Enclave ciencia* de la RAE.

En segundo lugar, hemos creado un corpus *ad hoc* a partir de textos que tratan el tema de la menopausia, extraídos de la base de datos Factiva<sup>4</sup>, con el fin de conocer cuál es la representación cuantitativa de noticias relacionadas con la menopausia en esta base de datos. Para ello, hemos restringido la búsqueda a prensa española (fuentes: *El País*, *El Mundo*, *La Vanguardia*, *ABC*, etc.), en español, de España y del ámbito temático de la salud. Los resultados obtenidos se recogen en la tabla 1. Desde el primer testimonio en 1995 hasta el año 2000, aparecen 90 noticias en español en España; entre 2001 y 2010, el número aumenta a 1817. Finalmente, entre 2011 hasta octubre de 2023, la relación de noticias alcanza un número elevado, 4524, lo que supone un aumento progresivo de noticias sobre el tema de la menopausia: más de un 4000 % en esta última década, tal y como se representa en los gráficos 1, 2 y 3.

TABLA 1. Número de noticias por etapas en Factiva

Número de noticias	1995-2000	2001-2010	2011-2023
	90	1817	4524

En segundo lugar, nos interesaba también conocer cómo se ha tratado la menopausia en la prensa escrita a lo largo del tiempo para un estudio de carácter cualitativo. A partir de las noticias recuperadas de Factiva, seleccionamos un número de noticias fijándonos en los titulares de manera aleatoria. Nuestro corpus está formado por textos de la prensa y se divide también en tres subcorpus cronológicos, cuyos datos son los siguientes:

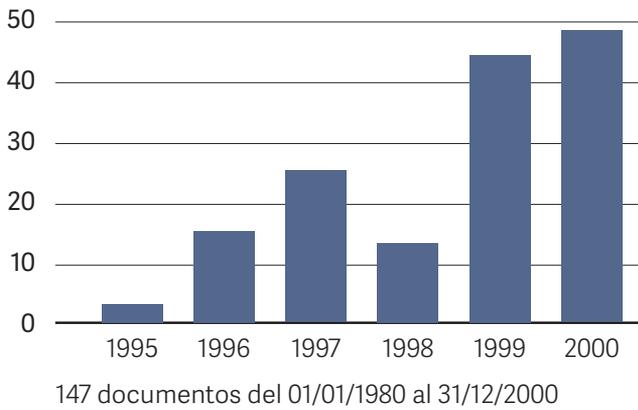


FIGURA 1. Número de noticias sobre menopausia en Factiva entre 1995 y 2000

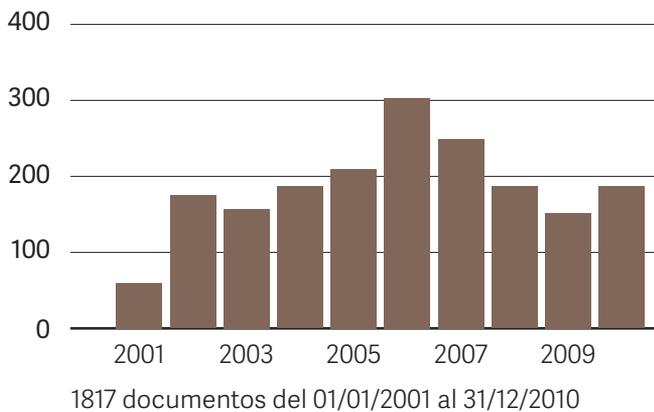


FIGURA 2. Número de noticias sobre menopausia en Factiva entre 2001 y 2010



FIGURA 3. Número de noticias sobre menopausia en Factiva entre 2011 y 2023

- ▶ Subcorpus 1 (1995-2000): 8075 *tokens*, 6734 palabras en 12 documentos
- ▶ Subcorpus 2 (2001-2010): 6554 *tokens*, 5621 palabras en 11 documentos
- ▶ Subcorpus 3 (2011-2023): 9340 *tokens*, 8118 palabras en 10 documentos

En tercer lugar, hemos elaborado una encuesta sobre la percepción de la menopausia dividida en tres apartados. Las tres primeras preguntas son variables independientes, extralingüísticas y de carácter demoesocial, mientras que las restantes son dependientes, ya que aportan información relacionada con el tema de la investigación; es decir, nos permiten valorar cómo se percibe la menopausia. En cuanto al cuestionario, optamos por diseñar preguntas cerradas, de elección múltiple mediante cuestiones directas en las que los participantes tienen que escoger una opción de las repuestas ofrecidas. Han respondido el cuestionario 75 participantes de diferente sexo, edad y formación. El diseño del instrumento de investigación es un cuestionario de 3 bloques: bloque 1: parte identificativa; bloque 2: percepción de la menopausia; bloque 3: valoración y opinión solo de mujeres en premenopausia o en la menopausia. Para la recogida de los datos se ha empleado la plataforma Google Forms (<https://forms.gle/8CHPRuBDUpoBR7ps8>).

### 3. La representación de la menopausia en el discurso

La elección de los discursos seleccionados se ha realizado de forma consciente. Sabemos que la lengua no es un simple instrumento de comunicación, sino que sirve para transmitir determinadas ideas. Así, sentimientos e ideología pueden condicionar la redacción de ciertos discursos que se convierten en medios que contribuyen o favorecen determinados pensamientos o posturas ante la lengua (Santamaría, 2019). Las diferentes elecciones lingüísticas que realizamos a la hora de definir o explicar un concepto —como la menopausia u otros procesos, trastornos o enfermedades propias de las mujeres o con mayor prevalencia en ellas— se pueden cargar de sesgos de género e ideas sexistas sobre la mujer.

Tanto los medios de comunicación como los diccionarios son productos de su época y, por tanto, son discursos condicionados ideológicamente, pues al ser testimonios vivos de un modelo idiomático en un espacio y tiempo concretos, nos permiten ver cómo evoluciona la sociedad. El discurso periodístico, siguiendo a Van Dijk (1996), es un discurso marcado ideológicamente y sirve para transmitir un «conjunto de ideas que caracteriza el pensamiento de una persona, colectividad o época» (DLE, 2014). Por su parte, la descripción del léxico que lleva a cabo el diccionario de la lengua no es siempre objetiva o aséptica desde el punto de vista ideológico. En ambos casos, el conjunto de creencias, actitudes y valores que de manera individual o intersubjetiva condicionan la percepción de la realidad

de una comunidad hablante determinada aparece representado, de manera intencionada o no, tanto en las noticias como en alguno de los diversos apartados que conforman el artículo lexicográfico (Azorín y Santamaría, 2011).

### 3.1. El concepto de menopausia en los diccionarios

Atendiendo a los resultados, la primera vez que se incluye el término *menopausia* es en el diccionario de Ramón Joaquín Domínguez (1847), conocido como *Diccionario nacional*. Tal y como reza en el título, es:

el más copioso de los publicados hasta el día [...]. Contiene más de 4,000 voces usuales y 86,000 técnicas de ciencias y artes, que no se encuentran en los demás diccionarios de la lengua, y además los nombres de todas las principales ciudades del mundo, de todos los pueblos de España, de los hombres célebres, de las sectas religiosas, etcétera.

En su obra, Domínguez habla de «cesación» y «efecto de la edad» y no se atribuye a la mujer. Aunque esto no parezca relevante, lo es, porque las mujeres somos las únicas hembras que dejan de menstruar y pierden su capacidad de reproducción, a excepción de algún tipo de ballena. También figura el término en los diccionarios de Gaspar i Roig (1855), en cuya definición sí se incluye «menstruo de las mujeres» y, en el diccionario de Zerolo (1895), marcada temáticamente («Med.») y con la connotación de la edad.

Hasta la edición de 1899 no figura el término *menopausia* en el diccionario académico, y se mantiene esta definición hasta la edición de 1970. Se define como «cesación natural», se incluye el concepto de «mujer» y se habla de «edad crítica» que corresponde al «décimo lustro», con lo que se observa cierto sesgo de género en la definición. A partir de la edición del 89, desaparece la referencia a la edad. En cambio, en el DRAE de 1992, se habla de «interrupción natural» en lugar de «cese», cargado, a nuestro parecer, de cierta connotación negativa, y se vuelve a incluir la edad («entre los 45 y 55 años»). Ya en la 22.<sup>a</sup> edición se introduce el concepto de «climaterio femenino» y se marca temáticamente con «Biol.». En el DLE se habla de «cese natural», se introduce el calificativo de «permanente» y, en una segunda acepción, se habla de «periodo de la vida de una mujer». En los diccionarios especializados se especifica que es la «última menstruación» o «la interrupción natural de la menstruación», y en estas obras se especifica que es un proceso propio de la mujer. En general, se observa que es un proceso marcado por un final (*cese, supresión, interrupción*) y por la edad como algo negativo (*efecto de la edad, edad crítica*).

TABLA 2. *Definición de menopausia en diccionarios generales y especializados de español*

Diccionario	Definición
Domínguez (1853)	«Nombre dado a la <b>cesación del menstruo por efecto de la edad</b> ».
Gaspar i Roig (1855):	« <b>Cesación de flujo menstruo de las mujeres</b> ».
Zerolo (1895)	« <b>Med.</b> Nombre dado a la <b>supresión de los menstruos por efecto de la edad</b> ».
<i>Dicc. Usual</i> (eds. 1899, 1914, 1925, 1936, 1939). <i>Dicc. Manual</i> (eds. 1927, 1950, 1970).	« <b>Cesación natural de las reglas en la mujer</b> , cuando esta llega a la <b>edad crítica</b> , que suele ser en el décimo lustro de su vida».
DRAE 1989	« <b>Cesación natural de la menstruación</b> en la mujer». «Época en que se produce».
DRAE 1992	«1. <b>Interrupción natural de la menstruación</b> de la mujer, aproximadamente entre los 45 y 55 años. 2. Época de la vida de la mujer en que deja de presentarse la menstruación».
DRAE 2001	«1. f. <b>Climaterio femenino</b> . »2. f. Época de la vida de la mujer en que experimenta el climaterio. »3. f. Biol. Cesación natural de la menstruación».
DEL	«1. f. <b>Cese natural y permanente de la menstruación</b> . »2. f. <b>Período de la vida de una mujer</b> en que se experimenta la menopausia».
DEA	« <b>Cese natural de la menstruación</b> . También la edad en que se produce».
DTM	«1 [ingl. <b>menopause</b> ] s.f. <b>Última menstruación de la mujer</b> . Sin.: desus.: pausimena. 2 s. f. = <b>climaterio femenino</b> ».
<i>Enclave ciencia</i>	«1. f. Fisiol. Interrupción natural de la <b>menstruación</b> de la mujer, aproximadamente entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años».

Con respecto a *climaterio*, término asociado a la menopausia en las últimas definiciones, aparece por primera vez en el DRAE de 1956 y se relaciona con la «extinción de la función genital», acepción que se mantiene hasta la edición del 2001. En el diccionario actual se cambia «función genital» por «función reproductora». Es curiosa la definición del DEA, que asocia este cese tanto a hombres como a mujeres. Finalmente, en el diccionario de medicina, el DTM, se define como un periodo de cambios diversos en la mujer. En el caso de *Dicciomed (Enclave ciencia)*, se define como un periodo fisiológico relacionado con «la función genital» y se califica de «periodo crítico y decisivo», añadiendo con ello, en nuestra opinión, ciertas connotaciones negativas al concepto de *climaterio*.

Tabla 3. Definición de climaterio en diccionarios generales y especializados de español

Diccionario	Definición
RAE 1956	«Dícese del <b>periodo de vida que precede y sigue a la extinción de la función genital</b> ».
RAE 2001	«1. m. Biol. Período de la vida que precede y sigue a la extinción de la función genital».
DLE	« <b>Período de la vida en que cesa la función reproductora</b> ».
DEA	«Período de la vida humana en que <b>cesa la función reproductora de la mujer o la actividad testicular del hombre</b> ».
DTM	« <b>climaterio femenino</b> [ingl. <b>female climacteric</b> ] 1 <b>Período de grandes cambios endocrinos, somáticos y psíquicos en la vida de la mujer</b> , que se inicia cuando aparecen las alteraciones menstruales previas a la menopausia y finaliza en la senescencia».
Enclave ciencia (Dicciomed)	«Climaterio »1. m. Fisiol. Período de la vida que precede y sigue a la extinción de la función genital. Período crítico, decisivo».

### 3.2. El concepto de menopausia en la prensa

Una vez elaborado nuestro corpus *ad hoc* sobre la menopausia a partir de noticias halladas en Factiva y divididas por etapas, procedimos a subir estos subcorpus a Sketch Engine. Mediante la búsqueda de palabras clave, obtuvimos el siguiente léxico asociado a la menopausia, que nos ha permitido averiguar si ha habido cambios en la concepción de la menopausia a lo largo del tiempo, en consonancia con los cambios sociales y culturales. Los resultados muestran lo siguiente:

En el subcorpus 1, que recoge textos de los primeros años, predomina el léxico relacionado con los tratamientos, pues se concibe la menopausia como una enfermedad que afecta negativamente al estado de ánimo de las mujeres. Además, se emplean calificativos asociados a la vejez y adjetivos despectivos como *menopáusica*.

Tratamientos: *terapia hormonal, parche de testosterona, falta de hormonas*.

Estado de ánimo de la mujer: *libido de las mujeres, ánimo de las mujeres, pérdida de deseo sexual*.

Calificativos asociados a la mujer: *mujer menopáusica, mujer anciana, principio de la vejez*.

En el segundo grupo de textos (subcorpus 2), también aparecen tratamientos, pero se sustituyen las terapias hormonales y medicamentos por suplementos naturales y alimentos saludables. Se habla ya de cambios fisiológicos y psíquicos asociados a la menopausia y otras enfermedades. Se percibe un cambio

en los adjetivos empleados para calificar a la mujer como «madura».

Tratamientos: *terapia hormonal sustitutiva, suplemento de calcio, suplemento vitamínico, densitometría ósea, dieta baja en grasa, alimentación equilibrada*.

Medicina: *osteoporosis, cáncer de mama, riesgo cardiovascular*.

Cambios fisiológicos: *producción de estrógenos, pérdida de masa ósea, incontinencia urinaria, sequedad vaginal, insomnio*.

Cambios psíquicos: *cambio de humor, trastorno psíquico, problema psicológico, sensación subjetiva de calor, sensación de sequedad vaginal*.

Calificativos asociados a la mujer: *mujer madura*.

En el tercer conjunto de textos ya solo se habla de tratamientos relacionados con la alimentación y el ejercicio. Se habla mucho de los cambios físicos y fisiológicos que están relacionados con ella y también los psíquicos.

Tratamientos: *ejercicio de fuerza, dieta saludable, tabla de ejercicios, masa muscular, tono muscular, alimentación equilibrada*.

Cambios fisiológicos: *cambio hormonal, falta de lubricación, falta de hormonas, falta de estrógenos, pérdida de masa ósea, falta de vitamina D, aumento de grasa corporal, sequedad en la piel, salud ósea, sequedad vaginal, retención de líquidos, estreñimiento, sofoco, insomnio*.

Cambios psíquicos: *falta de deseo, apetito sexual, cambios de humor, estado anímico*.

Estos cambios que se han observado en el léxico frecuente en el cuerpo de los textos se hacen también evidentes en los titulares de las noticias. En el subcorpus 1, los titulares se centran en el aspecto médico del tipo: «El senado insta al Gobierno a desarrollar campañas informativas sobre los tratamientos de la menopausia»; «Los tratamientos hormonales logran mejorar los trastornos de la menopausia»; «Terapia hormonal: ¿fuente de juventud?». En la segunda etapa, entre 2001 y 2010, aparecen titulares en los que la menopausia es aún vista como una enfermedad que ocasiona múltiples problemas o empeora la calidad de vida: «Las menopáusicas que se han centrado en los hijos sufren más trastornos psíquicos»; «La menopausia va asociada a factores de riesgo que pueden influir en la salud de las mujeres»; «La menopausia agrava la tendencia a la obesidad». Sin embargo, a su vez, empiezan a surgir de forma tímida titulares antagónicos: «Que la menopausia no te rompa la vida»; «La menopausia es una etapa más de la vida que hay que saber aceptar». Finalmente, en el último subcorpus, que recoge noticias desde el 2011 hasta la actualidad, los titulares se centran especialmente en dar a conocer mejor esta etapa: «Los sofocos, uno de los síntomas de la menopausia»; «Así afecta la menopausia a la vida sexual»; «¿Preguntas sobre la menopausia y el climaterio? Aquí tienes las respuestas»; «Menopausia, hora de derribar el último tabú». Por otro lado, muchos titulares se

centran en la nutrición («La dieta durante la menopausia debe incrementar los alimentos vegetales y asegurar el aporte de calcio y vitaminas D y K»; «Cómo adelgazar en la menopausia») o en el ejercicio («Los ejercicios que mejoran tu cuerpo a partir de los 50 años»; «Cuatro consejos para hacer deporte durante la menopausia»). La idea es vender hábitos saludables y una actitud activa y positiva ante la menopausia.

### 3.3. Percepción del concepto de la menopausia a través de una encuesta

Como hemos dicho, nos interesaba también conocer la percepción real del concepto *menopausia* y, para ello, hemos elaborado una encuesta que nos permitirá conocer qué sienten las mujeres ante este proceso biológico y la actitud de la sociedad en general, de ahí que se haya incluido inicialmente a personas de sexo masculino.

En la encuesta han participado 75 personas, el 76 % mujeres y el 24 %, hombres. Por rango de edad solo hemos tenido en cuenta a personas adultas, a partir de los 18 años, y las hemos dividido en las siguientes franjas etarias. La mayoría de las respuestas obtenidas, el 28 %, se sitúan entre 51-55 años, seguidos de personas de más de 60 años (21,3 %); la franja entre 46-50, con el 16 %; el 23,3 %, entre 56-60 y, finalmente, los menores de 40 años, con un 10,7 % y mayores de 61 años, con el 10 %. Respecto a la formación académica, la mayoría, el 44 %, son personas con titulación superior (grado o licenciatura), el 29 % tiene el bachillerato y el 16 %, un doctorado.

A continuación, nos adentramos en la sección titulada «Percepción de la menopausia». La primera cuestión planteada es con qué palabras asocias esta enfermedad. Una vez obtenido el listado, se ha introducido en Sketch Engine y mediante la herramienta «Lista de palabras», se han extraído los que se repetían con mayor frecuencia. Además de *mujer*, son frecuentes las palabras asociadas a síntomas como *sofoco*, *calor*, *sequedad*, *sudor*, *cansancio*, *insomnio*; otras muchas, relacionadas con aspectos psicológicos: *cambio*, *humor*, *malestar*, *tristeza*, *fin*, *irritabilidad*; y con alguna enfermedad, como *osteoporosis*. La mayoría de las respuestas asocian el concepto de menopausia a sustantivos que tienen que ver con el final de una etapa (la juventud) y el inicio de otra (la vejez): *vejez*, *fin*, *envejecimiento*, *cambio*, *madurez*, *infertilidad*, *edad*. Solo en un caso se asocia a algo positivo: *libertad*. En el trabajo de Muñoz, Lloret y Santamaría, en este mismo número, se aplica la herramienta Emolex para observar de manera cuantitativa el sentimiento positivo o negativo y las emociones asociadas.

La segunda cuestión se centra en conocer si las mujeres en esta etapa de su vida tienen el mismo nivel de comprensión de la menstruación o el embarazo que en otras épocas. El 80 % considera que no (fig. 4). A ello se suma que el 86 % de las personas encuestadas consideran que no se da suficiente información en los medios, con lo cual sigue siendo una etapa vital invisibilizada y ocultada frente a otros trastornos u otras etapas relacionadas con la salud sexual o reproductiva (fig. 5). De igual modo, mientras trastornos o problemas asociados a otros procesos

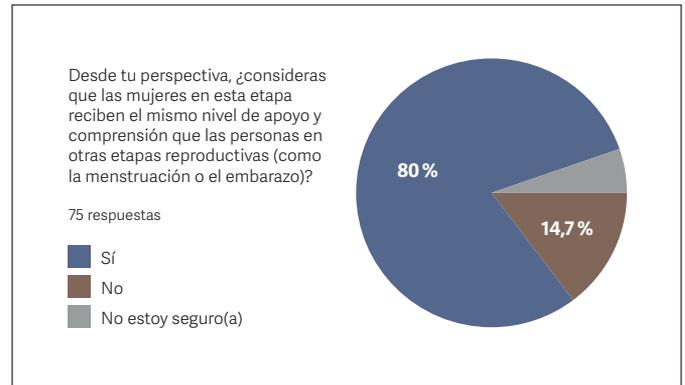


FIGURA 4. Nivel de apoyo y comprensión en la menopausia

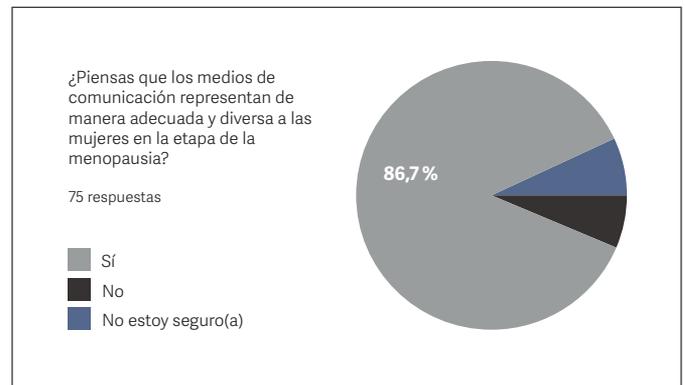


FIGURA 5. Nivel de representación de la menopausia en los medios de comunicación

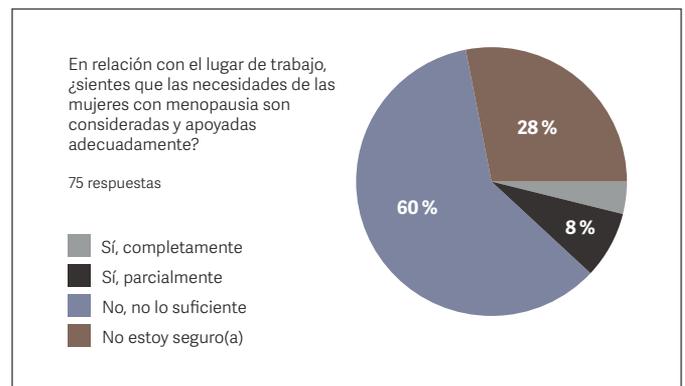


FIGURA 6. Sensación de apoyo en el lugar de trabajo

naturales como la menstruación ya son reconocidas como situaciones en las que la mujer puede pedir la baja laboral desde el 1 de junio de 2023, no ocurre así con los sofocos, los cambios de humor y otros trastornos que conlleva la menopausia, y así lo siente más del 60 % de las personas encuestadas, que se consideran poco comprendidas en el trabajo (fig. 6). Este dato es relevante, ya que actualmente la vida laboral de una mujer a partir de los 50 años está en su plenitud y aún le quedan entre 15 y 20 años de ejercicio profesional.

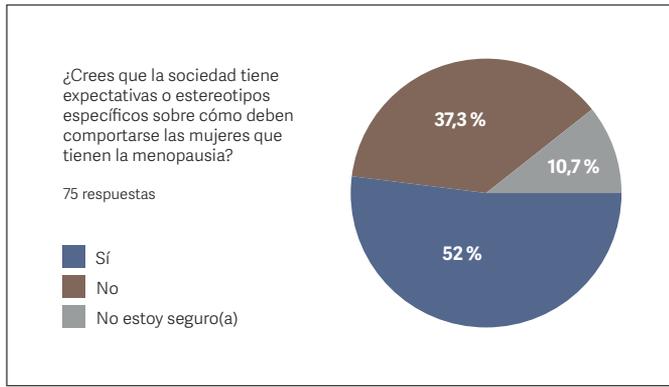


FIGURA 7. Nivel de creencia de persistencia de estereotipos sobre las mujeres con menopausia

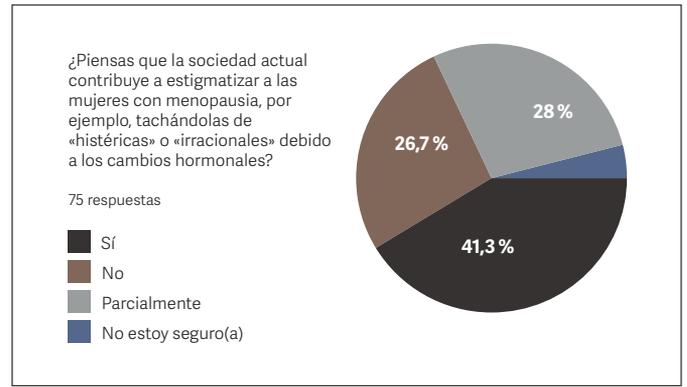


FIGURA 10. Relación de menopausia con calificativos negativos

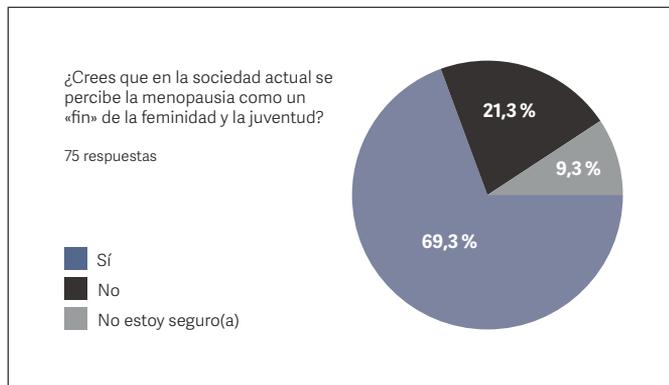


FIGURA 8. Asociación de la menopausia con el fin de la juventud

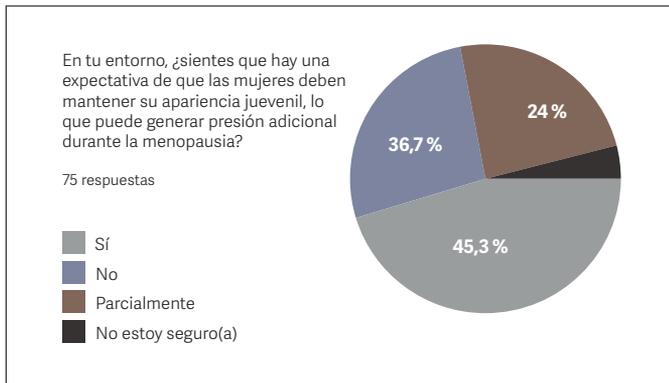


FIGURA 9. Nivel de expectativa por mantener una apariencia juvenil

Con respecto a los estereotipos asociados a la menopausia, más del 50 % cree que siguen existiendo (fig. 7) y que se asocian al fin de la feminidad y la juventud, casi un 70 % (fig. 8), lo que implica que más del 45 % se sienta presionada por mantener una apariencia juvenil (fig. 9). Un 41 % considera que aún se sigue tratando a las mujeres como «menopáusicas» y se relaciona con adjetivos como *histéricas* o *irracionales* debido a los cambios hormonales (fig. 10).

El tercer bloque de preguntas iba destinado a mujeres en el inicio o con la menopausia. En total, han respondido 50 mujeres, de las cuales el 70 % ha experimentado síntomas (fig. 11) y los más frecuentes son: sofocos, insomnio y cambios de humor.

Nos interesaba conocer si las mujeres en esta etapa de su vida buscan información o apoyo que les ayude o facilite su bienestar. La mayoría (53 %) busca el apoyo con su especialista, pero más de un 37 %, con otros (fig. 12). Frente a otras épocas en las que se trataba la menopausia como una enfermedad y estaba excesivamente medicalizada, en la actualidad, cerca del 75 % no toma ningún tratamiento (fig. 13).

Finalmente, si preguntamos a las mujeres cómo califican su calidad de vida desde que comenzó la menopausia, el 48,8 % contesta que algo peor, y el 32 %, igual (fig. 14). Pese a ello, la mayoría de las mujeres, el 61,2 %, considera que es una etapa natural de la vida y hay que aceptarla como tal (fig. 15).

#### 4. Conclusiones

Tras el estudio realizado, los resultados muestran que se percibe un cambio en el concepto de menopausia a lo largo del tiempo, con una mayor presencia en todos los ámbitos, especialmente en la última década.

Respecto a los discursos analizados, en los diccionarios se define desde una perspectiva sesgada, pues siempre se habla de *cese* o *fin* de la *función reproductora* y se asocia a la edad, aunque no siempre se menciona a la mujer.

En la prensa, es un tema que ha ido aumentando su presencia, pues las noticias relacionadas con la temática de la menopausia no han parado de crecer. Se puede ver a través del corpus creado la propia evolución del concepto de *menopausia*: de una enfermedad que necesita tratamiento a un proceso biológico natural que presenta síntomas y ciertos trastornos, pero que, con ejercicio y alimentación, se consigue superar. Como veremos en el trabajo de Mapelli en este mismo número, en el que analiza varios blogs de menopausia en Instagram, se intenta visibilizar la menopausia: definición, identificación de síntomas,

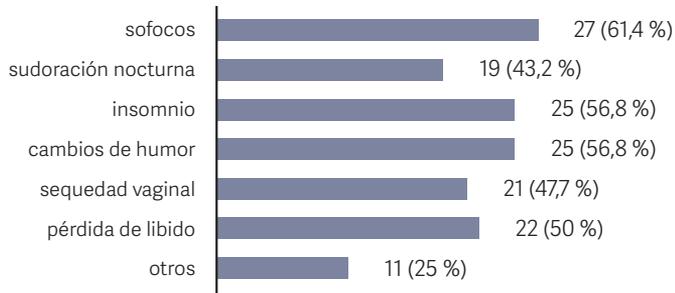


FIGURA 11. Relación de síntomas durante la menopausia

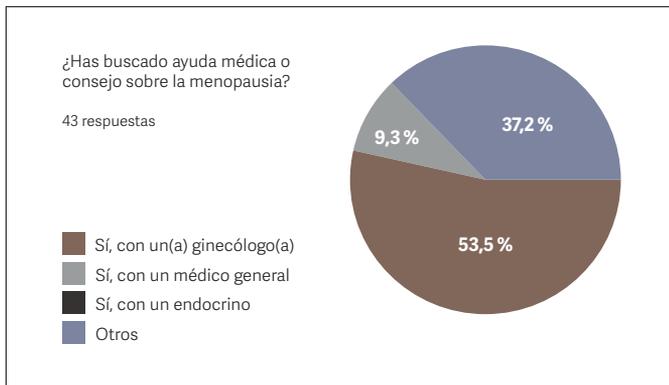


FIGURA 12. Búsqueda de información sobre menopausia

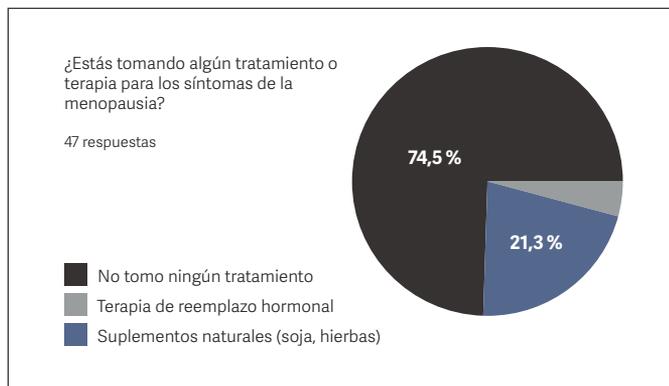


FIGURA 13. Uso de terapias o tratamientos

problemas o trastornos y, sobre todo, concienciar a las mujeres para que tengan un papel activo en esta nueva etapa.

Tras los resultados obtenidos en la encuesta, podemos decir que la imagen de la menopausia se sigue asociando a emociones negativas (pérdida, miedo, tristeza, falta, cambio) y a estereotipos relacionados con la pérdida de juventud y de belleza que conducen hacia la senescencia, marcada negativamente. Pese a que la mayoría de las mujeres perciben la menopausia como

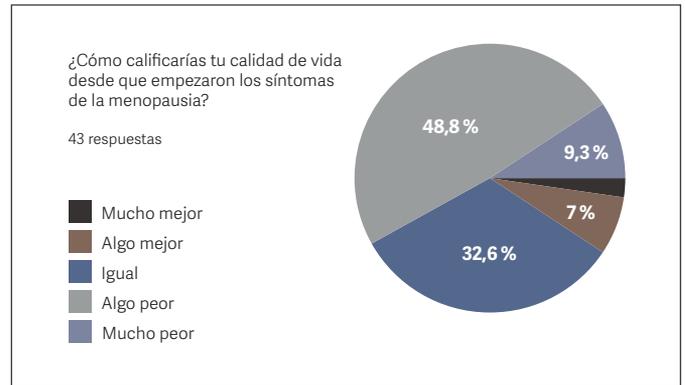


FIGURA 14. Calificación de calidad de vida durante la menopausia

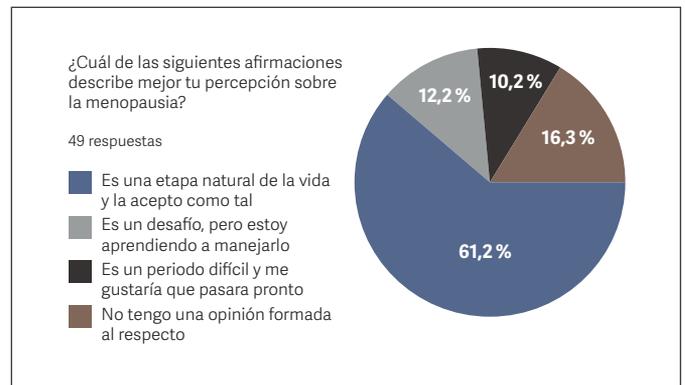


FIGURA 15. Percepción de la menopausia

una etapa más de la vida y un proceso biológico natural, la mayoría ha experimentado síntomas o trastornos que conllevan una pérdida de calidad de vida.

En definitiva, a pesar de los avances que se han logrado al introducir la perspectiva de género en el ámbito sanitario y que han abierto nuevos caminos en lo que respecta a la salud de las mujeres, es necesario seguir trabajando en la deconstrucción de obstáculos culturales y miradas sesgadas de género, atendiendo a las necesidades de las mujeres, a su modo de vivir y de sentir en la sociedad actual.

**NOTAS**

1. Estas redes de innovación educativas son las siguientes: «(4640) El lingüista en la sociedad de la información y el conocimiento: experiencias en innovación educativa en fertilidad humana y otros contextos profesionales» (2019-2020); «(4992) Español e inglés de la medicina: diseño e implementación de una experiencia docente en un contexto biosanitario» (2020-2021); «(5491) El lingüista como mediador en la comunicación médico-paciente: experiencias en innovación educativa en un contexto profesional»

- (2021-2022); «(5689) El lingüista como mediador en la comunicación médico-paciente: experiencias en innovación educativa en un contexto profesional. Las habilidades en comunicación intercultural» (2022-23). A raíz de los resultados de estas redes, se ha diseñado un curso de Experto/a en «Asistente al paciente internacional (API) / International Biomedical Assistant: mediación lingüística entre médico-paciente en español e inglés».
2. NEOTERMED. Proyecto financiado por la Consellería de Innovación, Universidades, Ciencia y Sociedad Digital de la Comunidad Valenciana en la convocatoria AICO 2021, dirigido por M. Isabel Santamaría Pérez y Carmen Marimón Llorca [ref.: CIAICO/2021/074]. Para más información, se puede visitar su página web: <https://www.neotermed.org/>.
  3. «DIGITENDER: digitalización, tratamiento y publicación en línea de recursos terminológicos multilingües abiertos con perspectiva de género en la sociedad digital (TED2021-130040B-C21)», financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Agencia Estatal de Investigación (10.13039/501100011033) y por la Unión Europea («Next-GenerationEU / Plan de recuperación, transformación y resiliencia»).
  4. Factiva es una base de datos comercial de información de prensa, corporativa y comercial ofrecida por Dow Jones. Incluye unas 35 000 fuentes de noticias procedentes de 200 países en 26 idiomas, entre ellas, diarios, revistas, imágenes y más de 400 agencias de noticias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azorín Fernández, Dolores y M. Isabel Santamaría-Pérez (2011): «La valoración», en Félix San Vicente, Cecilio Garriga Escribano y Hugo E. Lombardini (eds.): *Ideolex: estudios de lexicografía e ideología*. Polimetrica, International Scientific Publisher, pp. 203-223.
- Botello Hermosa, Alicia y Rosa Casado Mejía (2014): «Menopausia y estereotipos de género: importancia del abordaje desde la educación para la salud», *Revista de Enfermería UERJ*, 22 (2): 182-186.
- Dijk, van Teun A. (1996): «Opiniones e ideologías en la prensa», *Voces y culturas*, 10, 11 semestre: 9-50.
- Domínguez, Ramón Joaquín (1847): *Diccionario nacional, o gran diccionario clásico de la lengua española, el más copioso de los publicados hasta el día [...]. Contiene más de 4,000 voces usuales y 86,000 técnicas de ciencias y artes, que no se encuentran en los demás diccionarios de la lengua, y además los nombres de todas las principales ciudades del mundo, de todos los pueblos de España, de los hombres célebres, de las sectas religiosas, etc. etc. etc.*, 2 t. Madrid: Establecimiento léxico tipográfico de R. J. Domínguez.
- Estopà, Rosa (2012): «Medicina i llenguatge: les paraules de la salut», *Llengua, Societat i Comunicació*, 10: 1-5.

- Martínez Sánchez, Ovidia y M. Isabel Santamaría Pérez (2023): «Diseño y compilación de un corpus en el ámbito médico de la reproducción asistida para el proyecto NEOTERMED», *Cuadernos Aispi*, 22: 187-216.
- Micol Pérez, Daniela (2020): *Menopausia desde la perspectiva de género* (trabajo de fin de grado). Montevideo, Udelar. <<https://hdl.handle.net/20.500.12008/29305>>.
- Moreno Tetlacuilo, Luz María A. y Ana M. Carrillo Farga (2016): *La perspectiva de género en salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- National Research Council Canada (2011): *NRC Word-Emotion Association Lexicon*. <<http://saifmohammad.com/WebPages/NRC-Emotion-Lexicon.htm>>.
- Real Academia Española (2023): *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., versión 23.6 en línea. <<https://dle.rae.es>> [consulta: 12.IV.2023].
- Real Academia Nacional de Medicina de España (2012): *Diccionario de términos médicos*. <<https://dtme.ranm.es/index.aspx>> [consulta: 12.IV.2023].
- Romero López, Eva y Georgina Sánchez Miranda (2010): «El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres», *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 68: 39-55.
- Ruiz Cantero, M. Teresa (2019): *Perspectiva de género en medicina*. Monografías 39. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve.
- Santamaría-Pérez, M. Isabel (2019): «¿Purismo o modernidad? Actitudes tradicionales o innovadoras ante los neologismos por préstamo en las columnas sobre la lengua (CSL)», en Carmen Marimón Llorca y M. Isabel Santamaría Pérez (eds.): *Ideologías sobre la lengua y los medios de comunicación escritos. El caso del español*. Berlín: Peter Lang, pp. 235-253.
- Santamaría-Pérez, M. Isabel (2023): «Salud y comunicación: análisis lingüístico de las páginas web sanitarias. El caso de la reproducción asistida», en José Antonio Sánchez Fajardo & Chelo Vargas Sierra (eds.): *La traducción en la encrucijada interdisciplinar. temas actuales de traducción especializada, docencia, transcreación y terminología*. Valencia: Tirant lo Blanch, pp. 337-372.
- Valls-Llobet, Carme (2021): «Mujeres invisibles para la medicina. Análisis pre- y postpandemia», Observatorio de la Salud de las Mujeres. <<https://www.observatoriosalud-mujeres.es/mujeres-invisibles-para-la-medicina-analisis-pre-y-post-pandemia/>>.
- Vargas Sierra, Chelo (en prensa): «On defective machines and roller coasters. A critical cognitive analysis of metaphors in an ad hoc corpus on menopause», en Molina, S. y N. Maroto (eds.): *Terminology and cognition: current trends and developments*. Mouton de Gruyter.

# La representación discursiva de la menopausia y de la mujer en las redes sociales

*The discursive representation of menopause and women on social networks*

Giovanna Mapelli\*

**RESUMEN:** Las redes sociales sirven para divulgar y visibilizar temas médicos que son considerados tabúes, como la menopausia. Nuestro objetivo es profundizar en la construcción discursiva de la menopausia y de la mujer en las redes sociales para observar si las nuevas narrativas están desmontando los estereotipos anclados en la sociedad. Dentro del marco teórico del (*visual*) *framing*, analizamos los *posts* y el aparato audiovisual publicados en el mes de agosto de 2023 en cinco perfiles de Instagram dedicados a la menopausia para desvelar los encuadres que definen esta etapa fisiológica y estudiar qué estrategias lingüístico-discursivas se emplean para perfilar su representación en el discurso.

**PALABRAS CLAVE:** *framing*, menopausia, mujer, redes sociales, *visual framing*.

**ABSTRACT:** *Social networks serve to disseminate and make visible medical topics that are considered taboo, such as the menopause. Our aim is to delve into the discursive construction of menopause and women on social networks in order to ascertain whether emerging narratives are dismantling the stereotypes that are deeply rooted in society. Within the theoretical framework of (visual) framing, we analyse posts and audiovisual materials published in August 2023 on five Instagram profiles dedicated to the menopause in order to reveal the frames that define this physiological stage in women's lives and study the linguistic and discursive strategies used to represent it in the discourse.*

**KEYWORDS:** *framing, menopause, social media, visual framing, women.*

**Panace@ 2023; XXIV (58): 23-32**

**Recibido: 03.x.2023. Aceptado: 10.x.2023.**

## 1. Introducción

La menopausia se define como el inicio de variaciones en la duración del ciclo menstrual y el cese permanente del mismo, es decir, coincide con la interrupción de la edad reproductiva. Los síntomas de la menopausia se clasifican en tres categorías: somáticos, psicológicos y urogenitales (Jones *et al.*, 2012).

Si consideramos que en los países industrializados la esperanza de vida de una mujer son 30 o 40 años más desde el climaterio, podemos decir que vive un tercio de su vida en la postmenopausia. Por eso, no se puede considerar el final de la feminidad, sino más bien el comienzo de una nueva fase en la que la mujer necesita cuidar de sí misma y encontrar un nuevo equilibrio para gestionar los síntomas tanto somáticos como psicológicos y urogenitales (Jones *et al.*, 2012), convirtiendo así la menopausia en una experiencia positiva (Facchini y Ruspini, 2007). Cabe recordar que, hoy en día, esta tercera parte de la vida de la mujer no debería asociarse a un síndrome de envejecimiento, puesto que la menopausia llega en la mejor etapa profesional y personal de muchas mujeres; así pues, es importante informarse y buscar alternativas terapéuticas para mitigar y tratar sus síntomas.

A pesar de ser un proceso natural y fisiológico, en las sociedades occidentales se ha perfilado a lo largo de los años más bien como un problema de salud. De hecho, desde una perspectiva biomédica, la menopausia es un proceso patológico que hay que medicalizar, una enfermedad deficitaria y un factor de riesgo que acarrea otras enfermedades crónicas (Larrosa, Tejada y Martorell Poveda, 2020). En los estudios de corte sociológico y antropológico (Diasio y Vinel, 2007) se subraya que es un proceso construido culturalmente según el contexto histórico y social, vinculado a los conceptos de feminidad y envejecimiento; es decir, la menopausia indica el paso de estatus de mujer a anciana (Fitte, 2011). En particular, la mujer occidental, tomada como grupo, teme mucho más esta transición que las mujeres de otras culturas (Melián, 2011). Pese a todo, en los estudios sobre las actitudes de las mujeres hacia su propia menopausia se demuestra que la mayoría no experimenta depresión durante esta transición y, cuando existen sentimientos negativos previos, tras atravesarla, modifican positivamente su postura (Ayers, 2010) o su actitud cambia en función de la

\* Università degli Studi di Milano (Italia). Dirección para correspondencia: [giovanna.mapelli@unimi.it](mailto:giovanna.mapelli@unimi.it).

edad. Al analizar algunas entrevistas, Botello Hermosa y Casado Mejía (2014) argumentan que la menopausia es percibida entre las más jóvenes como un momento de declive, de pérdida de belleza y sexualidad para la mujer, asociado a la vejez y a la disminución de la fertilidad, mientras que las mujeres que ya la han superado la consideran como una experiencia liberadora (Leyva-Moral, 2013). Además, según el *Gran estudio sobre la menopausia* realizado por el Instituto de la Menopausia<sup>1</sup>, se mantiene cierto secretismo en torno al cese de la menstruación: de hecho, casi el 50 % de las mujeres españolas encuestadas afirma que «no todas conocen bien sus síntomas, tratamientos y cómo afecta a su salud». Por tanto, podemos afirmar que sobre esta etapa fisiológica se ha construido un relato negativo estigmatizante, ha sido invisible para gran parte de la sociedad y aún se habla poco de sus consecuencias.

Sin embargo, parece que hoy en día se está abriendo camino hacia una nueva concepción de la menopausia. Por ejemplo, en 1989, la Fundación Jiménez Díaz de Madrid instituyó la primera unidad sobre el climaterio, que se unió a la Fundación HM Hospitales y Theramex para inaugurar la primera cátedra Climaterio y Menopausia a nivel mundial y que contaba con la participación de más de un centenar de ginecólogos de distintos puntos de España para dar respuesta a todas las necesidades de las mujeres menopáusicas, así como fomentar la investigación y la formación en este ámbito. En 2018, un grupo de diputadas británicas lideradas por Rachel Maclean sacó a la luz este tabú social: hablaron de la menopausia y de su impacto en el trabajo y propusieron incluir una revisión de las condiciones laborales para defender a aquellas profesionales que sufren las consecuencias más adversas.

Asimismo, no podemos olvidar la influencia que pueden tener las redes sociales a favor del reconocimiento de la menopausia y de sus efectos, dando voz a las mujeres y a sus experiencias. En el entorno digital, este tema está alcanzando cierta visibilidad y se están promoviendo campañas de sensibilización para concienciar a las mujeres e informar sobre la prevención y el tratamiento de los síntomas. Podemos mencionar, a nivel internacional, la cuenta de Meg Mathews (@megsменopause), *influencer* que trata el tema. También en España hay cuentas que explican y dan consejos para hacer frente a esta nueva fase de la vida, a veces, con fines comerciales, es decir, para vender productos que mejoran la salud física y mental.

Por este motivo, nos parece oportuno profundizar en la construcción discursiva y visual de la menopausia y de la mujer en el entorno digital y, en particular, en Instagram, para observar si los nuevos discursos están desmontando los estereotipos anclados en la sociedad.

## 2. Marco teórico

Emplearemos la teoría del *framing* ('encuadre') para observar cómo se construye la imagen de la menopausia en el discurso de las expertas que crean contenidos en las redes sociales y

para comprobar si en ellas se reivindica una menopausia diversa y empoderada.

Esta teoría indica que existen posibles enfoques diferentes que se transmiten y perciben en torno a un hecho o fenómeno, destacando el papel que los medios de comunicación tienen en la transferencia de marcos para la interpretación de la realidad social. De hecho, los medios se configuran como «una de las instancias que más decisivamente influyen en la conformación de nuestras percepciones del mundo, ya que nos suministran interpretaciones sobre los acontecimientos, poniendo a nuestra disposición una representación simbólica de los mismos» (Casero-Ripollés, 2004: 19). A través de los discursos de los medios es posible, por tanto, influir en los procesos cognitivos y en las actitudes de la audiencia, ya que *el encuadre* se refiere «al ángulo, enfoque, perspectiva o tratamiento de una información que se manifiesta en la elección, énfasis o importancia atribuida a los diferentes elementos» (Igartúa *et al.*, 2004: 158). El análisis de los encuadres nos permite observar qué significados se intensifican o se atenúan en este tipo de discursos. Al seleccionar y destacar ciertos aspectos, se promueven determinadas construcciones y percepciones sociales de los fenómenos, lo que puede influir en las actitudes y las acciones tanto de individuos como de grupos. Siguiendo a Entman (1993: 52), *el frame* consiste pues en seleccionar algunos aspectos de la realidad y darles más resalte en un texto comunicativo para proponer una particular definición de un problema, su interpretación causal, su evaluación moral y su solución. En este sentido, permite establecer una definición de una situación concreta a partir del diagnóstico de un problema, su evaluación y su forma de solucionarlo.

Para poder identificar el marco interpretativo tras el mensaje, Entman (1993) indica que la forma concreta de organizar la información, la repetición de palabras clave y el uso de símbolos culturales en un contexto específico permiten destacar algunas ideas dentro de dicho mensaje. Así, de acuerdo con Gallardo-Paúls y Enguiz Oliver (2014), se destaca la naturaleza esencialmente léxico-semántica de la construcción lingüística de los encuadres.

Existen también los encuadres (audio)visuales (Rodríguez y Dimitrova, 2011), es decir, el mensaje que se transmite a través de las imágenes (Muñiz, Igartúa, Otero y de la Fuente, 2008: 33). Recordemos que, en las redes sociales, especialmente en Instagram, es reconocido el valor predominante que adquiere el aparato multimodal. Las imágenes son poderosas herramientas para generar representaciones de la realidad e influir en el conocimiento y las opiniones de las personas sobre temas de actualidad. Messaris y Abraham (2001: 220) afirman que las cualidades especiales de las imágenes —como su iconicidad, su indexicalidad y especialmente su implicidad sintáctica— las convierten en herramientas muy efectivas para enmarcar y articular mensajes ideológicos controvertidos o que podrían encontrar una mayor resistencia entre el público si se transmitieran a través de palabras. La imagen goza de entidad comunicativa por sí misma y además completa la información escrita o verbal reforzando el potencial comunicativo del texto.

Nuestras hipótesis sobre el discurso de Instagram son las

siguientes: 1) en sus perfiles se transmite una visión más positiva de la menopausia; 2) se pretende concienciar a las mujeres sobre los cambios de esta nueva etapa de su vida; 3) así como construir comunidades virtuales que favorezcan cambios de paradigmas sociales y 4) promocionar y vender productos.

### 3. Metodología

El corpus de esta investigación se ha compilado manualmente. Se compone de 300 *posts* extraídos en el mes de agosto de 2023 y contiene 65 216 *tokens* y 47 073 palabras. Los textos proceden de seis cuentas de Instagram sobre menopausia o de médicas o expertas que ya han experimentado esta etapa de la vida: a) @domma.stories, sobre «la menopausia bien llevada»; b) @carla\_romagosa, sobre la menopausia; c) @climafort\_menopausia, sobre la premenopausia; d) @hablandodenutricion, sobre «menopausia y nutrición para reinas sin regla»; e) @doctoramarimerperez, ginecóloga y obstetra; f) @raquel.bernacer, sobre nutrición y menopausia. De cada perfil se han elegido las primeras 50 publicaciones visibles en el *feed* (tablón que aparece en el perfil) y se han guardado en formato *txt*. Se ha creado también un subcorpus con todos los *hashtags* encontrados. Además, también se han tenido en cuenta los vídeos breves (*reels*) y las imágenes.

El corpus textual compilado se ha explorado con las funciones «Concordancias» y «Lista de palabras» de la herramienta de análisis lingüístico Sketch Engine. Se ha combinado una perspectiva cualitativa con un método basado en corpus (Grundmann y Krishnamurthy, 2010; Willis, 2017) que nos ha permitido analizar las palabras frecuentes, las colocaciones y la caracterización semántica para determinar la selección temática que se da junto con la construcción de los encuadres (Gallardo-Paúl y Enguix Oliver, 2014; Pontrandolfo y Piccioni, 2022). En particular, la función «Lista de palabras» nos ha permitido observar los lemas más frecuentes, a partir de los cuales hemos reconocido diferentes categorías semánticas y los encuadres correspondientes. Usando la función «Concordancia», hemos analizado las colocaciones de la palabra *menopausia* para poder definirla.

### 4. Resultados

#### 4.1. Palabras más frecuentes y categorías semánticas

A través de las fórmulas *wordlist > noun*, *wordlist > adjective*, *wordlist > verb* y *wordlist > pronoun*, analizamos y categorizamos semánticamente los primeros 50 sustantivos, adjetivos, verbos y pronombres personales de forma manual. Las categorías que se recogen en la tabla 1 son propias de la autora:

TABLA 1. *Etiquetas semánticas para la categorización de los lemas*

Categoría semántica	Términos
Ser humano	<i>mujer</i> (187), <i>nosotr*</i> (48), <i>tú/te/tu</i> (620), <i>amiga</i> (48), <i>vosotr*/os/vuestr*</i> (240), <i>nos</i> (191), <i>yo/me</i> (45)
Medicina	<i>menopausia</i> (613) <i>climaterio</i> (93), <i>premenopausia</i> (91), <i>perimenopausia</i> (94), <i>salud</i> (102), <i>síntoma</i> (139), <i>hormona</i> (35), <i>saludable</i> (76), <i>hormonal</i> (60), <i>antiinflamatorio</i> (48), <i>vaginal</i> (27), <i>cardiovascular</i> (17), <i>muscular</i> (16)
Trastorno	<i>sofoco</i> (122), <i>insomnio</i> (59), <i>dolor</i> (35), <i>estrés</i> (51), <i>grasa</i> (63)
Conocimiento/ información	<i>consejo</i> (44), <i>información</i> (38), <i>ayuda</i> (41), <i>saber</i> (114), <i>recomendación</i> (30), <i>decir</i> (115), <i>aprender</i> (45), <i>pensar</i> (40)
Bienestar, deporte, alimentación	<i>ejercicio</i> (101), <i>bienestar</i> (53), <i>calidad</i> (38), <i>físico</i> (20), <i>alimentación</i> , <i>alimento</i> (71), <i>proteína</i> (53), <i>vitamina</i> (52), <i>comida</i> (49), <i>dieta</i> (45), <i>nutricional</i> (20), <i>integral</i> (20), <i>metabólico</i> (16), <i>vegetal</i> (13)
Acción	<i>buscar</i> (26), <i>disfrutar</i> (25), <i>priorizar</i> (24), <i>combatir</i> (18), <i>salir</i> (18), <i>descansar</i> (17), <i>hacer</i> (110)
Cambio	<i>transición</i> (56), <i>etapa</i> (120), <i>cambio</i> (112), <i>cambiar</i> (41)

En los párrafos siguientes vamos a desglosar cualitativamente las diferentes categorías semánticas y los encuadres que activan.

#### 4.1.1. Ser humano

Esta categoría destaca evidentemente a la mujer, siendo la que vivirá la menopausia como sujeto (ejemplo 1) o en sintagmas preposicionales (ejemplos 2-4):

- «Las mujeres que estamos transitando la menopausia (o en posmenopausia) no tenemos que dejar de comer alimentos ricos en hidratos de carbono».
- «Uno de los síntomas que más veo en consulta **en mujeres** que están transitando a la menopausia o están ya en posmenopausia, es la hinchazón abdominal y los gases».
- «Se ha creado un círculo vicioso con consecuencias negativas para la salud **de la mujer**».
- «[...] llevan más de 20 años investigando el impacto de la menopausia en la piel **de las mujeres**».

Se aprecia también un amplio uso de la segunda persona del singular y del plural para dirigirse a las lectoras de forma directa, así como de la primera persona del plural inclusiva. La involucración del destinatario es marca del carácter relacional y afiliativo de los textos del entorno digital (Mapelli y Piccioni,

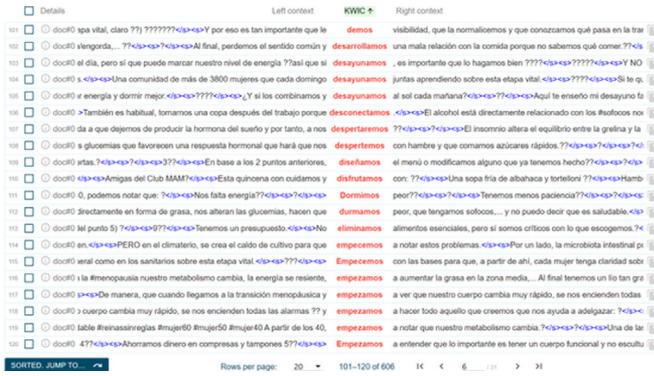


FIGURA 1. Ejemplos de concordancias de verbos en primera persona del plural

2019 y 2023) y activa un encuadre interactivo (Gallardo-Paúls y Enguiz Oliver, 2014). Apelar directamente a la interlocutora sirve para responsabilizarla de su rol activo para vivir de forma más saludable la menopausia. Si observamos los verbos en segunda persona, apreciamos que se emplean, por una parte, para aconsejar y recomendar, y en este caso la recomendación adquiere un significado de instrucción personalizada. Por otra parte, la apelación en segunda persona se encuentra en las interrogativas directas, que sirven para pedirle a las destinatarias que participen activamente; se trata de una táctica afiliativa para mostrar interés por la opinión de la usuaria o para invitarla a que participe en algún evento (curso, taller) organizado por la experta o a que compre algún producto específico. Para enfatizar la empatía se suelen emplear también emojis con valor emocional, como el corazón rojo o la carita con los tres corazones:

5. «**ÁPÚNTATE**, es **TU** momento».
6. «¿**Te ha pasado a ti? ¿Cómo lo has solucionado tú? Os** leo siempre ❤️».
7. «[...] **tienes que empezar** por rutinas sencillas adaptadas a tu forma física y poco a poco ir evolucionando. **Te** invito a que lo **pruebes**, **¿te animas?** 🍷».
8. «También **puedes** combinarlos con ejercicio».
9. «Esta es una receta para la cena y **os** ayudará a reducir la ansiedad de la que hablé en el vídeo anterior».

El empleo de la forma inclusiva representa un esfuerzo por construir una identidad común entre experta y receptora (Cepeda, 2006; Mapelli y Piccioni, 2019 y 2023) sobre la base de la experiencia compartida de la menopausia, como se puede apreciar en la figura 1.

Es una estrategia productiva para crear una relación empática y de confianza entre las interactuantes, con lo cual las usuarias estarán más dispuestas a seguir los consejos incluidos en los posts o a comprar los productos que se promocionan.

10. «Te ayudará a entender cada uno de los síntomas que **podemos** tener en la menopausia: baja libido, aumento

de grasa, cambios de humor, insomnio, falta de energía...».

11. «Si **nosotras entendemos** lo que **nos** sucede, después **podremos** hacer partícipe a la familia del proceso que estamos viviendo y que entiendan estos cambios».
12. «La actividad física 🏃 nos ayuda a segregarse endorfinas que nos facilitarán estar más positivas. Realiza al menos 4 días, 20 minutos 🙏 con eso notarás mejoras».

La primera persona del singular enfatiza la voz de la experta como profesional que sabe comunicar sus saberes y el punto de vista médico (el «yo profesional», Mapelli y Piccioni, 2019); la emisora marca el poder jerárquico y declara abiertamente sus conocimientos frente al público lego, simple receptor de los mismos:

13. «[...] mándame un mensaje privado y **te explico** cómo podemos trabajar juntas».
14. «[...] **creo** que en la transición a la menopausia no necesitas dietas restrictivas ni comer alimentos exóticos ni complicarte la vida para cuidar de tu salud».

La experta puede emplear la primera persona para aportar su experiencia (el «yo personal», Mapelli y Piccioni, 2019) y motivar a las seguidoras a que hagan lo mismo y empatizar con ellas:

15. «⚠️⚠️ ¿Cuál es tu truco para reducir el estrés? **Yo me** **edito** casi a diario 🧘».
16. «Hace cosa de un año **descubrí** que los cambios que estaba viviendo mi cuerpo no eran casuales. 😊 **Yo seguía haciendo** lo mismo de siempre, pero ya no **obtenía** los resultados de siempre».

Las ideas de comunidad y de cercanía entre experta y usuaria se hacen patentes también en el uso de un tono coloquial y amistoso, como ya detectaron Mancera Rueda y Pano Alamán (2021), como estrategia de marca. En los ejemplos 17 y 18, los vocativos con valor afectivo y cariñoso como *amiga* o *reina* sirven para atraer la atención del público y establecer un contacto empático con él, así como los saludos o las despedidas de tipo familiar (18):

17. «**Amiga**, puedes hacer más de lo que crees para transitar la menopausia de forma saludable y plena. Solo tienes que saber cómo».
18. «**Reinas**, tengo muy buenas noticias [...] con mucho cariño».

*Amiga* se combina también con el acortamiento de menopausia (*meno*), dando lugar al sintagma nominal *Amiga Meno* para referirse a la menopausia de forma afectiva e indicar que no hay que temerla sino encararla:

19. «**Amiga Meno**, tomar acción en menopausia quiere decir nuevos hábitos».





FIGURA 3. Ejemplos de concordancias de menopausia

36. «La menopausia es la etapa más larga de nuestras vidas y sin duda hay que vivirla con bienestar».
37. «La menopausia es una etapa vital en la que tu cuerpo y tú vais cambiando».
38. «La menopausia es un proceso natural y las hormonas fluctúan constantemente».
39. «La premenopausia es la primavera de la vida...»
40. «La menopausia NO es una enfermedad, sino una etapa más de la vida [...] ESTO NO ES NINGÚN FINAL».
41. «La menopausia no es fea. Nos la han pintado gris, pero puede ser una etapa de descubrimiento y liberación».
42. «La menopausia no necesita dietas restrictivas».

En el caso de que se nombre alguna característica negativa, como la infertilidad, se recurre al empleo de la conjunción adversativa *pero* para enfocar el segundo miembro discursivo («no somos invisibles ni viejas»), que debilita la información contenida en el primer miembro; es más, aquí se alaba a las mujeres, que ya no son solo eso, sino «reinas». En el ejemplo 43, *reinas* puede interpretarse como palabra polisémica, es decir, sirve para elogiar a las mujeres denominadas *reinas sin regla* y, al mismo tiempo, para otorgarles un nuevo estatus, es decir, mujeres capaces de priorizarse para transitar con salud y plenitud la menopausia:

43. «La menopausia es una etapa más en la que dejamos de ser fértiles, pero no somos invisibles ni viejas. Si dejamos de ser mujeres, que sea para pensar que nos convertimos en Reinas».

La menopausia se define también a través de los síntomas y se explican las causas de los mismos:

44. «Estos síntomas pueden ser físicos (hinchazón abdominal, hipersensibilidad mamaria, ↑ apetito, dolor de cabeza) o psíquicos (labilidad emocional, irritabilidad, ganas de llorar)».
45. «SOFOCOS EN MENOPAUSIA 🤔🤔»

»CAUSA: Aunque hacen falta estudios más concluyentes, parece que en la menopausia, la caída 1 de estrógenos produce una mayor sensibilidad en el nuestro centro que regula la temperatura corporal que está en nuestro 🧠 (hipotálamo).

»Así pues, a mínimos cambios de temperatura, nuestro cuerpo reacciona de una manera exagerada con esa sensación TAN incapacitante para muchas mujeres que son los SOFOCOS.

»Por la noche 🌙 nuestro cuerpo de forma fisiológica desciende la temperatura y por ello se producen con más frecuencia y virulencia, pudiendo causar insomnio».

#### 4.1.4. Conocimiento/información

Esta categoría semántica se asocia a nuestro corpus por estar constituido de textos divulgativos en los que predomina la función informativa y de concienciación del acto de comunicación, «esencia misma de la divulgación» (Pontrandolfo y Piccioni, 2022). La idea de formar parte de un grupo para hablar sin vergüenza ni tabúes es una manera de empoderarse y superar los miedos:

46. «Por eso hoy te hablamos de estas fases y de la edad aproximada a la que puedes vivir cada una de ellas. Haz click en el link de nuestro perfil para leer completo el artículo en el blog 🧡».
47. «❤️ Apúntate a mi newsletter para informarte del taller».
48. «Y te lo explicaré en mi taller El ABC de la menopausia, en el que te puedes apuntar desde el enlace que hay en mi perfil y encontrar tooooda la información necesaria para hacerlo».
49. «¡Aquí te dejamos algunos tips para ayudarte a cuidar de tus huesos y articulaciones y por supuesto te recomendamos acudir a un especialista si esos dolores persisten!».
50. «Ya no me avergüenza hablar de mi menopausia; ¡es hora de empoderarme y romper tabúes! ¡Únete a la revolución de la menopausia bien llevada ❤️!».

El conocimiento de productos puede ayudar a combatir los síntomas. El encuadre de las soluciones propuestas (Entman, 1993) se asocia con el fin comercial de muchas publicaciones en las que se promocionan y se venden productos. De hecho, uno de los perfiles es la marca de productos específicos para la menopausia (@climafort\_menopausia):

51. «te ofrecemos una solución natural y específica diseñada para combatir los sofocos y sudores nocturnos y el insomnio de la menopausia; Descubre CALMA para volver a descansar como te mereces».
52. «Si estás atravesando esta etapa, sabes lo incómodo y desafiante que pueden ser los sofocos. Pero no te preocupes, ¡tenemos la solución perfecta para ti! 🧡🌟».
53. «ClimaFort® y ClimaFort® Sueño son complementos alimenticios de origen 100 % natural con los que puedes tomar el control y vivir la vida plenamente 🌟🧡».

### 4.2. Análisis de los hashtags

En cuanto al léxico, es interesante analizar también los *hashtags* (#) que acompañan al texto y que se encuentran principalmente al final del *post*. Nos parece muy útil el estudio de las etiquetas, ya que son palabras clave que permiten agrupar diversos contenidos sobre un tema determinado, facilitando así su búsqueda. Se concentran en ellas distintas funciones informativas, persuasivas, argumentativas y expresivas, y promueven la interacción entre usuarios (Mancera Rueda y Pano Alamán, 2013). Por este motivo, consideramos que son términos esenciales para configurar los encuadres alrededor de un tema (Pérez Fumero, 2013).

Del estudio se desprende que, al lado de las etiquetas que contextualizan el *post* (#mujer, #menopausia, #saludfemenina, #salud, #mujer50, #mujer60, #mujer40), hay otras que transmiten mensajes positivos (#menopausiafeliz, #menopausiasaludable, #mujerempoderada, #mujerdeéxito, #empoderamiento, #vitalidadenmenopausia, #bienestar, #menopausiaconsciente, #mujeresvalientes).

Sin embargo, no faltan etiquetas que recalcan los síntomas y el malestar típico de la menopausia (#sofocos, #insomnio, #humor, #cansancio, #estrés, #sequedad, #sueño).

Podemos destacar que los *hashtags* resaltan tanto las categorías semánticas como los encuadres que se han encontrado en los *posts*: por una parte, la menopausia como etapa fisiológica que atañe a las mujeres después de los 40 y que se manifiesta a través de síntomas concretos; por otra parte, a través de la información, de una mayor concienciación y sensibilización, la menopausia puede ser saludable y feliz. En todo este proceso el papel de la mujer tiene que ser activo.

### 4.3. Encuadres visuales

Instagram es una plataforma visual que permite a los usuarios compartir imágenes, vídeos y textos. Al combinar diferentes modos de comunicación, los usuarios pueden crear publicaciones más atractivas que capturan la atención del interlocutor y lo entretienen. Por esta razón el espectador suele considerar



FIGURA 4. Beneficios de @climafort\_menopausia

el aparato multimodal como una especie de evidencia, de porción de realidad (Messaris y Abraham, 2001), aunque a veces se trate de una construcción artificial que enfatiza ciertos elementos por encima de otros a través de múltiples técnicas, como la selección, el recorte o el retoque digital.

La imagen o los carruseles de imágenes suelen ser informativos, pues dan definiciones y explicaciones (fig. 4) o consejos (fig. 5).

Cabe destacar que el vídeo se explota mucho más que las imágenes en estos perfiles. De hecho, todas las expertas recurren de forma exclusiva a los *reels* para acompañar el texto de la *caption* ('leyenda', 'descripción'), excepto @climafort\_menopausia y @domma.stories, que alternan contenidos multimodales de diferentes tipos.

El fin informativo se puede encontrar también en los *reels*, en los que a menudo se enumeran los síntomas o las soluciones y se dan breves explicaciones que profundizan con más detalles en la descripción del *reel*.

El vídeo siempre tiene texto impreso para ayudar la comprensión del mismo.

Por otra parte, creemos que los breves vídeos pretenden más bien entretener y divertir. Por ejemplo, en un *reel* publicado por @domma.stories se puede ver a una mujer que está sentada delante del ordenador a la que de repente le dan sofocos. Empieza a ponerse nerviosa, se desabrocha un poco la camisa, mira a su alrededor como si se avergonzara antes de empezar a aban-

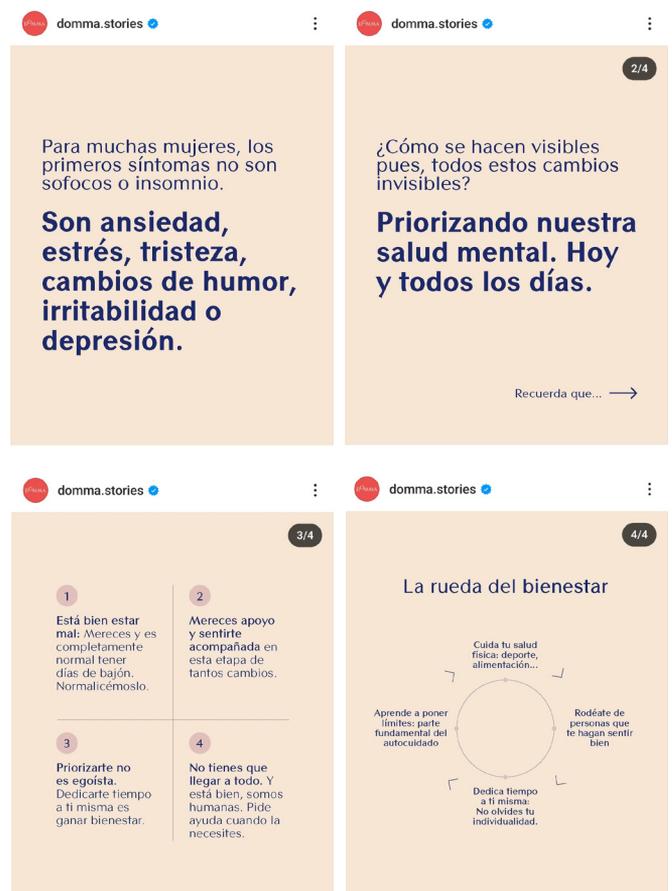


FIGURA 5. Carrusel de imágenes de @domma.stories



FIGURA 6. Capturas de pantalla del reel de @domma.stories sobre síntomas raros

carse, corre al baño, se humedece el cuello y vuelve a su mesa. La *caption*, en cambio, tiene un fin comercial, ya que ofrece un producto natural como solución para superar los sofocos y los sudores. Los mensajes se completan y se pueden interpretar de la siguiente manera: «Si te molestan los sofocos, compra el producto que te aconsejamos».

En otro *reel* de @domma.stories se habla de los síntomas raros de la menopausia. En él, se muestra a una mujer que parece tener diferentes síntomas (problemas gastrointestinales y de memoria, zumbido en los oídos, sequedad de las cuerdas vocales, etc.) que van apareciendo escritos en los recuadros. La *caption*, en cambio, invita a las seguidoras a que interactúen dejando su experiencia en los comentarios. La función informativa del vídeo se completa con la función interactiva de la leyenda (fig. 6).

En algunos *reels* la mujer resulta incluso grotesca, ya que recalca y enfatiza demasiado los síntomas (p. ej., la cara de la mujer en la figura 7), para atraer a las seguidoras y para crear cierta expectativa respecto a la *caption*<sup>2</sup>. La doctora Bárbara Munar, del perfil @hablandodenutricion, a menudo se hace pasar por una mujer desesperada que lucha a diario contra los problemas de la menopausia. En la leyenda, en cambio, se dan explicaciones y soluciones para el malestar.

En otro *reel*, se ve a Carla Romagosa mirando de manera apática las gafas y con una voz robótica de fondo que sigue repitiendo «no, no, no» mientras va saliendo el texto «No te resignes a vivir con insomnio en menopausia» y, en el *post*, proporciona una serie de consejos para prevenirlo o mejorarlo. En este caso, el *reel* es simplemente un adorno entretenido, no aporta ninguna información, es un título que funciona como gancho o advertencia que invita a leer el *post*, en el que, en cambio, se dan consejos para convivir con el insomnio de una manera más llevadera (fig. 8).

Un ejemplo más de *reel* divulgativo pero muy simplificado es cuando la experta no habla, sino que, al ritmo de música y con algunos gestos, van apareciendo algunas palabras (fig. 9).

Es evidente que este tipo de materiales sirve para acercarse al público y transmitir los mensajes de manera más cautivado-



FIGURA 7. Capturas de pantallas del reel de @hablandodenutricion sobre los síntomas más comunes

ra y divertida; sin embargo, creemos que amenazar demasiado el contenido no favorece el empoderamiento de la mujer. Cabe recordar que, para lograr una divulgación efectiva, es necesario transmitir información de manera accesible y comprensible, sin subestimar la inteligencia o la capacidad de comprensión del público, si bien entendemos que algunas decisiones se han tomado debido al carácter lúdico de Instagram.

## 5. Conclusiones

La combinación de métodos cuantitativo-cualitativos permite identificar y explorar los elementos discursivos recurrentes en el corpus. Los resultados parecen confirmar las hipótesis



FIGURA 8. Capturas de pantalla del vídeo y de la caption

avanzadas en § 2, es decir, los perfiles transmiten una visión más positiva de la menopausia, conciencian a las mujeres sobre los cambios de esta nueva etapa de la vida, construyen comunidades virtuales en las que las mujeres cuentan sus experiencias para favorecer cambios de paradigmas sociales y, por último, promocionan y venden productos.

De hecho, a partir del análisis del léxico y de las categorías semánticas, hemos podido comprobar que en las redes sociales se intenta visibilizar la menopausia, definiéndola, identificando sus síntomas y los problemas que causa, a veces de forma cómica. Por otra parte, se pretende concienciar a las mujeres para que pasen a la acción y encaren esta nueva etapa que no necesariamente tiene que ser difícil. Adoptando nuevas rutinas, las mujeres, priorizándose y responsabilizándose, pueden superar sus miedos y vivir una menopausia feliz. Para alcanzar este objetivo, en los perfiles se venden productos que pueden ayudar a superar los síntomas, habitualmente asociados al fallo ovárico, como labilidad emocional o falta de motivación, y atravesar esta fase de una forma más llevadera. Además, esta red social se apoya en la apelación constante a las usuarias a reaccionar, a compartir y a «conversar», ya que las reacciones ayudan al perfil a crecer, y contar las propias experiencias en los comentarios sirve para crear una comunidad virtual empoderada en la que se visibilizan la menopausia, sus síntomas, sus consecuencias y sus remedios.

Los encuadres que se activan en los textos y en los *hashtags* están relacionados con los aspectos fisiológicos y los síntomas; por otra parte, se constituyen nuevos encuadres positivos que prevén que la información, la sensibilización y la acción de la mujer pueden producir cambios positivos y significativos en la actitud de las receptoras hacia la menopausia.

A nivel lingüístico, cabe destacar el empleo de la deíxis de segunda persona y de las interrogativas directas —para invo-

lucrar a las interlocutoras— y del aparato pronominal y verbal de primera persona del singular —para posicionarse en el discurso como experta o como persona con fines afiliativos— y el uso de la forma colectiva *nosotras* —para crear una comunidad que comparte una serie de experiencias—. Los actos directivos y, en particular, el imperativo, son muy recurrentes para ofrecer recomendaciones y consejos que invitan a que la mujer tome un papel activo. Asimismo, se hace hincapié en la información y en la necesidad de formarse para prevenir y combatir los síntomas, es decir, el empoderamiento se considera una solución para superar los tabúes. El fin informativo se mezcla con el persuasivo, que entraña no solo nuevos comportamientos, sino también la adquisición de nuevos productos, es decir, el fin comercial se funde con la divulgación, y viceversa.

En cuanto al aparato multimodal, es de destacar que las imágenes tienen sobre todo una función informativa o directiva; en cambio, los *reels* combinan la información con la diversión. Estos breves vídeos sirven, a menudo, para resaltar y caricaturizar a la mujer menopáusica representándola casi siempre en situaciones extremas en las que se destacan sobre todo sus síntomas. Se trata de ganchos que invitan a la lectura de la leyenda para tener más información y más explicaciones y, sobre todo, soluciones. Los vídeos presentan una situación que la mujer tiene que superar con lo que encuentra en la descripción del *post* (consejos, productos, información).

En futuras investigaciones pretendemos ampliar el corpus e incluir perfiles de asociaciones e instituciones médicas, así como analizar la representación de la menopausia en la prensa. Asimismo, nos proponemos profundizar en el *visual framing* y, en particular, en el uso de los emojis, que han demostrado ser tan numerosos como heterogéneos.

## NOTAS

1. <[www.fundacioncaser.org/](http://www.fundacioncaser.org/)> [consulta: 10.VII.2023].
2. La nutricionista declara en una *story* que va a publicar contenido cómico para explicar un tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayers, Beberly (2010): «The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review», *Maturitas*, 65: 28-36.
- Botello Hermosa, Alicia y Rosa Casado Mejía (2014): «Menopausia y estereotipos de género. Importancia del abordaje desde la educación para la salud», *Revista de enfermería UERJ*, 22 (2): 182-186.
- Casero-Ripollés, Andreu (2004): «Cobertura periodística del 11-M: la teoría del “caso excepcional”», en el VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración. Democracia y Buen Gobierno. <[http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso\\_07/area04/GT14/CASERO-RIPOLES-Andreu\(URV\).pdf](http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso_07/area04/GT14/CASERO-RIPOLES-Andreu(URV).pdf)> [consulta: 2.IX.2023].
- Cepeda, Gladys (2006): «La voz empática médica y las estrate-

gias de cortesía verbal», *Estudios Filológicos*, 41: 55-69.

- Diasio, Nicoletta y Virginie Vinel (2007): *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*. Milano: Franco Angeli.
- Entman, Robert (1993): «Framing: toward clarification of a fractured paradigm», *Journal of Communication*, 43 (3): 51-58.
- Facchini, Carla y Elisabetta Ruspini (2007): «Esperienze e vissuti della menopausa. Un approccio di generazione», en Nicoletta Diasio y Virginie Vinel (eds.): *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*. Milano: FrancoAngeli.
- Fitte, Ana Leticia (2011): «El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad», *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3 (7): 1852-1859.
- Gallardo-Paúls, Beatriz y Salvador Enguix Oliver (2014): «Estrategias de encuadre discursivo en periodismo político: Análisis de un corpus de titulares», *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 58: 90-109.
- Grundmann, Reiner y Ramesh Krishnamurthy (2010): «The Discourse of Climate Change: A Corpus based Approach», *Critical Approaches to Discourse Analysis across Disciplines*, 4 (2): 125-146.
- Igartua, Juan José et al. (2004): «Imágenes de la inmigración latinoamericana en los medios de comunicación. Perspectivas empíricas desde la teoría del encuadre», *Zer, Revista de Estudios de Comunicación*. <[http://www.portalcomunicacion.com/dialeg/paper/pdf/112\\_muniz.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/dialeg/paper/pdf/112_muniz.pdf)> [consulta: 14.IX.2023].
- Jones, Emma K. et al. (2012): «Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women?», *BMC Women's Health*, 12: 43-58.
- Larrosa, Mireia; Raquel Tejada y María A. Martorell Poveda (2020): «Influencia de la cultura en la menopausia: revisión de literatura», *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 56: 211-222.
- Leyva-Moral, Juan Manuel (2013): «El climático y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros», *Index de Enfermería*, 22 (4): 204-208.
- Mancera Rueda, Ana y Ana Pano Alamán (2013): *El discurso político en Twitter. Aná-*



FIGURA 9. Capturas de pantalla sobre las ventajas de la menopausia de @doctoramarimerperez

lisis de mensajes que «trinan». Barcelona: Anthropos.

- Mancera Rueda, Ana y Ana Pano Alamán (2021): «La coloquialización del discurso publicitario en Twitter como estrategia de marca», *Oralia*, 24 (2): 263-291.
- Mapelli, Giovanna y Sara Piccioni (2019): «Deixis y actividad de imagen en blogs de pediatría españoles», *Español Actual*, 112: 49-85.
- Mapelli, Giovanna y Sara Piccioni (2023): «El discurso de las/los pediatras españolas/es en los blogs. Recursos lingüísticos de la comunicación empática y asertiva», en Catalina Fuentes Rodríguez y Ester Brenes Peña (eds.): *Comunicación estratégica para el ejercicio del liderazgo femenino*. New York: Routledge.
- Melián, Elvira (2011): «En la barca de Caronte (la menopausia o la gran transformación)», *Feminismo/s*, 18: 185-202.
- Messaris, Paul y Linus Abraham (2001): «The role of images in framing news stories», en Stephen Reese, Oscar Gandy y August Grant (eds.): *Framing public life. Perspectives on media and our understanding of the social world*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Muñoz, Carlos; Juan José Igartúa, José Otero y Montse de la Fuente (2008): «Imágenes periodísticas de la inmigración. Aportaciones metodológicas al estudio de la comunicación visual», *Anàlisi*, 37: 31-48.
- Pérez Fumero, Enrique (2013): «La enfermedad de Hugo Chávez en la agenda de medios públicos. Análisis del hashtag #elmundoestáconchávez\* desde la teoría del framing», *Index de Comunicación*, 3: 63-85.
- Pontrandolfo Gianluca y Sara Piccioni (2022): *Comunicación especializada y divulgación en la red. Aproximaciones basadas en corpus*. London & New York: Routledge.
- Rodríguez, Lulu y Daniela V. Dimitrova (2011): «The levels of visual framing», *Journal of Visual Literacy*, 30 (1): 48-65.
- Willis, Rebecca (2017): «Taming the Climate? Corpus Analysis of Politicians' Speech on Climate Change», *Environmental Politics*, 26 (2): 212-231.

# La voz de las mujeres: análisis de la terminología sobre la menopausia desde distintos puntos de vista

Women's voices: analysing terminology relating to menopause from different perspectives

Nava Maroto\*, Chus Fernández\*\*  
y Mercedes Argüello-Casteleiro\*\*

**RESUMEN:** El artículo explora la terminología sobre los síntomas, pruebas y tratamientos de la menopausia a partir de varios textos y vocabularios especializados. El objetivo del estudio es extraer y analizar la terminología existente y tratar de enriquecerla teniendo en cuenta la percepción de las pacientes. El producto final es un vocabulario inglés-español sobre síntomas, pruebas y tratamientos de la menopausia que considera la voz de las mujeres y que, una vez validado por expertos médicos, servirá como base para elaborar una ontología para el procesamiento informático de los datos.

**PALABRAS CLAVE:** glosario bilingüe, menopausia, ontología, perspectiva de género, PLN.

**ABSTRACT:** This article explores the terminology on symptoms, tests, and treatments for menopause used in various specialised texts and vocabularies. It aims to extract and analyse existing terminology and enrich it by drawing on patients' own perceptions. The final product is an English-Spanish vocabulary on symptoms, tests, and treatments for menopause that reflects women's voices, which—once validated by medical experts—will serve as the basis for an ontology for the computer processing of data.

**KEYWORDS:** bilingual glossary, gender perspective, menopause, NLP, ontology.

Panace@ 2023; XXIV (58): 33-45

Recibido: 21.IX.2023. Aceptado: 01.X.2023.

## 1. Introducción

La menopausia se define como la «época de la vida de una mujer en la cual deja de tener menstruaciones» (Medline, 2020). Esto implica que se trata de un momento por el que pasa

aproximadamente la mitad de la población mundial (Statista, 2022). Sin embargo, tradicionalmente se ha considerado un tema tabú junto con las otras dos emes que afectan a la salud de las mujeres: las de la menstruación y la maternidad (Grandey, Gabriel y King, 2020). Esto supone que históricamente estas «cosas de mujeres» han quedado invisibilizadas (Valls-Llobet, 2020) y, por tanto, han sido poco estudiadas y —cuando lo han sido— de manera parcial y sesgada, sin tener en cuenta la voz de las mujeres.

Algunos gobiernos, como el del Reino Unido, están empezando a tomar cartas en el asunto. Así, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales británico publicó en el año 2022 un documento titulado *Women's Health Strategy for England (Department of Health and Social Care, 2022)* en el que plantean una estrategia política integral que tenga en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en aspectos como la salud menstrual y ginecológica, la fertilidad y, por supuesto, la menopausia, entre otras cuestiones relevantes. De hecho, según los datos de la encuesta realizada en el Reino Unido a la que se alude en el documento de estrategia del Gobierno británico —en respuesta a los temas más relevantes para las mujeres en cuanto a su propia salud—, casi la mitad de las mujeres (48 %) consideraron que la menopausia debería ser uno de los asuntos incluidos en esta política integral, siendo la tercera materia más importante después de la menstruación y la fertilidad.

En el caso de España, existe el denominado Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad, 2023), dependiente del Ministerio de Sanidad, cuyo fin es elaborar líneas de actuación comunes para la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. En concreto, en cuanto a menopausia, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en el año 2017 una *Guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y postmenopausia* (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia, 2017). Sin embargo, la guía está pendiente de actualización y no parece existir una política concreta desde las autoridades estatales sobre esta cuestión.

\* Universidad Politécnica de Madrid (España). Dirección para correspondencia: [mariadelanava.maroto@upm.es](mailto:mariadelanava.maroto@upm.es).

\*\* Universidad de Southampton (Reino Unido).

Como vemos, se trata de un tema candente que afecta a amplias capas de la sociedad y que reclama la atención de los Gobiernos.

La política por la que se apuesta desde Reino Unido concede relevancia a la denominada voz de las mujeres, pues se considera que una política hecha para favorecer su salud tiene que contar con su participación. Pensamos que, como afirman Tercedor, López Rodríguez y Prieto Velasco (2014: 100):

«[...] el paciente es el centro del proceso de atención sanitaria y, por tanto, su percepción corporeizada de la enfermedad, su conceptualización y las expresiones que usa para referirse a ella deben ocupar un lugar central en el estudio de la terminología médica y en la comunicación médico-paciente».

El enfoque de nuestro estudio tiene como objetivo contribuir, desde la terminología y el procesamiento del lenguaje natural, al desarrollo de una terminología en la que se tenga en cuenta la voz de las mujeres.

Nuestra perspectiva se enmarca en los estudios sobre *one health*, que la Organización Mundial de la Salud define como «an integrated, unifying approach that aims to sustainably balance and optimize the health of people, animals and ecosystems» (Organización Mundial de la Salud, 2023). Este enfoque reconoce el estrecho vínculo y la interdependencia entre la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas). Algunos de dichos trabajos relacionados con la terminología sobre *one health* en los que hemos colaborado son Argüello-Cas-teleiro *et al.* (2016, 2018, 2019).

El objetivo a largo plazo de nuestra investigación sobre la terminología de la menopausia es tratar de cubrir el vacío existente puesto que no hay ninguna ontología que recoja la complejidad de la menopausia, cosa que impide que las herramientas de procesamiento del lenguaje natural puedan tratar adecuadamente los textos sobre esta materia. Este no es el caso de otros ámbitos de la medicina, por ejemplo, el asma, para el que existe una ontología común bien construida (Bioportal, 2023). Aspiramos a que la ontología desarrollada, validada por los expertos médicos y utilizada en aplicaciones informáticas, recoja una terminología actualizada que tenga en cuenta toda la sintomatología que refieren las mujeres.

En esta contribución presentamos un análisis preliminar de la terminología relativa a síntomas, pruebas y tratamientos de la menopausia a partir de fuentes textuales y vocabularios existentes que —una vez comparada con la información recogida a través de foros sobre menopausia en los que participan las mujeres (aquí solo ejemplificaremos casos relativos a la sintomatología)— nos permita identificar posibles lagunas en la representación de algunos síntomas en las fuentes textuales y en los glosarios biomédicos.

Con nuestro estudio pretendemos abordar la terminología sobre la menopausia de una manera integral, teniendo en cuenta las fuentes de autoridad, así como las que emplean quienes

experimentan la menopausia. Nuestro objetivo final es recoger toda esta terminología de una manera estructurada y sistemática que pueda ser reutilizada tanto en lenguaje natural como en aplicaciones informáticas, es decir, que pueda convertirse en una verdadera ontología de la menopausia.

Nuestro enfoque es multidisciplinar, pues en esta investigación colaboran terminólogas, informáticas y, por supuesto, personal médico, que es quien en última instancia validará la relevancia médica de los hallazgos derivados del análisis de los textos producidos por una variedad de emisores y en una amplia gama de soportes. Pretendemos asimismo tener en cuenta la voz de las pacientes, que serían una fuente textual más para nuestra investigación.

Antes de proseguir, queremos aclarar que en este trabajo se recoge terminología en inglés y en español. Los términos en inglés proceden siempre de los textos y vocabularios consultados. En el caso de los términos en español, se han respetado las denominaciones que aparecen en el español en el caso de los textos que poseen una versión publicada en esa lengua o en el caso de que el vocabulario consultado contenga el equivalente en español. En los casos en los que el equivalente en español del término no estaba disponible en las fuentes consultadas, hemos optado por proporcionar un equivalente en español basándonos en fuentes de reconocido prestigio, así como en el propio conocimiento de las terminólogas. Algunas de las fuentes que hemos consultado incluyen el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia Nacional de Medicina (2012) y la guía Cochrane de práctica clínica *Menopausia y postmenopausia* del grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2004).

El artículo se organiza del siguiente modo. En primer lugar (sección 2), se describen los recursos lingüísticos (textuales y terminológicos) a partir de los que se ha llevado a cabo el análisis. En el apartado 3, se explica el resultado de la extracción de la terminología en inglés y español a partir de los vocabularios empleados para el procesamiento informático de los datos médicos. Estos términos se recogen en el anexo final como tablas bilingües a las que se asocian los identificadores únicos de los términos en dichos vocabularios, y se plantea una primera estructuración conceptual basada en ellos. En la sección 4, a modo de ejemplo previo, se presenta una lista de síntomas relacionados con la salud mental procedentes de foros en inglés en los que las mujeres hablan sobre la menopausia. La comparación de los síntomas extraídos a partir de las fuentes textuales y terminológicas con los referidos por las mujeres en los foros nos permite identificar determinados «vacíos conceptuales» en los vocabularios existentes, los cuales, como veremos en la última parte (sección 5), justifican nuestro proyecto de creación de una ontología validada por expertos médicos que tenga en cuenta la voz de las mujeres.

## 2. Recursos lingüísticos empleados en el estudio

Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos recurrido a fuentes de información diversas, tales como las que se describen a continuación. En primer lugar, se analizan documentos de calidad escritos por expertos con distintos grados de especialidad (sección 2.1). Además (sección 2.2), hemos recurrido a los vocabularios contenidos en el UMLS (Unified Medical Language System) y, en concreto, al vocabulario SNOMED CT. En tercer lugar, se han consultado los conjuntos de valores de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM) (sección 2.3), y, por último, hemos analizado los títulos de las publicaciones en diversos foros de internet en los que las mujeres hablan sobre los síntomas que experimentan durante la menopausia (sección 2.4).

### 2.1. Fuentes textuales: documentos de calidad escritos por expertos

Para empezar, se han identificado los términos recogidos en varios documentos con un grado de especialidad variable publicados por distintas instituciones médicas de reconocido prestigio, a saber:

- a) Página web de la Clínica Mayo: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menopause/symptoms-causes/syc-20353397>
- b) Página del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido (RCOG): <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/menopause-and-later-life/>
- c) Manual MSD/Merck: <https://www.msdmanuals.com/en-gb/professional/gynecology-and-obstetrics/menopause/>

Si bien los emisores de estos textos son en todos los casos expertos en medicina, lo cual garantiza su rigor y veracidad, los destinatarios pueden tener distintos perfiles en cada caso: así, mientras que la página de la Clínica Mayo y la del RCOG están orientadas fundamentalmente a pacientes, el manual MSD posee dos versiones de cada documento, una destinada a profesionales de la salud y otra simplificada para pacientes. De este modo, en los documentos analizados se cubre tanto la terminología de un nivel de especialidad elevado (experto-experto) como la terminología que emplean los expertos cuando se comunican con los pacientes, manteniendo en todo caso el rigor del lenguaje médico (Ciapuscio, 2003).

En cuanto a las lenguas en las que se encuentran estos documentos, tanto las guías de la Clínica Mayo como el manual MSD tienen versión en castellano, mientras que la página del colegio de ginecólogos y obstetras británicos se encuentra únicamente en lengua inglesa.

A partir del análisis de la terminología contenida en es-

tas prestigiosas fuentes documentales, hemos podido constatar que la terminología sobre la menopausia aparece recogida de forma parcial y poco sistemática. Las tablas 1 y 2 muestran los términos sobre síntomas y presentaciones clínicas relacionadas con la menopausia extraídos a partir de estas tres fuentes. En la columna izquierda de la tabla 1 se muestran los síntomas de la menopausia recogidos en la página de la Clínica Mayo, que es el hospital mejor valorado de Estados Unidos y publica su página web tanto en inglés como en español. La columna de la derecha, por su parte, recoge los términos relacionados con la menopausia recogidos en la página del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Reino Unido (RCOG). Por último, la tabla 2 agrupa en dos columnas (a la izquierda, el inglés, y a la derecha, el español) la terminología recogida en el manual MSD (también conocido como manual Merck), que es el documento de referencia para los médicos. Los términos que se ofrecen en español en las tablas son los recogidos en las versiones en español de las páginas en el caso de los términos procedentes de la Clínica Mayo y el manual MSD. Sin embargo, en el caso del RCOG, las traducciones que se ofrecen son propuestas por las autoras, previa consulta a fuentes de referencia.

TABLA 1. Ejemplos de síntomas/presentaciones clínicas según Clínica Mayo y RCOG

Síntomas de la Clínica Mayo, el hospital mejor valorado de EE. UU. en inglés y español	Síntomas del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido (RCOG) en inglés y español
Irregular periods	Change in menstrual cycle
Vaginal dryness	Vaginal dryness
Hot flashes	Hot flushes
Night sweats	Night sweats
Sleep problems	Difficulty sleeping
Mood changes	Mood swings
Weight gain and slowed metabolism	Weight gain
Loss of breast fullness	—
—	Headaches or dizziness
—	Memory problems
Chills	—
Thinning hair and dry skin	—
—	Loss of interest in sex
Períodos menstruales irregulares	Cambio en el ciclo menstrual
Sequedad vaginal	Sequedad vaginal
Sofocos	Sofocos
Sudores nocturnos	Sudores nocturnos
Problemas de sueño	Dificultad para dormir
Cambios en el estado de ánimo	Cambios de humor
Aumento de peso y metabolismo lento	Aumento de peso

Tabla 1. Ejemplos de síntomas/presentaciones clínicas según Clínica Mayo y RCOG

Síntomas de la Clínica Mayo, el hospital mejor valorado de EE. UU. en inglés y español	Síntomas del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido (RCOG) en inglés y español
Pérdida de volumen en los senos	Aumento de peso
—	Dolores de cabeza o mareos
—	Problemas de memoria
Escalofríos	—
Afinamiento del cabello y piel seca	—
—	Pérdida de interés en el sexo

Tabla 2. Ejemplos de síntomas/presentaciones clínicas según el manual MSD

Síntomas del manual MSD en inglés	Síntomas del manual MSD en español
Changes in menstrual flow	Cambios en el flujo menstrual
Vaginal symptoms: dryness, dyspareunia, and occasionally irritation and itching	Síntomas vaginales: sequedad, dispareunia y ocasionalmente irritación y picazón
Vasomotor: Hot flashes (hot flashes) and/or night sweats. Recurrent night sweats can contribute to insomnia, fatigue, irritability	Vasomotor: sofocos y/o sudores nocturnos. Sudores recurrentes nocturnos pueden contribuir con el insomnio, el cansancio, la irritabilidad
Moodiness	Mal humor
Breast tenderness	Hipersensibilidad en las mamas
Exacerbation of menstrual migraines	Exacerbación de las migrañas menstruales
Neuropsychiatric: poor concentration, memory loss, depressive symptoms, anxiety	Neuropsiquiátrico: disminución de la concentración, pérdida de la memoria, síntomas depresivos, ansiedad
Genitourinary syndrome of menopause: vulvovaginal atrophy, urinary urgency, dysuria, and frequent urinary tract infections and/or vaginitis	Síndrome genitourinario de la menopausia: atrofia vulvovaginal, polaquiuria, disuria e infecciones urinarias y/o vaginitis frecuentes
Cardiovascular: atherosclerosis and coronary artery disease	Cardiovascular: aterosclerosis y enfermedad coronaria
Musculoskeletal: bone density loss	Musculoesqueléticos: pérdida de densidad ósea
Other symptoms: burning mouth syndrome	Otros síntomas: síndrome de la boca ardiente

Como podemos observar, la terminología relativa a la menopausia en estas tres fuentes difiere tanto en el tipo como en la cantidad de síntomas que se recogen. Si bien hay algunos síntomas comunes a las tres fuentes (como periodos irregulares, sofocos o sequedad vaginal, entre otros), otros términos solo se mencionan en una o dos de las fuentes (como, por ejemplo, *caída del cabello* o *pérdida de la densidad ósea*), y otros aparecen únicamente en una de las fuentes, como el *síndrome de ardor bucal*.

Otro aspecto digno de mención que emana a partir del análisis de estos documentos es el elevado grado de variación denominativa que existe (Freixa, 2005; Fernández Silva, 2011). Así, vemos que la irregularidad en los periodos menstruales aparece en los documentos analizados como *periodos irregulares*, *cambios en el ciclo menstrual* y *cambios en el flujo menstrual*.

Consideramos que, lejos de tratar de evitar o minimizar esta variación denominativa, un vocabulario verdaderamente útil debería reflejar todas las posibles variantes dialectales, diafásicas y diastráticas.

## 2.2. Vocabularios contenidos en el metatesauro de UMLS

Para no perder de vista nuestro objetivo final de desarrollar una ontología que garantice la interoperabilidad entre distintas aplicaciones informáticas, confiamos en el metatesauro de UMLS. El UMLS (*unified medical language system*) (UMLS, 2023) es un conjunto de archivos y programas informáticos que reúne numerosos vocabularios y normas sanitarias y biomédicas con el fin de facilitar la interoperabilidad entre diferentes sistemas informáticos.

El UMLS incluye —entre otras herramientas— el metatesauro, que es un gran tesoro biomédico organizado por concepto o significado en el que se relacionan denominaciones similares para un mismo concepto procedentes de casi 200 vocabularios diferentes. Cada concepto tiene asignado un identificador único o CUI (*concept unique identifier*) para todas las variantes denominativas recogidas bajo su paraguas. Los CUI son el elemento fundamental que permite la reutilización en aplicaciones informáticas. El metatesauro identifica además relaciones útiles entre conceptos y conserva los significados, los nombres de los conceptos y las relaciones de cada vocabulario.

En cuanto a las lenguas, en UMLS encontramos vocabularios fundamentalmente en inglés, pero también contiene las versiones en español de algunos de ellos. Esto nos ha sido de gran ayuda a la hora de encontrar los equivalentes en español para los términos extraídos originalmente en inglés.

Mención aparte dentro de estos vocabularios que contiene UMLS merece SNOMED CT, que es una terminología clínica que conforma un estándar global para la representación de información en salud. Se utiliza en sistemas de historia clínica y prescripción electrónicas, laboratorios, encuestas sanitarias, registros de enfermedades, etc. con el objetivo de capturar de manera precisa y unívoca referencias a conceptos clínicos.

SNOMED CT contiene más de 330 000 conceptos divididos en jerarquías temáticas, como síntomas, diagnósticos, antecedentes familiares, etc. La Organización Mundial de la Salud tiene acuerdos con SNOMED CT para el desarrollo conjunto de referencias cruzadas y definiciones de contenido para la Clasificación Internacional de Enfermedades, en sus versiones CIE-10 y CIE-11.

En nuestro trabajo, utilizamos el metatesauro de UMLS y la terminología de SNOMED CT para identificar los términos y sus traducciones. Al contar con un CUI único para cada concepto, se pueden constituir los conjuntos de valores a los que haremos referencia más adelante (sección 2.3). En la sección 3 explicaremos cómo se ha empleado UMLS para clasificar temáticamente los términos y para obtener las traducciones en aquellos casos en que un CUI tenga asociada también una o varias denominaciones en esa lengua.

### 2.3. Conjuntos de valores de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos

Además, en nuestro estudio hemos utilizado distintos *value sets* o conjuntos de valores. SNOMED CT (International Health Terminology Standards Development Organisation, 2023) define estos conjuntos de valores como «a uniquely identifiable set of valid concept representations, where any concept representation can be tested to determine whether or not it is a member of the value set». Es decir, se trata de conjuntos de conceptos que poseen un valor añadido, como puede ser que se asocian a un código dentro de un vocabulario específico. Se utilizan para representar los valores posibles de los datos codificados en un determinado modelo de información.

En nuestro caso, hemos recurrido a los *value sets* para *menopause* procedentes de la NLM.

En la tabla 2 se muestran los códigos de SNOMED CT y de ICD-10-CM correspondientes al *value set* de la NLM con identificadores de objetos u OID, por sus siglas en inglés. En la parte superior de la tabla, se muestran en la primera columna los códigos de SNOMED CT; en la segunda, los identificadores únicos de concepto (CUI) de UMLS y, en la tercera columna, los nombres de los conceptos (es decir, lo que sería propiamente el término en lenguaje natural) en lengua inglesa.

Por ejemplo, el concepto *premature menopause* en inglés tiene asociado el código SNOMED CT 373717006 y el CUI C0025322 en el metatesauro de UMLS. Estos códigos representan ese concepto tanto si se denomina así como si se le llama *menopausia precoz* en español, lo que permite a los sistemas informáticos trabajar con conceptos independientemente de las denominaciones que se empleen para referirse a ellos en distintas lenguas y de las variantes denominativas que se empleen.

En la parte inferior aparecen los códigos del ICD-10-CM. El ICD-10-CM es una modificación de la clasificación de enfermedades ICD-10 que incluye todos los códigos de diagnóstico utilizados en los Estados Unidos para clasificar las enfermedades (clasificación de morbilidad) con el fin de determinar la asisten-

cia sanitaria. Como podemos ver, en el ICD-10-CM son apenas cinco los códigos que aparecen asociados con la menopausia.

TABLA 3. Códigos de SNOMED CT y ICD-10-CM del *value set* de *menopause* de la NLM

SNOMED CT	CUI UMLS	Denominación en inglés
289903006	C0567312	<i>menopause present (finding)</i>
31351009	C0232972	<i>postartificial menopausal syndrome</i>
371036001	C0740421	<i>postsurgical menopause</i>
373717006	C0025322	<i>premature menopause</i>
237138004	C0341868	<i>menopause ovarian failure</i>
278063007	C0457230	<i>post-hysterectomy menopause</i>
278064001	C0457231	<i>post-radiation menopause</i>
415149004	C1532779	<i>postmenopausal postcoital bleeding</i>
403389006	C1274749	<i>postmenopausal flushing</i>
198437004	C0341866	<i>menopausal sleeplessness</i>
76742009	C0032776	<i>postmenopausal bleeding</i>
735614005	C4543876	<i>postmenopausal osteopenia</i>
16779841000119104	C5192371	<i>genitourinary syndrome of menopause</i>
198438009	C0341865	<i>menopausal headache</i>
198439001	C0404561	<i>menopausal concentration lack</i>
21237001	C0403695	<i>postmenopausal urethral atrophy</i>
402804002	C1274245	<i>dermatosis of menopause</i>
403325003	C1274700	<i>postmenopausal frontal fibrosing alopecia</i>
403574001	C1274903	<i>postmenopausal pruritus</i>
ICD-10-CM	CUI UMLS	Denominación en inglés
M80.0	C2896475	<i>age-related osteoporosis with current pathological fracture</i>
M81.0	C2900579	<i>age-related osteoporosis without current pathological fracture</i>
N95.0	C0032776	<i>postmenopausal bleeding</i>
N95.1	C0495121	<i>menopausal and female climacteric states</i>
N95.2	C0156409	<i>postmenopausal atrophic vaginitis</i>

Esta tabla muestra la amplitud y complejidad de la menopausia, que es una condición que involucra muchos aspectos diferentes. Por ello, decidimos centrarnos, para esta parte del estudio, en los síntomas, las pruebas y los tratamientos de la menopausia, excluyendo los conceptos relacionados con el diagnóstico. Así, de entre las áreas temáticas identificadas y recogidas, nos quedamos únicamente con aquellas que se muestran en la tabla 4, que son las que se refieren de forma concreta a síntomas, pruebas y tratamientos. La columna de la izquierda

muestra el identificador CUI en UMLS, la columna central refleja la denominación recogida en UMLS para ese concepto en inglés, mientras que la columna de la derecha ofrece traducciones que proceden de los propios vocabularios contenidos en UMLS en español. En los casos en los que no se ha encontrado traducción, hemos recurrido a fuentes terminológicas de autoridad para nuestra propia traducción.

TABLA 4. *Identificadores del sistema UMLS dentro del alcance de este estudio*

UMLS CUI	Denom. en inglés	Denom. en español
C1532779	postmenopausal postcoital bleeding	sangrado poscoital posmenopáusico
C1274749	postmenopausal flushing	sofoco posmenopáusico
C0341866	menopausal sleeplessness	insomnio menopáusico
C0032776	postmenopausal bleeding	sangrado posmenopáusico
C4543876	postmenopausal osteopenia	osteopenia posmenopáusica
C5192371	genitourinary syndrome of menopause	síndrome genitourinario de la menopausia
C0341865	menopausal headache	dolor de cabeza menopáusico
C0404561	menopausal concentration lack	falta de concentración menopáusica
C0403695	postmenopausal urethral atrophy	atrofia uretral posmenopáusica
C1274245	dermatosis of menopause	dermatosis de la menopausia
C1274700	postmenopausal frontal fibrosing alopecia	alopecia fibrosante frontal posmenopáusica
C1274903	postmenopausal pruritus	prurito posmenopáusico
C2896475	age-related osteoporosis with current pathological fracture	osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual
C2900579	age-related osteoporosis without current pathological fracture	osteoporosis relacionada con la edad sin fractura patológica actual
C0156409	postmenopausal atrophic vaginitis	vaginitis atrófica postmenopáusica

## 2.4. Foros sobre menopausia

La última fuente textual a la que hemos recurrido son los foros en línea del Reino Unido en los que participan mujeres hablando de la menopausia y en los que se han analizado de manera semiautomática los títulos de las publicaciones de forma anónima.

Este análisis preliminar nos ha servido como base para identificar la terminología y las expresiones realmente empleadas por las mujeres en inglés sobre sus síntomas.

En esta fase de la investigación, se han analizado únicamente foros en lengua inglesa y, posteriormente, hemos buscado los equivalentes correspondientes en español. No obstante, nuestra intención es replicar este mismo análisis con foros en español con el fin de estudiarlos también *in vivo*. Estamos todavía en fases incipientes de nuestro estudio y la diseminación de los hallazgos está aún pendiente de ser aprobada por los responsables de los foros. Por tanto, los resultados que presentamos aquí sirven solo para ejemplificar el tipo de trabajo que queremos hacer y difundir a mayor escala una vez validados por los médicos.

## 3. Términos sobre menopausia extraídos a partir del metatesauro de UMLS

En este apartado se describe el proceso seguido para recuperar términos sobre menopausia contenidos en el metatesauro de UMLS, que se presentan en el anexo agrupados por subtemas y en tablas bilingües que ofrecen las denominaciones recogidas a través de los CUI de UMLS extraídos utilizando la expresión *menop\**. Esta búsqueda dio como resultado los trece términos que aparecen en la siguiente tabla.

TABLA 5. *Términos recuperados para seleccionar los conceptos relacionados con la menopausia contenidos en UMLS*

<i>menopause</i>
<i>non-menopausal</i>
<i>menopausal</i>
<i>perimenopause</i>
<i>perimenopausal</i>
<i>post-menopausal</i>
<i>postmenopausal</i>
<i>premenopausal</i>
<i>pre menopause</i>
<i>premenopause</i>
<i>premenopausal</i>
<i>menopur</i>
<i>menopower</i>

Estas trece expresiones aparecen mencionadas en 346 conceptos contenidos en UMLS. En la tabla siguiente (5) se ilustra el reparto por áreas temáticas de los conceptos identificados. Como vemos, se refieren tanto al problema de salud en sí como a su diagnóstico y a las pruebas que se realizan a las pacientes, así como a los síntomas y los tratamientos. Se han excluido 14 CUI porque se trataban de calificativos o de conceptos que no se ajustaban a ninguna de las categorías consideradas.

Tabla 6. Número de identificadores CUI de UMLS seleccionados utilizando los términos de la tabla 5

Número total de CUI de UMLS seleccionados	346
CUI relacionados con el problema de salud / sintomatología	122
CUI relacionados con las pruebas a las pacientes	33
CUI relacionados con el tratamiento	100
CUI relacionados con la menopausia y su diagnóstico	77
CUI excluidos por no pertenecer a ninguna de las categorías anteriores (p. ej., calificativos)	14

Ateniéndonos a la limitación del alcance a la que nos referíamos en el apartado 2.3, decidimos centrarnos en los CUI que se refieren a los síntomas, pruebas y tratamientos (tanto farmacológicos como no farmacológicos) para la menopausia, dejando fuera los 77 conceptos relacionados con el diagnóstico y los 14 que se refieren a calificativos o que no entran dentro de las otras categorías.

El resultado de este análisis se presenta en las tablas contenidas en el anexo, que corresponden, en cada caso, al problema de salud/síntomas en sí (tabla A1), a las pruebas médicas (tabla A2) y a los tratamientos —farmacológicos o de otro tipo— (tabla A3).

En cada una de las tres tablas los datos se han organizado del siguiente modo: en la primera columna se indica el subtema en inglés y en español (separados por /); la segunda columna recoge el número de conceptos identificados para ese subtema; en la tercera, se consignan las denominaciones de los conceptos en inglés y, finalmente, en la cuarta, se ofrece una traducción de dichos términos al español. Las traducciones proceden preferiblemente de los propios vocabularios contenidos en UMLS en español. En los casos en los que no se ha encontrado traducción, hemos recurrido a fuentes terminológicas de autoridad para nuestras propias traducciones.

La tabla A1 contiene 122 términos sobre la condición en sí misma, agrupados en torno a los siguientes subtemas: hallazgo, sueño, memoria, actividad sexual, mama, aparato genital femenino, menstruación, vagina, vasomotor, musculoesquelético, dolor de cabeza, boca, urogenital, endocrino, piel y pelo, mareo y mental/comportamiento/psicosocial.

La tabla A2 contiene 33 términos agrupados en los siguientes subtemas: musculoesquelético, prueba de saliva, prueba de laboratorio, sangrado postmenopáusico y cáncer de ovario/útero.

Por último, la tabla A3 contiene 100 términos relacionados con los tratamientos, agrupados en los siguientes subtemas: terapia hormonal/de reemplazo, actividad de salud/educativa, dispositivo médico, dispositivo para el suministro de medicamentos, profilaxis, cirugía, medicamento clínico y sustancia farmacológica.

Estos 255 términos en formato bilingüe y agrupados por temas y subtemas ya constituyen en sí una fuente terminológica valiosa, sobre todo si tenemos en cuenta que proceden de los vocabularios de UMLS, que además tienen la ventaja de poseer

un CUI unívoco que permite su reutilización en herramientas de procesamiento del lenguaje natural. Asimismo, este conjunto de términos viene a completar los precedentes de los textos que se reflejaban en las tablas 1 y 2.

#### 4. La terminología en los foros: el ejemplo de la salud mental

La última parte de nuestro estudio busca ejemplificar, aunque sea de una manera todavía parcial, cómo los documentos y los vocabularios existentes no contemplan todas las expresiones que las mujeres emplean para hablar de los síntomas de la menopausia y que se reflejan en los foros.

En el ejemplo que hemos elegido para mostrar los datos que se están extrayendo de los foros, hemos decidido presentar una serie de síntomas relacionados con la salud mental que apenas aparecen reflejados en los documentos y en los vocabularios.

Para ejemplificar el tipo de expresiones a las que nos referimos, ofrecemos, por un lado, distintas denominaciones para conceptos relacionados con el bienestar mental que sí están presentes en los documentos y en UMLS, como los cambios de humor. Por otro lado, se sugieren ejemplos de expresiones para referirse a síntomas que no aparecen en los documentos y en los vocabularios existentes, como la fatiga extrema que refieren muchas de las participantes en los foros. En las tablas 1 y 2 se hace referencia a los cambios en el estado de ánimo; sin embargo, en los términos extraídos de UMLS no se menciona el cansancio explícitamente, aunque sí otros cambios en el estado de ánimo.

La tabla siguiente (7) contiene una muestra que representa las expresiones que se refieren a los cambios en el estado de ánimo. La versión en inglés se ha obtenido directamente a partir del análisis de cerca de 3000 títulos de las publicaciones en foros en inglés, mientras que la versión en español es nuestra propia traducción de los términos. Como ya se ha mencionado, en una fase posterior del estudio está previsto analizar los foros en español *in vivo*.

Tabla 7. Expresiones recogidas en los foros en internet en inglés que se refieren a los cambios de humor

<i>arsey</i>	porculera
<i>bad-and-good days</i>	días buenos y malos
<i>bad-tempered</i>	malhumorada
<i>fluctuations</i>	fluctuaciones
<i>foul mood</i>	mal humor
<i>good days, bad days</i>	días buenos, días malos
<i>mood</i>	humor

Tabla 7. Expresiones recogidas en los foros en internet en inglés que se refieren a los cambios de humor

<i>mood so sensitive to fluctuations</i>	humor sensible a las fluctuaciones
<i>mood swing</i>	cambios de humor
<i>moods</i>	estados de ánimo cambiantes
<i>moody</i>	de mal humor
<i>sensitive to fluctuations</i>	sensible a las fluctuaciones

En este caso, vemos que existe una gran variación denominativa a la hora de referirse a estos cambios de humor que ya aparecían recogidos en los documentos específicos analizados en el apartado 2.1. Sin embargo, hay otros síntomas, como la debilidad, de los que las mujeres hablan con relativa frecuencia en los foros y que no se reflejan entre los síntomas que contemplan los documentos y los vocabularios médicos. La tabla 8 muestra las expresiones que las mujeres utilizan en los foros para referirse a esta debilidad extrema.

Tabla 8. Expresiones recogidas en los foros en internet en inglés que se refieren a debilidad y cansancio

<i>exhausted</i>	agotada
<i>exhaustion</i>	agotamiento
<i>fatigue</i>	fatiga
<i>lazy</i>	perezosa
<i>laziness</i>	pereza
<i>lack of energy</i>	falta de energía
<i>over tired</i>	cansancio excesivo
<i>tired</i>	cansada
<i>tiredness</i>	cansancio
<i>weakness</i>	debilidad
<i>without energy</i>	sin energía

Estos son solo dos ejemplos de los muchos que hemos hallado en nuestro estudio preliminar. En él hemos identificado 167 expresiones diferentes solo para referirse a estados de estrés, ansiedad, depresión o falta de confianza, entre otros. La extracción semiautomática de estas expresiones y su procesamiento para «mpearlas» a los vocabularios que emplean los sistemas informáticos es un proceso muy laborioso cuya metodología se recogerá en un futuro artículo de corte más técnico. No obstante, creemos que estos dos ejemplos sirven para ilustrar la problemática identificada. Los síntomas que mencionan los documentos médicos, los manuales y los vocabularios especializados no suelen tener en cuenta cómo las propias pacientes experimentan y expresan estos signos y síntomas. Las mujeres utilizan expresiones para referirse a ellos que tal vez no puedan

considerarse como terminológicas en sentido estricto y, además, presentan un grado elevado de variación denominativa y aparecen en textos cuyas emisoras no son necesariamente expertas. A pesar de ello, estamos convencidas de la utilidad de considerar estas expresiones que recogen la voz de las mujeres en todo tipo de terminologías, vocabularios y tesauros. Solo de este modo seremos capaces de reflejar en toda su complejidad esta condición que experimenta prácticamente la mitad de la población mundial.

## 5. Discusión y vías de trabajo futuras

En este artículo se presenta un estudio de la terminología relacionada con los síntomas, tratamientos y pruebas relacionados con la menopausia. Hemos realizado un abordaje integral de dicha terminología, partiendo de una primera aproximación a través de los documentos especializados elaborados por médicos (página de la Clínica Mayo, página del Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido y el manual *MSD/Merck*) que posteriormente se ha completado con un análisis de los términos contenidos en el metatesauro de UMLS, representados por CUI únicos. Se han recuperado los términos codificados en los vocabularios de UMLS que contienen la expresión *menop\** relacionados con los síntomas, el tratamiento y las pruebas para menopausia en inglés y, posteriormente, se han extraído los equivalentes disponibles para la lengua española en aquellos casos en los que estaban disponibles. Para el resto, proponemos un equivalente en español.

Para tener en cuenta la voz de las mujeres, hemos realizado un análisis de los títulos de las entradas en foros sobre menopausia en inglés, en las que hemos identificado un total de 165 expresiones que las mujeres emplean para referirse a síntomas relacionados con la salud mental. Algunas de estas expresiones se han mostrado aquí como ejemplo, por un lado, de la variación denominativa existente cuando se tiene en cuenta la opinión de las pacientes (Tercedor, López Rodríguez y Prieto Velasco, 2014). Asimismo, por otro lado, nos han permitido atisbar que quizá se estén produciendo lagunas en el diagnóstico puesto que distintos síntomas que muchas mujeres experimentan no se tienen en cuenta en los documentos y los vocabularios que manejan los profesionales sanitarios. Este trabajo podría servir para completar los vocabularios una vez que los expertos médicos ratifiquen que están asociados a la menopausia y no a otras comorbilidades de las pacientes.

Nuestro análisis preliminar se ha llevado a cabo para la lengua inglesa, si bien en este artículo se completa con los equivalentes de los términos en español, como ya se ha mencionado.

Como resultados del estudio presentamos las tablas bilingües de términos procedentes de los documentos (tablas 1 y 2) y también las tablas que recogen la terminología bilingüe extraída de UMLS (disponible en las tablas A1, A2 y A3 del anexo).

Nos proponemos continuar profundizando en este abordaje inclusivo y exhaustivo de la terminología sobre la menopausia

en el que se tenga en cuenta la voz de las mujeres. En un futuro próximo vamos a completar el estudio para tener en cuenta otros síntomas de la menopausia en lengua inglesa y también para considerar la terminología que emplean las pacientes en los foros en lengua española.

Como apuntábamos al principio, el objetivo último de nuestro trabajo es llegar a compilar una ontología sobre la menopausia que integre todas las voces y que permita el procesamiento automatizado de los datos sobre menopausia teniendo en cuenta todos los factores.

Solo escuchando también la voz de las pacientes será posible el abordaje de la menopausia desde una perspectiva integral, tal y como persiguen estrategias políticas como la del Gobierno británico.

A la vista de todo lo anteriormente expuesto, somos conscientes de que la labor de compilación terminológica que tenemos por delante es ardua, por lo que confiamos en conseguir apoyos de los diferentes agentes implicados para llevar a término este esfuerzo, que no nos cabe duda de que merece la pena.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argüello-Casteleiro, Mercedes *et al.* (2016): «Ontology Learning with Deep Learning: a Case Study on Patient Safety Using PubMed», *SWATS4LS*. <<https://ceur-ws.org/Vol-1795/paper12.pdf>> [consulta: 20.IX.2023].

Argüello-Casteleiro, Mercedes *et al.* (2018): «Deep learning meets ontologies: experiments to anchor the cardiovascular disease ontology in the biomedical literature», *Journal of Biomedical Semantics*, 9 (13). <<https://doi.org/10.1186/s13326-018-0181-1>> [consulta: 20.IX.2023].

Argüello-Casteleiro, Mercedes *et al.* (2019): «Exploring semantic deep learning for building reliable and reusable one health knowledge from PubMed systematic reviews and veterinary clinical notes», *Journal of Biomedical Semantics*, 10 (1): 1-28. <<https://doi.org/10.1186/s13326-019-02>> [consulta: 20.IX.2023].

Bioportal (2023): «Asthma Ontology» <<https://bioportal.bioontology.org/ontologies/AO>> [consulta: 20.IX.2023].

Ciapuscio, Guiomar Elena (2003): *Textos especializados y terminología*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada.

Department of Health and Social Care (2022): «Policy paper: Women's Health Strategy for England». <<https://www.gov.uk/government/publications/womens-health-strategy-for-england/womens-health-strategy-for-england#womens-voices>> [consulta: 20.IX.2023].

Fernández Silva, Sabela (2011): *Variación terminológica y cognición: Factores cognitivos en la denominación del concepto especializado* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. <<http://hdl.handle.net/10803/22638>> [consulta: 20.IX.2023].

Freixa, Judit (2005): «Variación terminológica: ¿por qué y pa-

ra qué?», *Meta*, 50 (4). <<https://www.erudit.org/fr/revues/meta/2005-v50-n4-meta1024/019917ar.pdf>> [consulta: 20.IX.2023].

Grandey, Alicia A.; Allison S. Gabriel y Eden B. King (2020): «Tackling taboo topics: A review of the three Ms in working women's lives», *Journal of Management*, 46 (1): 7-35. <<https://doi.org/10.1177/0149206319857>> [consulta: 20.IX.2023].

International Health Terminology Standards Development Organisation (2023): *Practical Guide to Reference Sets*. <<http://snomed.org/refsetpg>> [consulta: 20.IX.2023].

Mayo Clinic (2023): «Menopause», *Diseases and Conditions*. <<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menopause/symptoms-causes/syc-20353397>> [consulta: 20.IX.2023].

Medline (2023): «Menopausia», *MedlinePlus: Información de salud para usted*. <<https://medlineplus.gov/spanish/menopause.html>> [consulta: 20.IX.2023].

Ministerio de Sanidad (2023): *Observatorio de Salud de las mujeres*. <<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/home.htm>> [consulta: 20.IX.2023].

Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia (2004): *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. <[https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC\\_menopausia\\_definitiva.pdf](https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf)> [consulta: 04.X.2023].

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia (2017): *Guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <<https://portal.guiasalud.es/gpc/menopausia-postmenopausia/>> [consulta: 20.IX.2023].

Organización Mundial de la Salud (2023): «One health». <[https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1)> [consulta: 20.IX.2023].

Pinkerton, JoAnn (2023): «Menopause», *MSD Manuals*. <<https://www.msdmanuals.com/en-gb/professional/gynecology-and-obstetrics/menopause/>> [consulta: 20.IX.2023].

Real Academia Nacional de Medicina (2012): *Diccionario de términos médicos*. <<http://dtme.ranm.es/buscador.aspx>> [consulta: 04.X.2023].

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2023): «Menopause and later life». <<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/menopause-and-later-life/>> [consulta: 20.IX.2023].

Statista (2023): «Largest female population share 2022, by country», <<https://www.statista.com/statistics/1238987/female-population-share-by-country/#statisticContainer>>

[consulta: 04.X.2023].  
 Tercedor, Maribel; Clara Inés López Rodríguez y Juan Antonio Prieto Velasco (2014): «También los pacientes hacen terminología: retos del proyecto VariMed», *Panace@*, 15 (39): 95-102.

UMLS (2023): *Metathesaurus*. <<https://www.nlm.nih.gov/research/umls/index.html>> [consulta: 20.IX.2023].  
 Valls-Llobet, C. (2020): *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán Swing.

**ANEXO: Ejemplos de identificadores únicos (CUI) extraídos a partir de UMLS en inglés y español que incluyen la expresión *menop*\* en su denominación en inglés**

Tabla A1. Ejemplos de CUI de UMLS relacionados con el tema «problema de salud de la paciente/sintomatología»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
Finding / Hallazgo	11	menopause finding	hallazgo relacionado con la menopausia
		menopausal symptom	síntoma menopáusico
		perimenopausal symptoms	síntomas perimenopáusicos
		premenopausal symptoms	síntomas premenopáusicos
		symptoms, such as flushing, sleeplessness, headache, lack of concentration, associated with the menopause	síntomas, como sofocos, insomnio, dolor de cabeza, falta de concentración, asociados con la menopausia
Sleep / Sueño	3	menopausal sleeplessness	insomnio menopáusico
		difficulty with sleeping occurred or worsened during menopause	la dificultad para dormir ha ocurrido o empeorado durante la menopausia
Memory / Memoria	1	menopausal concentration lack	falta de concentración en la menopausia
Sexual activity / Actividad sexual	2	premenopausal postcoital bleeding	hemorragia poscoital premenopáusica
		postmenopausal postcoital bleeding	hemorragia poscoital posmenopáusica
Breast / Mama	1	premenopausal breast cancer	cáncer de mama premenopáusico
Female reproductive system / Sistema reproductivo femenino	17	discomfort associated with menopause	malestar asociado con la menopausia
		atrophy; cervix, menopausal	atrofia; cuello uterino, menopausia
		menopausal endometrium	endometrio menopáusico
		postmenopausal endometrium	endometrio posmenopáusico
		endometrial cells	células endometriales
		menopause ovarian failure	insuficiencia ovárica menopáusica
Menstruation / Menstruación	21	risk of ovarian malignancy premenopausal / postmenopausal	riesgo de malignidad ovárica premenopáusica / posmenopáusica
		menopausal bleeding	sangrado menopáusico
		perimenopausal bleeding	sangrado perimenopáusico
		postmenopausal bleeding	sangrado posmenopáusico
		premenopausal amenorrhea	amenorrea premenopáusica
		menopausal menorrhagia or metrorrhagia	menorragia o metrorragia menopáusica
		abnormal bleeding / menses abnormal	sangrado anormal / menstruaciones anormales
postmenopausal spotting	manchado posmenopáusico		
Vagina	3	postmenopausal atrophic vaginitis	vaginitis atrófica posmenopáusica

Tabla A1. Ejemplos de CUI de UMLS relacionados con el tema «problema de salud de la paciente/sintomatología»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
		perimenopausal atrophic vaginitis	vaginitis atrófica perimenopáusica
Vasomotor	8	hot flushes menopausal postmenopausal flushing vasomotor menopausal symptoms menopausal diaphoresis menopausal hyperhidrosis	sofocos menopáusicos sofoco posmenopáusico síntomas vasomotores de la menopausia diaforesis menopáusica hiperhidrosis menopáusica
Musculoskeletal / Musculoesquelético	32	post-menopausal bone loss postmenopausal osteoporosis postmenopausal osteopenia menopausal arthritis postmenopausal muscular dystrophy syndrome	pérdida ósea posmenopáusica osteoporosis posmenopáusica osteopenia posmenopáusica artritis menopáusica síndrome de distrofia muscular posmenopáusica
Headache / Dolor de cabeza	3	menopausal headache menopause migraine	dolor de cabeza menopáusico migraña menopáusica
Mouth / Boca	1	postmenopausal atrophy of vocal cord	atrofia posmenopáusica de cuerda vocal
Urogenital	3	postmenopausal urethral atrophy menopausal effects on the genitourinary tract genitourinary syndrome of menopause	atrofia uretral posmenopáusica efectos de la menopausia en el tracto genitourinario síndrome genitourinario de la menopausia
Endocrine / Endocrino	1	problem with hormone due to menopause	problema hormonal debido a la menopausia
Skin & hair / Piel y pelo	4	postmenopausal androgenetic alopecia postmenopausal frontal fibrosing alopecia dermatosis of menopause postmenopausal pruritus	alopecia androgénica posmenopáusica alopecia fibrosante frontal posmenopáusica dermatosis de la menopausia prurito posmenopáusico
Dizziness / Mareo	1	vertigo; menopausal	vértigo; menopáusico
Mental or behavior or psychosocial / Mental o comportamiento o psicossocial	10	menopausal tension difficulty managing menopause menopausal depression depression perimenopausal psychosis; paranoid, menopausal neurosis; menopausal	tensión menopáusica dificultad para manejar la menopausia depresión menopáusica depresión perimenopáusica psicosis; paranoica, menopáusica neurosis; menopáusico

Tabla A2. Ejemplos de CUI de UMLS relacionados con el tema «pruebas médicas»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
Musculoskeletal / Musculoesquelético	1	menopause: bone density check	evaluación de densidad ósea en la menopausia
Saliva test / Prueba de saliva	3	post-menopause profile each test saliva test, hormone level; during menopause	pruebas de perfil posmenopáusico prueba de saliva, nivel hormonal; durante la menopausia

Tabla A2. Ejemplos de CUI de UMLS relacionados con el tema «pruebas médicas»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
Lab test / Prueba de laboratorio	23	gonadotrophin assays postmenopausal females	prueba de gonadotropinas en mujeres posmenopáusicas
		catecholamines excretion	excreción de catecolaminas
		serum inhibin postmenopausal	inhibina sérica posmenopáusica
		serum progesterone level	nivel de progesterona sérica
		serum androstenedione measurement	medición de androstenediona sérica
		serum follicle-stimulating hormone (FSH) level	nivel sérico de hormona foliculoestimulante (FSH)
		serum sex hormone binding globulin (SHBG) level	nivel sérico de globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG)
		serum LH	LH sérica
		urine total estrogens measurement	medición de estrógenos totales en orina
		urine estradiol measurement	medición de estradiol en orina
		urine estriol measurement	medición de estriol en orina
		urine estrone measurement	medición de estrona en orina
urine luteinizing hormone (LH) measurement postmenopausal female	medición de la hormona luteinizante (LH) en orina en mujeres posmenopáusicas		
urine post-menopausal FS level	nivel de FSH posmenopáusico en orina		
Postmenopausal bleeding / Sangrado postmenopáusico	3	ultrasound evaluation	evaluación por ultrasonido
		saline infusion sonohysterography	sonohisterografía con infusión salina
		endometrial echo	eco endometrial
		measurements of endometrial thickness	medición del grosor endometrial
Ovarian/breast cancer / Cáncer de ovario/útero	3	risk of ovarian malignancy	riesgo de malignidad ovárica
		risk factors for the development of breast cancer	factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama

Tabla A3. CUI de UMLS relacionados con el tema «tratamiento»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
Hormone therapy / replacement / Terapia hormonal / de reemplazo	15	hormone replacement therapy	terapia hormonal sustitutiva
		menopausal hormone implant	implante hormonal menopáusico
		estrogen, female hormones	estrógeno, hormonas femeninas
		over-the-counter - herbal, natural, or soy-based - preparations for hormone replacement	sin receta médica / venta libre - a base de hierbas, naturales o de soja - preparaciones para el reemplazo hormonal
Healthcare / Educational activity / Actividad de salud / educativa	8	menopause education	educación sobre la menopausia
		menopause dietary education	educación dietética sobre la menopausia
		menopause sexual education	educación sexual sobre la menopausia
		patient education about need to report postmenopausal bleeding	educación del paciente sobre la necesidad de informar del sangrado posmenopáusico
		counseling for menopause	asesoramiento para la menopausia
		assessment for menopause	evaluación para la menopausia

Tabla A3. CUI de UMLS relacionados con el tema «tratamiento»

Subtema	N.º	Términos en inglés	Términos en español
Medical device / Dispositivo médico	3	static magnetic menopause-relief plate stimulators, magnetic, menopause symptom relief menopause thermal therapy wristband	placa magnética estática para alivio de la menopausia estimuladores, magnéticos, alivio de los síntomas de la menopausia pulsera de terapia térmica para la menopausia
Drug delivery device / Dispositivo para el suministro de medicamentos	4	menopause plus mood kit menopause plus energy kit menopause plus sleep kit menopause plus moisture kit	kit de estado de ánimo menopausia plus kit de energía menopausia plus kit de sueño menopausia plus kit de humedad menopausia plus
Prophylaxis / Profilaxis	2	menopausal symptoms prophylaxis prophylaxis against postmenopausal osteoporosis	profilaxis de los síntomas de la menopausia profilaxis contra la osteoporosis posmenopáusica
Surgery / Cirugía	1	fallopian tube ligation pre menopausal	ligadura de trompas de Falopio antes de la menopausia
Clinical drug / Medicamento clínico	53	human menopausal gonadotrophins Menopur / follicle stimulating hormone / luteinizing hormone black cohosh extract/calcium/flaxseed/soybean extract soy isoflavones/soy protein One-A-Day menopause formula tablet Estroven MedCaps menopause homeopathic product (e.g. vipera berus venom 30; Hyland's menopause) menopause relief (e.g. including lachesis muta venom / atropa belladonna)	gonadotropinas menopáusicas humanas Menopur/hormona folículo estimulante/hormona luteinizante extracto de cohosh negro/calcio/linaza/extracto de soja isoflavonas de soja/proteína de soja One-A-Day pastilla para la menopausia Estroven MedCaps Menopause producto homeopático (por ejemplo, veneno de vipera berus 30; Hyland's menopausia) alivio de la menopausia (por ejemplo, incluyendo veneno de lachesis muta / atropa belladonna)
Substance / pharmacologic substance / Sustancia / sustancia farmacológica	14	nitric oxide (substance) skincare day cream (substance) gonadotropins estroven menopur menopause (nutritional) support menopause formula progesterone one a day women's menopause formula menopause relief with lifenol	óxido nítrico (sustancia) crema de día para el cuidado de la piel (sustancia) gonadotropinas estroven menopur soporte nutricional para la menopausia progesterona medicación para la menopausia una vez al día medicación para la menopausia alivio de la menopausia con lifenol

# Hacia una visión de la menopausia desde la perspectiva de género: análisis de sentimientos y redefinición de la terminología asociada<sup>1</sup>

*Towards a gender perspective on menopause: sentiment analysis and redefinition of associated terminology*

Victoria Muñoz-García\*, Elena Lloret\*\*  
y M. Isabel Santamaría-Pérez\*\*\*

**RESUMEN:** Este trabajo se propone demostrar que el concepto de la menopausia está asociado a connotaciones negativas. Para ello, nos centramos en el análisis de sentimientos del léxico extraído de una encuesta y en el uso de recursos de procesamiento de lenguaje natural: EmoLex y BabelNet. Tras el análisis de sentimientos y la consulta de definiciones en diferentes fuentes, se han hecho propuestas de redefinición de la terminología relevante relacionada con la menopausia desde una perspectiva de género. Este estudio se enmarca en el proyecto DIGITENDER, cuyo propósito es la creación de recursos terminológicos sobre la salud de la mujer.

**PALABRAS CLAVE:** análisis de sentimientos, menopausia, perspectiva de género, procesamiento del lenguaje natural, terminología.

**ABSTRACT:** *The aim of this article is to show that the concept of menopause is associated with negative connotations. To this end, we performed a sentiment analysis on the lexicon extracted from a survey on menopause and used the Natural Language Processing tools EmoLex and BabelNet. Following the sentiment analysis and consultation of definitions in different sources, suggestions are made as to how to redefine relevant terminology related to menopause from a gender perspective. This study is part of the DIGITENDER project, which aims to create terminological resources on the topic of women's health.*

**KEYWORDS:** *gender perspective, menopause, natural language processing, sentiment analysis, terminology.*

Panace@ 2023; XXIV (58): 46-56

Recibido: 02.IX.2023. Aceptado: 29.IX.2023.

## 1. Introducción

La menopausia, un fenómeno que afecta a la mitad de la población mundial (Naciones Unidas, 2022: 6), se presenta como un tema contemporáneo de gran trascendencia. El proyecto DIGITENDER<sup>2</sup> se enfoca en la creación de recursos terminológicos sobre la salud de la mujer y, por su importancia, nos hemos centrado específicamente en el subdominio de la menopausia. Con el presente estudio se pretende transformar la percepción y comprensión de este proceso tanto entre las mujeres como en la sociedad en su conjunto. En un contexto donde las mujeres han sido históricamente invisibilizadas, especialmente en el ámbito médico, surge la problemática de desigualdades de género (Moreno y Carrillo, 2016: 141). Esta disparidad se refleja en los estudios biomédicos, que, al basarse en modelos masculinos, han originado deficiencias en la detección y tratamiento de enfermedades en mujeres (Ruiz-Cantero, 2019: 11). Reconocer estas diferencias es vital para una atención médica precisa y eficaz.

A continuación, se presentan las hipótesis de investigación que guiarán este estudio, previamente establecidas en el trabajo de Muñoz-García (2023: 9):

1. La menopausia se percibe como una enfermedad y se relaciona con connotaciones negativas.
2. La menopausia representa una fase de incertidumbre en la vida de las mujeres debido a un gran desconocimiento entre las usuarias sobre el concepto y su tratamiento.
3. Las definiciones desde una perspectiva de género en términos relacionados con la menopausia pueden favorecer la promoción de la igualdad de género en la sociedad.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio es demostrar el desconocimiento y las connotaciones negativas asociadas a la menopausia, además de aportar redefiniciones desde la perspectiva de género partiendo de la consulta de diversas fuentes

\* Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos, Universidad de Alicante, España. Dirección para correspondencia: [vmg61@gcloud.ua.es](mailto:vmg61@gcloud.ua.es).

\*\* Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos, Universidad de Alicante, España.

\*\*\* Grupo EPA. Departamento de Filología Española, Lingüística General y Teoría de la Literatura. Universidad de Alicante, España.

fiables para contribuir a una percepción más positiva de dicho periodo.

Es relevante resaltar que este estudio se encuentra directamente vinculado a dos de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2023): el ODS 3, centrado en la salud y el bienestar, y el ODS 5, enfocado en la igualdad de género. Además, se busca atenuar una desigualdad que existe pero que a menudo pasa desapercibida en el ámbito sanitario. Por consiguiente, este trabajo se encuentra alineado con múltiples objetivos de los ODS mencionados, como se menciona en Muñoz-García (2023: 11):

1. Fomentar el empoderamiento femenino a través de una mayor utilización de la tecnología instrumental, enfocándose especialmente en las tecnologías de la información y las comunicaciones.
2. Establecer y reforzar medidas y regulaciones adecuadas para promover la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas en todos los ámbitos.
3. Reforzar la capacidad de todas las naciones, en particular aquellas en proceso de desarrollo, para identificar tempranamente riesgos en materia de salud, reducir su impacto y gestionarlos tanto a nivel nacional como internacional.

Tras esta introducción, en el segundo apartado se contextualizará el trabajo en relación con la perspectiva de género y la salud y se hará una introducción al procesamiento del lenguaje natural. El tercer apartado tratará la metodología seguida para el desarrollo de este artículo, que se divide en dos partes principales. La primera describirá la creación y aplicación de una encuesta relacionada con la menopausia y describirá el uso de los recursos EmoLex, para el análisis de sentimientos del léxico obtenido del paso anterior, y BabelNet. El cuarto apartado presentará los resultados obtenidos de la metodología, centrándose en la consulta de definiciones sobre el léxico seleccionado en relación con la menopausia a partir de diferentes fuentes fiables, la detección de connotaciones negativas de las mismas y una propuesta de definición propia desde la perspectiva de género. A continuación, se presentarán dichos resultados y se pondrá en discusión la bibliografía relevante consultada. Finalmente, se incluirán las conclusiones y otras posibles líneas de investigación y perspectivas de trabajo futuro.

## 2. Perspectiva de género y salud

### 2.1. La menopausia desde la perspectiva de género

El tratamiento de los temas relacionados con la salud de la mujer desde la perspectiva de género ha cobrado especial importancia en los últimos años. En este contexto surge el proyecto DIGITENDER<sup>3</sup> como respuesta a la necesidad de crear

una sociedad más equitativa y respetuosa con la diversidad de género. En el marco de esta iniciativa, se busca desarrollar una plataforma digital que facilite el acceso a recursos terminológicos multilingües desde una perspectiva de género con el fin de fomentar la inclusión y el respeto.

Dentro del proyecto, se reconoció la importancia de promover sociedades más justas, en las que el papel de la mujer en diferentes áreas esté representado de manera igualitaria junto con la atención a los problemas que enfrenta específicamente. La observación del léxico y de la terminología en distintas fuentes de información demuestra la falta de inclusión sistemática de marcas de género femenino a pesar de su existente variación. A partir de esta problemática, el proyecto se plantea contribuir de manera terminológica al conocimiento de la salud de la mujer y dar visualización a las desigualdades dentro de dicho campo. El proyecto DIGITENDER centra su atención en temas de salud específicos para las mujeres al integrar la perspectiva de género en la gestión terminológica. Un amplio repositorio de términos de acceso libre, llamado WHealth, pretende dar visualización a problemas y cuestiones de salud que afectan a la mujer. Mediante la exploración de temas como la menopausia, la menstruación y los trastornos alimentarios, se ofrece al público información relevante para acabar con los tabúes y estereotipos que pueden causar problemas en el ámbito sanitario. Dada su importancia y por representar un período crucial en la vida de las mujeres, hemos abordado el subdominio de la menopausia.

La menopausia constituye un proceso biológico natural que afecta a todas las mujeres en algún punto de sus vidas, teniendo un efecto significativo en su salud y bienestar. Según Gómez *et al.* (2008):

La menopausia aparece como una etapa conflictiva en pugna con dos teorías: la que la considera una enfermedad deficitaria o una patología biológica que requiere atención especializada y la que la considera un proceso natural asociado a la edad y puede transcurrir sin mayores complicaciones [...]. Por ello, no siempre con una base epidemiológica sólida, estos procesos se han relacionado con diversos síntomas y procesos crónicos, lo cual ha derivado en que algunas mujeres y profesionales tengan una visión negativa de la menopausia, que se ha medicalizado en exceso.

A lo largo de la historia, esta etapa ha influido en la vida de las mujeres, aunque su abordaje ha variado a lo largo del tiempo y no siempre se ha tratado ni con la debida consideración ni desde una perspectiva adecuada. Ha sido catalogada como enfermedad, atrofia, señal de envejecimiento, entre otros (Ruiz-Cantero, 2019). Desde una temprana edad, las mujeres están expuestas al concepto negativo de menopausia, lo que las hace crecer inmersas en estereotipos que moldean su perspectiva y las predisponen desde un inicio a satisfacer ciertas expectativas en cuanto a su aspecto físico y su capacidad reproductiva (*ibid.*). La menopausia se ha tratado desde el punto de vista médico y psicológico, pero la disponibilidad de información desde una perspectiva psicosocial es limitada. Por esta razón,

es fundamental explorar el aspecto subjetivo de este proceso y brindar a las mujeres la oportunidad de expresar, describir y reflexionar sobre sus experiencias durante esta etapa (Romero y Sánchez, 2010: 40). Así pues, este tema es de gran relevancia social y suscita interés científico, siendo necesario abordarlo desde la perspectiva de género.

De acuerdo con Romero y Sánchez (2009: 43), el discurso médico, que define la menopausia como «el cese de la menstruación», ha ejercido una influencia significativa en la forma en que se conceptualiza la menopausia y se dicta cómo debe vivirse. Además, existe un léxico negativo asociado a dicho periodo, especialmente en la literatura médica, escrita predominantemente por hombres, lo cual lleva a que las mujeres perciban cada síntoma de la menopausia como una especie de estigma que las marca como envejecidas (*ibid.*). La menopausia se ha catalogado como una «patología femenina» que debe tratarse en el momento apropiado, reduciéndola a un conjunto de síntomas. Desde una perspectiva social, la menopausia se convierte en un término utilizado de manera negativa para etiquetar a las mujeres. Comienza con la denominación despectiva de *menopáusica*, una expresión peyorativa que se emplea como sinónimo de *histérica*, *vieja*, y que implica la falta de un proyecto de vida más allá de envejecer (*ibid.*). Aquellas que están en la etapa de la menopausia son percibidas como mujeres que atraviesan cambios tanto psicológicos como fisiológicos que, supuestamente, les impiden disfrutar plenamente de la vida, incluyendo su sexualidad. Desde una perspectiva de género, estos discursos reflejan una imagen negativa de la mujer como una figura que se deteriora y se vuelve menos útil, perdiendo ciertas características que antes se consideraban fundamentales, como la capacidad reproductiva y la elasticidad de la piel. Además, perpetúan la idea de que la mujer se cuestiona constantemente su propia feminidad (*ibid.*).

La menopausia marca un nuevo período en la vida de la mujer con cambios biológicos distintivos, mayormente relacionados con las hormonas (Ruiz-Cantero, 2019: 24). Tales cambios se asocian comúnmente a la edad reproductiva; no obstante, una mujer en la menopausia aún podría estar en esta etapa independientemente de su edad debido a múltiples factores biológicos (Moreno y Carrillo, 2016: 86). A menudo, la edad reproductiva se relaciona con la fertilidad, vinculando las implicaciones de la menopausia y el fin del ciclo menstrual a esta idea. Sin embargo, esta etapa no excluye la posibilidad de embarazo y, por ende, no imposibilita la maternidad (*ibid.*). Así, la menopausia conduce a una fase vital diferente, pero no implica un cambio en la capacidad reproductiva de la mujer.

La concepción de la menopausia como el cese de la capacidad reproductiva conlleva una visión sexualizada del género femenino, en vez de reconocer a las mujeres como seres individuales con emociones, necesidades y entidad propia, pues se da mayor relevancia a aspectos ligados al sistema reproductor al evaluar la salud de las mujeres (Ruiz-Cantero, 2019: 229). Según Moreno y Carrillo (2016: 201):

Se está asignando un lugar; se está aludiendo a una cualidad específica: las mujeres, englobadas de manera

general dentro de la categoría, quedan automáticamente sexualizadas, entre otros motivos, porque las mujeres nunca están definidas como representantes generales de lo humano, sino solo como categorías específicas —femeninas— y, frecuentemente, sexuales.

Como señala Ruiz-Cantero (2019: 226), en el ámbito de la salud, la perspectiva androcéntrica ha llevado a un análisis desigual de los problemas que afectan a las mujeres, generando consecuencias perjudiciales. La carencia de investigaciones exhaustivas en este sentido ha propiciado brechas en el bienestar femenino. En ocasiones, la atención se ha centrado mayormente en aspectos vinculados al sistema reproductor, dejando de lado otros aspectos cruciales. Esto se refleja en programas preventivos y de asistencia que se concentran en la anticoncepción, el embarazo, la menopausia y la detección temprana de cánceres específicos. «Esta visión parcial de la salud de las mujeres imposibilita una atención integral. El principal obstáculo para resolver un problema es desconocerlo [...]» (*ibid.*).

### 3. Metodología

Para la realización de este trabajo lingüístico-terminológico empleamos herramientas informáticas y recursos de procesamiento del lenguaje natural (PNL). En los últimos años ha habido avances significativos en la relación entre la informática y la lingüística, dando lugar al desarrollo de aplicaciones que fusionan ambas disciplinas en diversos niveles de complejidad (Cabré, 1999). Esta novedosa área científico-técnica recibe varias denominaciones: desde la perspectiva lingüística, se la conoce como lingüística computacional (Cabré, 1999: 249), mientras que, en el ámbito de la informática, se utiliza el término *procesamiento del lenguaje natural* (Moreno Boronat *et al.*, 1999). En la actualidad, es impensable considerar una disciplina sin la presencia complementaria de la otra, ya que el trabajo terminológico se sustenta en las herramientas informáticas para lograr una recopilación exhaustiva, una extracción eficiente y un análisis más preciso. Estas herramientas empleadas han agilizado tanto la realización de manera telemática de la encuesta sobre la menopausia como el análisis de sentimientos y la selección del léxico para su posterior redefinición.

La metodología de este trabajo busca demostrar el desconocimiento y las connotaciones negativas asociadas a la menopausia. Para alcanzar dicho objetivo, se han llevado a cabo diferentes pasos:

- ▶ Realización de una encuesta sobre el concepto de menopausia.
- ▶ Aplicación del recurso EmoLex para el análisis de sentimientos del léxico obtenido en la encuesta.
- ▶ Selección del léxico más frecuente en la encuesta y esencial para la comprensión del tema de la menopausia.

- ▶ Comprobación y complementación de dicho léxico mediante la herramienta BabelNet.
- ▶ Consulta de definiciones del léxico seleccionado en diversas fuentes fiables.
- ▶ Comparación de definiciones con diccionarios de referencia y páginas web fiables.
- ▶ Redefinición propia de las definiciones seleccionadas.

### 3.1. Encuesta sobre la percepción de la menopausia

Se ha realizado una encuesta con el propósito de examinar, en un contexto reducido y desde una perspectiva realista, la concepción actual que las mujeres poseen acerca de la menopausia. Esta encuesta se realizó mediante un formulario de Google que constaba de siete preguntas de respuesta corta. Se decidió no llevar a cabo un cuestionario con preguntas de opción múltiple para evitar influir en las respuestas de las participantes, buscando obtener datos imparciales para un análisis posterior. En su lugar, se optó por emplear un breve cuestionario con el objetivo de recabar términos y obtener una muestra limitada acerca de la percepción y el entendimiento que las mujeres tienen sobre esta etapa de la vida.

A continuación, se presentan las preguntas que se incluían en el formulario (Muñoz-García, 2023: 36-37):

1. ¿Qué se te viene a la mente cuando piensas en *menopausia*?
2. De manera espontánea, ¿qué tres palabras asocias a la menopausia?
3. ¿Crees que la menopausia es una enfermedad?
4. ¿Cuándo comienza la menopausia?

5. ¿Cuáles son los síntomas más comunes de la menopausia?
6. ¿Crees que es necesario recibir tratamiento durante la menopausia?
7. En caso de haber respondido «sí» en la pregunta anterior, ¿conoces algún tratamiento?

Posteriormente, se ha utilizado el recurso EmoLex, un léxico emocional del lenguaje que analiza el componente emocional asociado a los términos extraídos de las respuestas obtenidas en la encuesta.

### 3.2. Comparación del léxico de la encuesta con el listado de palabras de EmoLex

A partir de los resultados de la encuesta, se ha recogido el léxico proporcionado por las respuestas de las dos primeras preguntas y se ha introducido en la herramienta «Lista de palabras» en Sketch Engine<sup>4</sup>, un *software* de gestión de corpus y análisis de texto. Esta lista estaba ordenada de mayor a menor frecuencia y, posteriormente, se ha comparado con el listado de palabras en español presentes en EmoLex<sup>5</sup>, también conocido como NRC Word-Emotion Association Lexicon (Mohammad y Turney, 2022). Este léxico emocional del lenguaje asocia los términos a ocho emociones primarias: ira, anticipación, disgusto, miedo, alegría, tristeza, sorpresa y confianza —correspondientes a la taxonomía de Plutchik (versión de 2001)—, así como dos sentimientos: positivo y negativo (Vargas-Sierra y Orts, 2023: 5). Según dicha clasificación taxonómica, las palabras extraídas de la encuesta están asociadas a un sentimiento, así como a una o más emociones, puesto que estas no son mutuamente excluyentes.

menopausia Spanish Traduzca al...

bn:00017665n | Sustantivo Concepto Psi | Categorías: Fisiología humana, Menstruación, Ovario, Sal...

ES menopausia / / · climaterio

El climaterio [1] es un periodo de transición antes de la menopausia que se prolonga normalmente entre 4-5 años,[2] como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos[3] y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos. Wikipedia

DEFINICIONES RELACIONES FUENTES

Spanish > Más idiomas...

ES El climaterio [1] es un periodo de transición antes de la menopausia que se prolonga normalmente entre 4-5 años,[2] como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos[3] y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos. Wikipedia

La menopausia se define como cese de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Wikipedia

Periodo de transición antes de la menopausia Wikidata

Cese de la menstruación Wikidata

Momento en la vida de una mujer que se inicia con la desaparición de los periodos menstruales. OmegaWiki

FIGURA 1. Definición del término menopausia en BabelNet.

FIGURA 2. Relaciones del término menopausia en BabelNet

### 3.3. Selección del léxico para la consulta de su definición y posterior redefinición

Para comprobar y complementar el léxico extraído de las respuestas de la encuesta se ha utilizado una herramienta de PLN: BabelNet<sup>6</sup>. De esta manera, se han encontrado palabras clave que han permitido ampliar el léxico esencial relacionado con la menopausia. Posteriormente, el léxico seleccionado se ha consultado en diferentes fuentes y, de ellas, se han extraído las definiciones para su revisión y redefinición.

BabelNet es un diccionario enciclopédico multilingüe que ofrece una cobertura lexicográfica y enciclopédica de términos de manera extensa. Además, incorpora una ontología semántica o red que enlaza conceptos y entidades en una amplia trama de relaciones semánticas (Navigli y Ponzetto, 2012). En conjunto, la base de datos de BabelNet alberga alrededor de 22 millones de entradas.

Se ha utilizado el término *menopausia* para llevar a cabo la búsqueda, tal como se muestra en la figura 1, en la que se presentan múltiples definiciones.

En la sección «Relaciones» (fig. 2) es posible visualizar diversos campos que han resultado útiles para seleccionar el léxico a redefinir.

En la figura 3, se puede apreciar la sección «Explore network», donde es posible buscar términos relacionados con la menopausia y ampliar la búsqueda.

Tras la fase de selección del léxico más relevante de la menopausia se han consultado las definiciones de diversas fuentes para posteriormente realizar una tabla con una comparación y propuesta de redefinición desde la perspectiva de género.

Las fuentes consultadas han sido dos diccionarios de referencia: el *Diccionario de la lengua española* (DLE) de la Real Academia Española (RAE) y el *Diccionario de términos médicos*

(DTME) de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) de España, así como tres páginas web fiables: el Instituto Nacional de Cáncer, Elsevier y MayoClinic.

## 4. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de los diferentes pasos de la metodología de manera ordenada. A continuación, se incluye el análisis detallado de cada etapa metodológica.

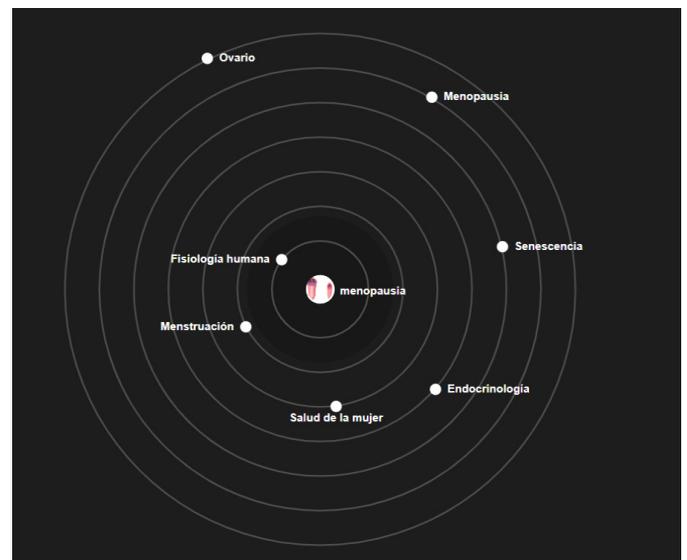


FIGURA 3. Red de términos relacionados con menopausia en BabelNet

Forma	Frecuencia ? ↓
1 sofocos	25 ...
2 mujer	20 ...
3 cambios	18 ...
4 calores	16 ...
5 edad	13 ...
6 mayor	11 ...
7 vejez	10 ...
8 hormonas	9 ...
9 fin	8 ...
10 osteoporosis	7 ...

FIGURA 4. Lista de frecuencia del léxico de la pregunta 1 y 2 generada por Sketch Engine

#### 4.1. Encuesta de valoración sobre el concepto de la menopausia

Después de distribuir y realizar la encuesta acerca del concepto de la menopausia, se han registrado 75 respuestas con un rango de edades de las participantes que abarca desde los 12 hasta los 70 años.

El léxico obtenido de las dos primeras preguntas —«¿Qué se te viene a la mente cuando piensas en *menopausia*?» y «De manera espontánea, ¿qué tres palabras asocias a la menopausia?»— se ha añadido a Sketch Engine y, a través de la herramienta «Lista de palabras», se han extraído aquellos términos que aparecían con mayor frecuencia: *sofocos*, *mujer*, *cambios*, *calores*, *edad*, *mayor*, *vejez*, *hormonas*, *fin* y *osteoporosis*. Estos términos son las palabras clave que los participantes asocian a la menopausia. Cada término refleja una idea o concepto relacionado con este periodo de la vida de la mujer. Por ejemplo, *sofocos* se refiere a un síntoma común de la menopausia, *cambios* podría aludir a los cambios físicos y emocionales, *hormonas* señala la importancia de las hormonas y *osteoporosis* alude a una de las patologías asociadas. Por tanto, el análisis revela las palabras clave más mencionadas por los participantes cuando se les preguntó sobre la menopausia, proporcionando una visión general de las asociaciones y conceptos más comunes relacionados con este tema.

Respecto a la tercera pregunta, «¿Crees que la menopausia es una enfermedad?», la mayoría de las respuestas han sido negativas, lo que indica que únicamente un pequeño porcentaje de las encuestadas perciben la menopausia como una patología médica o una enfermedad. Se puede interpretar de estas respuestas que la percepción general entre las encuestadas es que la menopausia se percibe como un proceso natural o una etapa en la vida de una mujer.

En relación con la pregunta acerca de la edad (pregunta 4), las respuestas daban a entender que la menopausia se inicia entre los 40 y los 50 años o que dependía de la mujer. Por otro lado, el léxico asociado a los síntomas (pregunta 5) también fue ingresado en Sketch Engine para identificar aquellos términos

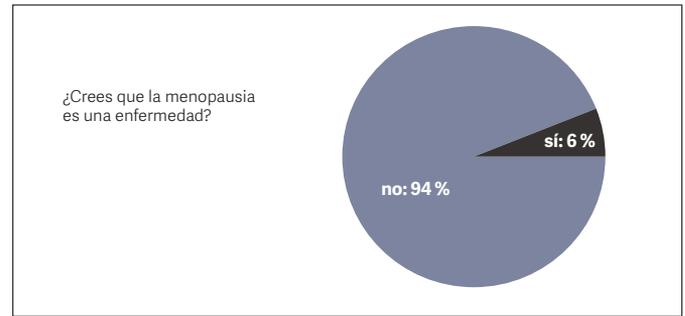


FIGURA 5. Porcentaje de respuesta a la pregunta 3

que presentaban una mayor frecuencia de aparición, incluidos *sofocos*, *calores*, *cambios*, *calor*, *insomnio*, *sudores*, *peso* y *sequedad*. Tras observar el léxico más frecuente, los resultados sugieren que los síntomas de la menopausia son conocidos por las participantes de la encuesta y que abarcan síntomas físicos y emocionales o relacionados con el sueño. Esto subraya la importancia de abordar estos síntomas y proporcionar información y apoyo a las mujeres que atraviesan la menopausia para mejorar su calidad de vida durante esta etapa de transición.

En cuanto a las respuestas obtenidas de las preguntas 6 y 7, que indagaban sobre la necesidad de recibir tratamiento y, en caso afirmativo, detallar cuál, los resultados se presentan en las figuras 7 y 8.

Las respuestas recopiladas han sido categorizadas en cuatro grupos, según el tipo de tratamiento al que las participantes hacían referencia:

Estas dos últimas preguntas resaltan la falta de conocimiento en lo que respecta a cómo abordar este período crucial a nivel personal. En la figura 7 hay un mayor porcentaje de mujeres que cree necesario recibir tratamiento, un 57 %. Sin embargo, en la figura 8 se puede interpretar que comúnmente no se conoce ninguno (68 % de las respuestas) y que, además, existe una amplia variedad de tratamientos que depende del criterio individual de cada mujer (hormonal: 14 %, natural: 14 % o psicológico: 4 %).

Forma	Frecuencia ? ↓
1 de	37 ...
2 sofocos	32 ...
3 calores	13 ...
4 la	11 ...
5 cambios	10 ...
6 calor	9 ...
7 insomnio	8 ...
8 sudores	8 ...
9 peso	7 ...
10 sequedad	7 ...

FIGURA 6. Lista de frecuencia del léxico de la pregunta 5 generada por Sketch Engine

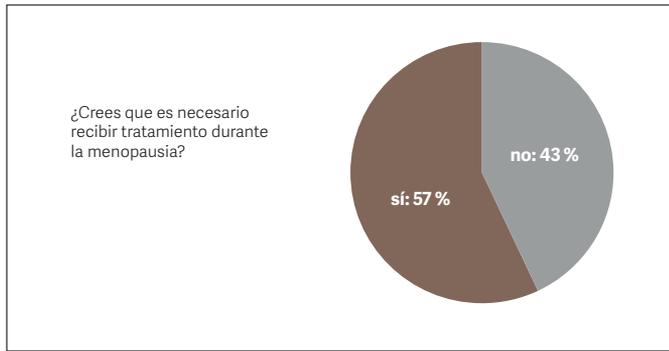
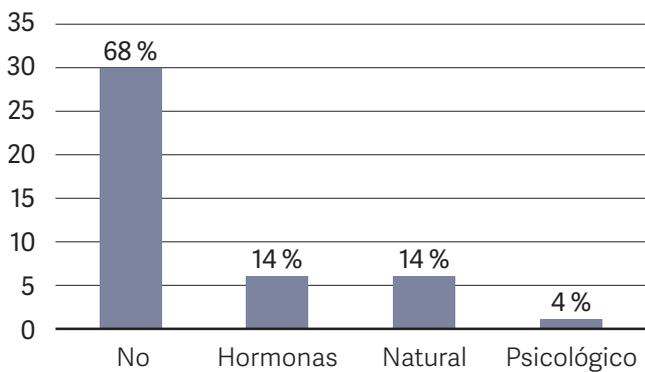


FIGURA 7. Porcentaje de respuesta a la pregunta 6



En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, ¿conoces algún tratamiento?

FIGURA 8. Porcentaje de respuesta a la pregunta 7

#### 4.1.1. Aplicación de EmoLex a los resultados de la encuesta

La lista de términos obtenidos de la encuesta inicial constaba de 146 elementos léxicos, de los cuales 118 estaban incluidos en la versión en español del listado de EmoLex. Con el fin de respaldar las implicaciones negativas vinculadas a la menopausia, se ha empleado EmoLex para observar de manera cuantitativa el sentimiento positivo o negativo y las emociones de la taxonomía de Plutchik.

Tras ubicar estas palabras en el léxico de EmoLex, se ha llevado a cabo un análisis sobre cómo estas palabras se clasifican en términos de sentimientos y emociones. Entre las respuestas de la encuesta, se han detectado términos recurrentes como *cambio*, *ausencia* y *angustia*, que se han querido ejemplificar para demostrar el funcionamiento de EmoLex. Como se puede apreciar en la tabla 1, la palabra *cambio* está vinculada a la emoción del miedo, aunque no se asocia con un sentimiento positivo ni negativo. No obstante, tanto *ausencia* como *angustia* comparten las emociones miedo y tristeza, además de un sentimiento negativo. Asimismo, en el caso de *angustia*, también se identifica la emoción de la ira.

TABLA 1. Ejemplo de sentimientos y emociones atribuidas a tres palabras según EmoLex

Palabra	Ira	Anticipación	Disgusto	Miedo	Alegría	Negativo	Positivo	Tristeza	Sorpresa	Confianza
cambio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ausencia	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
angustia	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0

Estos ejemplos sugieren que las palabras *ausencia* y *angustia* evocan emociones más intensas y predominantemente negativas en comparación con la palabra *cambio*. La presencia de términos relacionados con el miedo y la tristeza en las respuestas de las encuestadas indica que la menopausia se puede percibir como un período de transición emocionalmente desafiante, caracterizado por preocupaciones y sentimientos negativos.

Este proceso se ha aplicado a todo el léxico común entre las respuestas a las preguntas 1 y 2 de la encuesta y el que se encuentra en EmoLex. En consecuencia, tras llevar a cabo la comparación y realizar un recuento de las emociones y los sentimientos positivos/negativos, hemos obtenido los siguientes resultados, presentados en orden descendente de frecuencia:

TABLA 2. Recuento de léxico asociado a emociones según EmoLex

Sentimiento/emoción	N.º de palabras
Negativo	42
Tristeza	24
Miedo	22
Positivo	16
Anticipación	11
Ira	9
Confianza	9
Disgusto	7
Alegría	7
Sorpresa	7

Se puede apreciar que una cantidad significativa de palabras está relacionada con sentimientos negativos y con las emociones de tristeza o de miedo. Aunque también se mencionan emociones positivas, su frecuencia es menor en comparación con las emociones negativas. Esto sugiere que, si bien algunas personas pueden tener actitudes o expectativas positivas ante la menopausia, no son tan predominantes como las negativas. En general, los resultados demuestran que existe una fuerte asociación entre la menopausia y sentimientos y emociones negativas.

Por lo tanto, esto respalda que la menopausia está vinculada a connotaciones negativas.

Mediante esta encuesta, se ha logrado reunir información valiosa acerca de las opiniones y conocimientos asociados a la menopausia, por lo que los resultados obtenidos han enriquecido la comprensión y el enfoque del estudio de manera sólida.

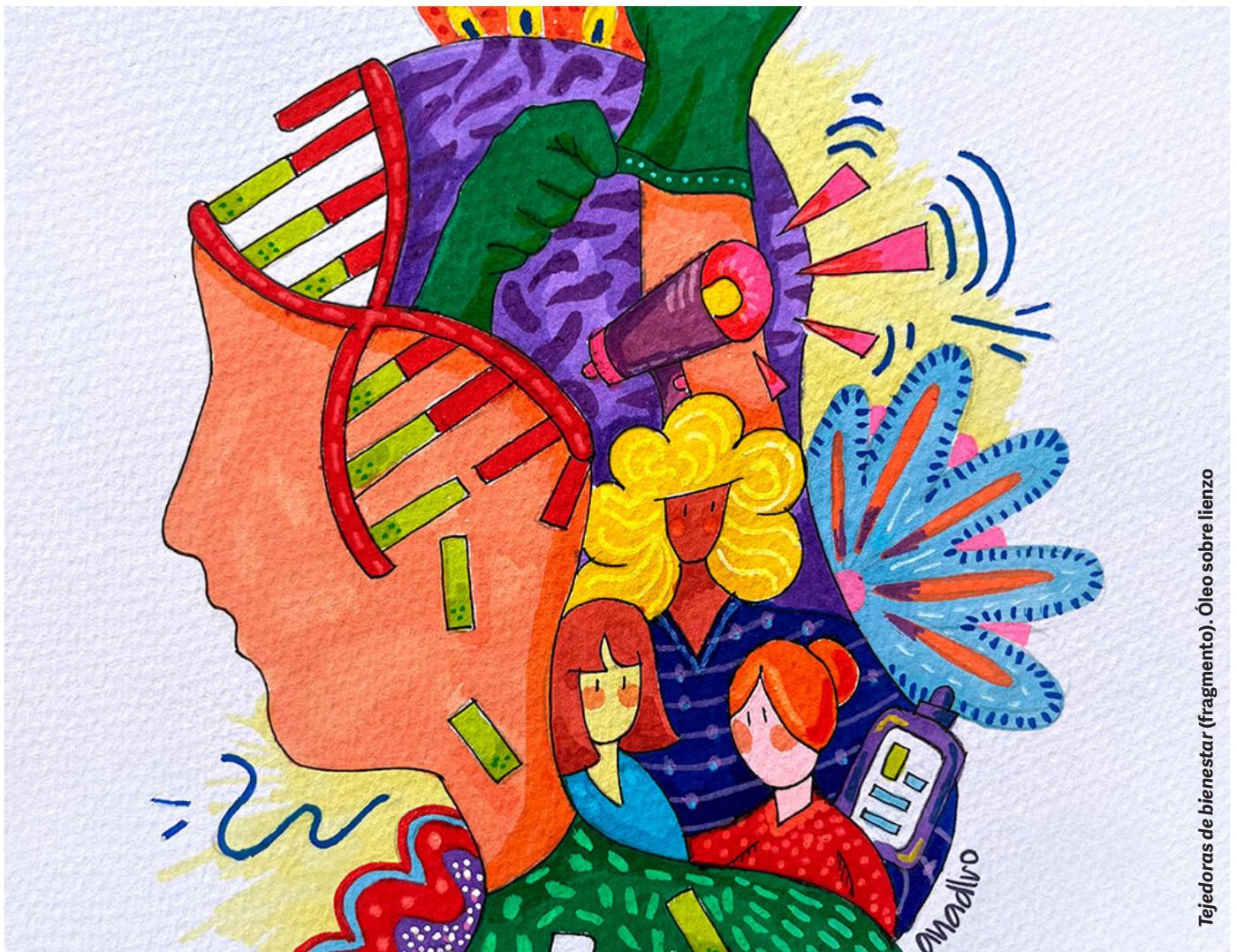
#### 4.2. Revisión de definiciones y redefinición de términos

En vista de los resultados del análisis de las emociones descritos en el apartado anterior, se han consultado diversas fuentes y se han propuesto redefiniciones de los términos clave de la menopausia sin connotaciones negativas, evitando la sexualización y la presentación de la mujer como un medio reproductivo. Como parte del proyecto NEOTERMED, nos interesa conocer el proceso cognitivo de la comprensión de los términos, en este caso relacionados con la menopausia, por parte de un público que accede a este conocimiento especializado con el fin de alfabetizarse en salud y conseguir la igualdad de género en un tema que, como hemos visto, suele ser tabú o estar estigmatizado.

Los términos que se han elegido para su redefinición han sido aquellos que se consideran esenciales para abordar el tema de la menopausia: *menopausia, estrógeno, climaterio, ovario, perimenopausia, postmenopausia, sofoco, cambio hormonal y terapia hormonal sustitutiva* (tabla 3).

Se han comparado las definiciones de diversas fuentes para evaluar si se ha considerado la perspectiva de género y se han modificado cuando ha sido necesario. Además, se han incorporado definiciones de términos que no figuraban en los diccionarios de la RAE y la RANM. Como paso adicional, se ha llevado a cabo una evaluación de las definiciones por parte de una especialista en el ámbito sanitario, Celia García Fernández, enfermera del Hospital Universitario de Toledo, quien les ha dado su visto bueno a las redefiniciones, pues se adaptan de manera precisa y adecuada al término.

El propósito ha sido examinar y presentar definiciones neutras que eviten la sexualización y la concepción de la mujer como un simple objeto reproductivo. Conforme a los avances en igualdad de género y al impulso de un lenguaje inclusivo, se ha considerado el impacto de la lengua en la perpetuación de estereotipos femeninos. Además, se han explorado enfoques lingüísticos y conceptuales alternativos para reflejar la diversidad y el empoderamiento, contribuyendo a la construcción de un



Tejedoras de bienestar (fragmento). Óleo sobre lienzo

Tabla 3. Propuestas de definiciones desde la perspectiva de género

Término	Definición	Fuente	Motivo de la redefinición	Redefinición
Menopausia	Última menstruación de la mujer.	DLE	Definición incompleta	Proceso biológico que se produce en la vida de la mujer entre los 40 y 50 años en el que cesan los ciclos menstruales y que se caracteriza por cambios endocrinos, somáticos y psíquicos.
Estrógeno	Tipo de hormona producida por el cuerpo que ayuda a desarrollar y mantener las <b>características sexuales femeninas</b> y el crecimiento de los huesos largos.	Instituto Nacional de Cáncer	Definición sexualizada	Hormona segregada principalmente por el ovario que estimula el desarrollo de la mujer <b>durante la pubertad</b> , promueve el crecimiento y el trofismo de los órganos genitales femeninos y condiciona el ciclo menstrual.
Climaterio	El climaterio femenino es una etapa fisiológica de la mujer que, de forma progresiva y natural, marca el paso de una <b>etapa con capacidad reproductiva a otra carente de ella</b> , pero no por ello mermada de la <b>posibilidad de disfrutar de una vida y sexualidad plenas</b> .	Elsevier	Definición que presenta a la mujer como objeto reproductivo	Etapa fisiológica de la mujer que, de forma progresiva y natural, <b>marca el paso al cese de la menstruación</b> , pero que no impide <b>disfrutar de una vida y sexualidad plenas</b> .
Ovario	<b>Órgano sexual femenino</b> , par en los mamíferos, en el que se forman los óvulos y se producen diversas hormonas.	DLE	Definición sexualizada	<b>Gónada femenina</b> donde se forman los óvulos y se producen diversas hormonas, principalmente estrógenos y progesterona y, en menor cantidad, andrógenos.
Perimenopausia	Tiempo durante el cual el cuerpo produce la natural transición a la menopausia. <b>Marca el final de los años reproductivos</b> .	Mayo Clinic	Definición que presenta a la mujer como objeto reproductivo	<b>Etapa de transición previa a la menopausia</b> que comienza con el inicio de los síntomas climatéricos hasta aproximadamente un año después de la última menstruación.
Postmenopausia	Período del climaterio que sigue a la menopausia.	DTME	Definición incompleta	<b>Etapa posterior</b> a la menopausia, que puede durar entre 10 y 15 años, ya que se extiende hasta la entrada en la tercera edad.
Sofoco	Sensación de calor, muchas veces acompañada de sudor y enrojecimiento de la piel, como la <b>que suelen sufrir las mujeres en la época de la menopausia</b> .	DLE	Definición asociada con estereotipos	Sensación repentina de calor intenso que se experimenta en todo el cuerpo y que puede ocurrir por <b>diversas razones</b> : estrés, cambios hormonales, <b>síntoma asociado a la menopausia</b> , etc.
Cambio hormonal	»	»	Definición inexistente	Fluctuación natural y cambio en los niveles de hormonas en el cuerpo que ocurren a lo largo de la vida, especialmente durante la pubertad, menstruación, embarazo y menopausia.
Terapia hormonal sustitutiva	Medicamento que contiene hormonas femeninas.	Mayo Clinic	Definición incompleta	Tratamiento médico para aliviar los síntomas de la menopausia que consiste en administrar hormonas para compensar la disminución de hormonas naturales en el cuerpo, principalmente estrógeno y progesterona.

discurso más equitativo y respetuoso. Por este motivo, se han identificado en color rojo las partes que se deseaban suprimir en la sección «Definiciones» por su asociación con connotaciones negativas y se ha proporcionado un equivalente más adecuado, destacado en color naranja en la columna «Redefinición». Se ha incluido una columna denominada «Motivo de la redefinición» en la que se especifica la razón por la que se ha considerado que las partes en rojo se debían modificar. Asimismo, se han resaltado en color verde los fragmentos que aportan un enfoque positivo y que se han intentado conservar.

Este apartado ha pretendido fomentar una reflexión sobre el léxico empleado con la finalidad de generar una transformación positiva y constructiva en la manera en que se transmite el conocimiento sobre el concepto de la menopausia.

## 5. Discusión de los resultados

La finalidad de llevar a cabo una encuesta sobre la menopausia consistía en explorar cómo se percibe, comprende y afronta esta fase vital desde una perspectiva femenina. Gracias a su ejecución, se ha logrado obtener información directa de las mujeres, lo que ha permitido adquirir datos concretos sobre sus conocimientos, creencias y experiencias vinculadas a esta etapa vital. La encuesta ha posibilitado la identificación de posibles vacíos de conocimiento y estigmatización que rodean a la menopausia. Además, ha contribuido a la comprensión de las necesidades particulares de las mujeres en esta transición y las dificultades a las que se enfrentan. En conjunto, esto ha brindado una perspectiva más amplia y precisa para abordar y mejorar la terminología relacionada con el tema.

Mediante la utilización de EmoLex y el análisis de los resultados de su aplicación al léxico obtenido de la encuesta, hemos podido apreciar empíricamente las connotaciones y los estereotipos asociados a la menopausia, además de percibir el desconocimiento general existente entre las mujeres sobre esta etapa vital. Los pasos metodológicos seguidos para la aplicación de la encuesta y el análisis a través del recurso EmoLex demuestran el desconocimiento y los estereotipos asociados a la menopausia. De esta manera, la investigación cuenta con un punto sólido de partida.

Tras la consulta de diversos diccionarios de referencia y páginas web fiables, cabe destacar el gran vacío terminológico y lexicográfico que hay en términos relacionados con la menopausia. Un ejemplo de ello es el término *cambio hormonal*, del que no se ha encontrado ninguna definición a pesar de ser un concepto de gran relevancia en la vida de las mujeres. Otro ejemplo son las definiciones incompletas de conceptos tan complejos como la menopausia, además de la sexualización y de los estereotipos que se incluyen en muchas de ellas y que promueven las connotaciones negativas que rodean a esta etapa vital. En este sentido, el proceso de consulta de distintas fuentes coincide con lo planteado con Moreno y Carrillo (2016), en tanto el léxico relacionado con la salud de la mujer

suele reducirse a conceptos sexualizados o la ubican como un elemento en función de algo y no como ser con identidad y características propias.

Es así que durante el proceso de redefinición de los términos seleccionados hemos prestado especial intención a hacer una propuesta desde la perspectiva de género. No obstante, la identificación del léxico o del fragmento que promueve las connotaciones negativas ha entrañado especial dificultad puesto que dichas asociaciones están demasiado arraigadas en los términos ligados a la menopausia.

## 6. Conclusiones

Después de revisar detenidamente los resultados y de llevar a cabo un análisis exhaustivo, podemos corroborar la validez de las hipótesis establecidas al comienzo de este estudio. En primer lugar, la menopausia no se percibe mayoritariamente como una enfermedad, pero se relaciona con connotaciones negativas: mediante la utilización del recurso EmoLex, se ha puesto en evidencia que las palabras vinculadas a la menopausia tienen una correlación con sentimientos negativos. En segundo lugar, la menopausia representa una fase de incertidumbre en la vida de las mujeres debido a un gran desconocimiento entre las usuarias sobre el concepto y su tratamiento. Así, el análisis de la encuesta también ha indicado la presencia de un considerable desconocimiento en cuanto a cómo hacer frente a la menopausia, lo que provoca dificultades para abordar este período de forma apropiada. Finalmente, las definiciones desde una perspectiva de género en términos relacionados con la menopausia pueden favorecer la promoción de la igualdad de género en la sociedad: presentar unas definiciones sin connotaciones negativas y que no sexualicen a la mujer puede contribuir a vencer los estereotipos y prejuicios vinculados a la menopausia, fomentando una mayor equidad de género y optimizando la atención y el apoyo brindado a las mujeres en esta fase de sus vidas.

Tras la realización de los diferentes pasos metodológicos, hemos obtenido resultados concluyentes. Mediante el análisis de las respuestas de la encuesta, se han identificado términos recurrentes asociados a la menopausia, tales como *sofocos*, *mujer*, *cambios*, *calores*, *edad*, entre otros. En relación con la percepción general de la menopausia, la mayoría de las participantes la aborda desde una perspectiva negativa, si bien solo un porcentaje reducido la considera una enfermedad. Adicionalmente, se ha observado la existencia de un marcado desconocimiento en cuanto a cómo afrontar este periodo vital y qué tratamiento recibir.

Después de llevar a cabo la encuesta y analizar sus resultados utilizando el recurso EmoLex, se ha identificado una predominancia de sentimientos negativos y emociones de tristeza y de miedo en torno a la menopausia. La aplicación de EmoLex a las respuestas de la encuesta ha proporcionado pruebas empíricas que revelan las connotaciones desfavorables ligadas a este período en la vida de las mujeres.

En resumen, se pretende que el presente estudio proporcione una perspectiva actualizada y femenina en relación con la menopausia, dado que es un tema de relevancia para todas las mujeres, no solo aquellas en el transcurso de esta etapa vital. Además, se espera que desempeñe un papel significativo en la desestigmatización del tema de la menopausia y en la eliminación de los tabúes arraigados en torno a la mujer como objeto reproductivo. Al brindar una visión más informada y positiva sobre este proceso natural, se aspira a contribuir a la desarticulación de connotaciones negativas.

Junto con las labores llevadas a cabo en el presente trabajo, ha surgido una inquietud durante su desarrollo que, debido a limitaciones temporales y de extensión, no ha sido posible abordar, por lo que queda pendiente para futuras investigaciones. Esta cuestión incluye la realización de una nueva implementación de la encuesta, configurada de manera más minuciosa y aplicada a un grupo de mujeres específico. Se podrían establecer dos grupos según rangos de edad: de 15 a 30 años y de 30 a 65 años. Esto permitiría observar las carencias y las connotaciones asociadas presentes en cada grupo, brindando así una base más precisa para orientar el trabajo terminológico. Con este enfoque se podrían generar infografías en concordancia con las necesidades de cada grupo y acercar así el trabajo terminológico a las mujeres. Además, otra perspectiva de estudio interesante sería extender la misma encuesta a hombres con el propósito de entender sus conocimientos y percepciones en relación a la menopausia. Dado que en este grupo existe un considerable desconocimiento, sus respuestas podrían contribuir a la persistencia de connotaciones negativas.

## NOTAS

1. Este artículo nace de un trabajo de fin de máster de la misma autora realizado en la Universidad de Alicante en el curso 2022-2023.
2. «Digitalización, tratamiento y publicación en línea de recursos terminológicos multilingües abiertos con perspectiva de género en la sociedad digital» (ref. TED2021-130040B-C21).
3. El proyecto ha sido financiado por la convocatoria 2021 de «Proyectos orientados a la transición ecológica y a la transición digital», dentro del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2021-2023 del Programa Estatal para Impulsar la Investigación Científico-Técnica y su Transferencia.
4. <<https://www.sketchengine.eu/>> [consulta: 27.IV.2023].
5. <<http://saifmohammad.com/WebPages/NRC-Emotion-Lexicon.htm>> [consulta: 16.III.2023].
6. <<https://babelnet.org/>> [consulta: 2.II.2023].

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabré, María Teresa (1999): *La terminología. Representación y comunicación*. Barcelona: IULA.

Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas (2023): «MayoClinic». <<https://www.mayoclinic.org/es-es>> [consulta: 12.IV.2023].

Gómez Martínez, Angélica; Antonio Mateos Ramos, Marca Lorenzo Díaz, Mercedes Simón Hernández, Llanos García Núñez y Benedicta Cutanda Carrión (2008): «Representaciones socioculturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España)», *Index de Enfermería* (edición digital), 17 (39).

Instituto Nacional del Cáncer (2011): *Diccionario del cáncer del NCI*. <<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estrogeno>> [consulta: 12.IV.2023].

Moreno Boronat, Lidia; Manuel Palomar Sanz, Antonio Molina Marco y Antonio Ferrández Rodríguez (1999): *Introducción al procesamiento del Lenguaje Natural*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Moreno, Luz María y Ana María Carrillo (2016): *La perspectiva de género en la salud*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Muñoz-García, Victoria (2023): *Menopausia: digitalización y elaboración de un glosario terminológico desde la perspectiva de género* (trabajo de fin de máster). Alicante: Universidad de Alicante.

Naciones Unidas (2022): *World Population Prospects 2022*. Nueva York.

Naciones Unidas (2023): *Objetivos de desarrollo sostenible*. <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>> [consulta: 20.II.2023].

National Research Council Canada (2011): *NRC Word-Emotion Association Lexicon*. <<http://saifmohammad.com/WebPages/NRC-Emotion-Lexicon.htm>> [consulta: 27.III.2023]

Navigli, Roberto y Simone Paolo Ponzetto (2012): «BabelNet: The automatic construction, evaluation and application of a wide-coverage multilingual semantic network», *Artificial Intelligence*, 193: 217-250.

Real Academia Española (2023): *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., versión 23.6 en línea. <<https://dle.rae.es>> [consulta: 12.IV.2023].

Real Academia Nacional de Medicina de España (2012): *Diccionario de términos médicos*. <<https://dtme.ranm.es/index.aspx>> [consulta: 12.IV.2023].

Romero López, Eva y Georgina Sánchez Miranda (2010): «El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres», *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 68: 39-55.

Ruiz-Cantero, María Teresa (2019): *Perspectiva de género en medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve.

Vargas-Sierra, Chelo y María Ángeles Orts (2023): «Sentiment and emotion in financial journalism: a corpus-based, cross-linguistic analysis of the effects of COVID», *Humanities and Social Sciences Communications*, 10.

# La legibilidad en el discurso oral de la divulgación médica: el tratamiento de la endometriosis en TikTok

Legibility in oral texts disseminating healthcare information for women on TikTok

Luisa Miguelina González Rodríguez\*

**RESUMEN:** Considerando que la legibilidad de la información para público inexperto es inadecuada, se estudian la legibilidad léxica y conceptual de los vídeos de TikTok sobre endometriosis, entendiéndose la legibilidad como una característica de la calidad. Para ello se miden variables cuantitativas y cualitativas de la legibilidad. En conclusión, los vídeos no son difíciles de entender, ya que la densidad terminológica y la variedad léxica son bajas. La mayoría de términos complicados de entender son reformulados, lo que aumenta la legibilidad. Sin embargo, existen errores que afectan a una de las propiedades de la legibilidad. Otros aspectos de la calidad pueden influir positivamente en la legibilidad.

**PALABRAS CLAVE:** divulgación oral, endometriosis, instrumentos de evaluación, legibilidad, mujer, TikTok.

**ABSTRACT:** *This paper explores the legibility, or lexical and conceptual difficulty, of TikTok videos on endometriosis, considering legibility as a sub-characteristic of quality. To this end, quantitative and qualitative legibility variables are measured. Videos are not difficult to understand because their terminological density and lexical variety are low. Most terms that are difficult to understand are reformulated. However, there are errors that affect one of the properties of legibility. Other aspects of quality may have a positive influence on legibility.*

**KEYWORDS:** *endometriosis, evaluation instrument, legibility, oral dissemination, TikTok, women.*

Panace@ 2023; XXIV (58): 57-66

Recibido: 02.IX.2023. Aceptado: 13.X.2023.

## 1. Introducción

El uso del Internet y las redes va en aumento y es de vital importancia trabajar para que la información de salud en línea sea de mayor calidad, pues esta cualidad de la información es

insuficiente, como han visto otros autores (Tan y Goonawardene, 2017; Conesa Fuentes *et al.*, 2011; Daraz *et al.*, 2019). Ligado a lo anterior, esa falta de calidad se vuelve evidente cuando la legibilidad de la información para el uso del público inexperto resulta inadecuada (Blanco Pérez y Gutiérrez Couto, 2002; Daraz *et al.*, 2018) o cuando esta información resulta engañosa, especialmente en los foros online no moderados (Zillien *et al.*, 2009). De igual modo, las pruebas o fórmulas de legibilidad no miden la dificultad de comprensión real de un documento (Porras-Garzón y Estopà, 2020; Mayor Serrano, 2012) y así se ha mostrado al implementar estas herramientas en prospectos, informes, consentimientos informados y páginas web dirigidas a pacientes (Porras-Garzón y Estopà, 2020).

Dentro del contexto de investigación del proyecto NEOTERMED queremos medir el grado de comprensión y la legibilidad de la información a la que accede el público en general, en esta ocasión a través textos orales difundidos en redes sociales con el fin de educar y alfabetizar en salud para lograr el empoderamiento, la inclusión y la igualdad de género en contextos sanitarios. La literatura especializada y académica en el ámbito de la salud se ha centrado poco en la comunicación oral por la dificultad de acceder a diálogos entre médico y paciente sin infringir su privacidad, por las cualidades intrínsecas de la oralidad y por la falta de herramientas adecuadas para la compilación de corpus orales. Pese a ello, la comunicación científica oral desempeña una labor importante en la gestión del conocimiento tanto entre especialistas como entre expertos e inexpertos. Por tanto, resulta sumamente importante continuar con el análisis de las estrategias que emplea el discurso oral y que facilitan la comprensión y divulgación terminológica, como se constató en un trabajo anterior sobre divulgación oral en teleseries médicas (González Rodríguez y Santamaría Pérez, 2023).

Según Allende (1990), la legibilidad, también llamada *lecturabilidad, perspicuidad, inteligibilidad o comprensibilidad*, es un concepto amplio que abarca diversos aspectos discursivos y pragmáticos. Este estudio se centra en la legibilidad léxica y conceptual, es decir, en los aspectos léxicos y conceptuales que pueden complicar la comprensión de los textos orales sobre endometriosis difundidos por TikTok. Estos aspectos son la variedad o riqueza léxica del texto, la cantidad de términos especializados del texto, el porcentaje de reformulación o explicación

\* Grupo EPA. Universidad de Alicante, Alicante (España). Dirección para correspondencia: [luisamgr5@gmail.com](mailto:luisamgr5@gmail.com).

de términos especializados y los errores de reformulación. Por último, cabe destacar que se entiende la legibilidad como una característica de la calidad, encuadrándose dentro de la usabilidad y la accesibilidad. La usabilidad se entiende como un aspecto de la calidad que permite que un producto sea entendido, aprendido, usado y atractivo. Por último, la accesibilidad es una cualidad de la información que permite información sea leída, entendida y usada por todos.

En estrecha conexión con lo anterior, estas son las preguntas de investigación que guían este estudio: ¿Cómo influyen la variedad léxica y la densidad terminológica en la legibilidad? ¿Cómo afectan la reformulación y los errores de reformulación a la legibilidad? ¿Qué otros aspectos de la calidad afectan a la legibilidad?

Se inicia el estudio con un apartado sobre la legibilidad. En el siguiente punto se explica y justifica la metodología usada. A continuación, se exponen los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo. Finalmente, se responden las preguntas de investigación y se aportan las conclusiones.

## 2. Legibilidad y calidad aplicadas al ámbito de la salud

Según Felipe Alliende (1990), la legibilidad, también llamada *lecturabilidad* (Fernández Huerta, 1959), *perspicuidad* (Szigriszt Pazos, 1993) y *comprensibilidad* (Martínez de Souza, 2005), es un concepto amplio que abarca diversos aspectos: 1) la legibilidad física, que atañe las características de las letras y la longitud del texto; 2) la legibilidad lingüística, que se corresponde con las dificultades del léxico y las construcciones gramaticales; 3) la legibilidad psicológica, que se relaciona con el interés y la evolución psíquica del lector; 4) la legibilidad conceptual, que trata la dificultad conceptual y la significatividad; 5) la legibilidad estructural, que se correlaciona con la organización del texto y 6) la legibilidad pragmática, que está ligada a la respuesta global deseable del lector.

Por otra parte, Mayor Serrano (2012) distingue entre legibilidad y comprensibilidad en consonancia con Martínez de Sousa. La legibilidad está condicionada por factores externos o tipográficos, tal como la letra, el color, el interlineado o las ilustraciones; en cambio, la comprensibilidad depende de la estructura y el contenido del texto, como la diversidad, la densidad, la longitud de frases, la elección de las palabras o el interés humano.

Por último, Barrio Cantalejo y Simón Lorda (2003) distinguen entre legibilidad tipográfica y legibilidad lingüística. La primera se relaciona con la forma del texto y la segunda, con el mensaje lingüístico. Esta última la subdividen en legibilidad gramatical y léxica.

Este estudio se basa en la teoría de Alliende porque posee una clasificación más exhaustiva y clara de la legibilidad. La legibilidad léxica y conceptual son el foco de estudio de esta investigación, como se ha comentado anteriormente. A continuación, se encuadra la legibilidad dentro de la calidad.

### 2.1. Relación entre legibilidad y calidad

El modelo de calidad de un *software* tal y como lo define la norma ISO/IEC 25010 indica que la calidad de un producto *software* es «el grado en que el producto satisface los requisitos de sus usuarios aportando un valor». Este modelo de calidad se subdivide en ocho características estrechamente ligadas a las cualidades de un *software* o sistema informático (fig. 1): adecuación funcional, eficiencia de desempeño, compatibilidad, usabilidad, fiabilidad, seguridad, mantenibilidad y portabilidad. La característica estrechamente ligada con la legibilidad es la usabilidad. La usabilidad es la característica del producto *software* que permite que este sea entendido, aprendido, usado y atractivo para el usuario bajo determinadas condiciones. La usabilidad se subdivide a su vez en adecuación, aprendizaje, operabilidad, estética, protección y accesibilidad.

Asimismo, el modelo de calidad de producto de datos definido por ISO/IEC 25012 afirma que la calidad de los productos de datos es el grado de satisfacción de los requisitos dictados



FIGURA 1. Características del modelo de calidad de softwares (Comisión de proyecto ISO/IEC, 2011<sup>a</sup>)

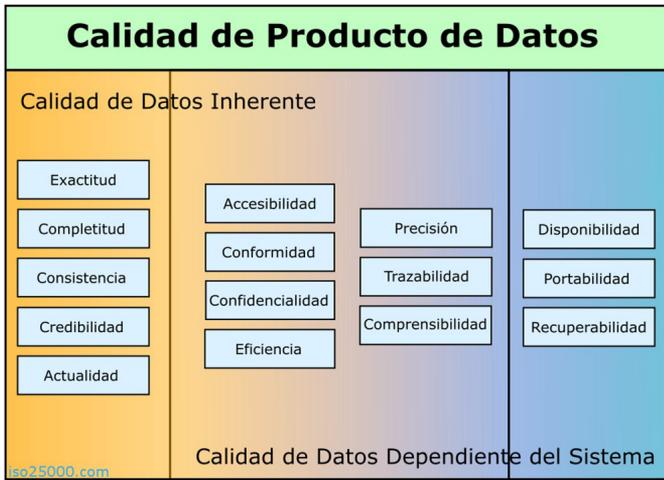


FIGURA 2. Características del modelo de calidad de productos de datos (Comisión de proyecto ISO/IEC, 2011<sup>b</sup>)

por la organización a la que pertenece el producto. Este modelo de calidad se subdivide en 15 características (fig. 2): exactitud, completitud, consistencia, credibilidad, actualidad, accesibilidad, conformidad, confidencialidad, eficiencia, precisión, trazabilidad, comprensibilidad, disponibilidad, portabilidad y recuperabilidad. La comprensibilidad es definida dentro de este modelo de calidad como una propiedad de los datos que permite que estos sean leídos e interpretados por los usuarios en un contexto de uso específico.

Por otra parte, la Comisión Europea (2002) incluye el aspecto de la legibilidad entre los 6 criterios de calidad para los sitios web. Se trata de 6 criterios establecidos después de una amplia consulta con representantes de páginas web y proveedores de información médica tanto públicos como privados (fig. 3). El primero trata sobre la transparencia y honradez a la hora de exponer el autor, la finalidad, los objetivos, las fuentes de financiación y la audiencia. El segundo es la autoridad, que implica dejar constancia de las fuentes de información y aportar los nombres y credenciales de los proveedores de esa información. El tercero alude a la explicación clara de la política de respeto a la intimidad o protección de datos. El cuarto se refiere a la actualización regular de la información. El quinto es la rendición de cuentas, que incluye la posibilidad de opinar por parte del usuario, la supervisión de la calidad, la asociación responsable con otras webs y la política de editorial. El último trata de la accesibilidad. Dentro de esta última, se encuadran tanto la accesibilidad física dirigida a personas con discapacidad como todas aquellas características del sitio web que contribuyen a que el sitio web sea encontrado, buscado, leído, comprendido y utilizado.

Así pues, se ha constatado la existencia de una relación entre calidad y legibilidad. Unas veces se trata de una subcaracterística de la calidad contenida dentro de la usabilidad y la accesibilidad, como se ha constatado en el modelo ISO/IEC 25010 y los criterios de la Comisión Europea. Otras veces es una característica de la calidad, como se ha observado en el modelo ISO/

**Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud**  
 Elaborados en amplia consulta con representantes de los sitios web y proveedores de información sobre salud públicos y privados, otros representantes de la industria, funcionarios públicos y representantes de ministerios, organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales.

**Estos Criterios deben aplicarse además de la legislación comunitaria pertinente**

**Transparencia y honradez**

- Transparencia del proveedor del sitio, *incluyendo* el nombre y la dirección física o electrónica de la persona o entidad responsable del sitio (véanse los artículos 5 y 6 de la Directiva 2000/31/CE sobre comercio electrónico).
- Transparencia de la finalidad y objetivo del sitio.
- Definición clara de la audiencia prevista (podrían definirse detalles más concretos a distintos niveles sobre finalidades o audiencias múltiples).
- Transparencia de todas las fuentes de *financiación* del sitio (subvenciones, patrocinadores, anunciantes, asistencia voluntaria y sin ánimo de lucro).

**Autoridad**

- Constancia clara de las fuentes de toda la información facilitada y fecha de publicación de cada fuente.
- Nombre y *credenciales* de todos los proveedores de la información contenida en el sitio, sean personas o instituciones, incluidas fechas en que se recibieron.

**Intimidad y protección de datos**

- Definición clara, y acorde con la legislación comunitaria sobre protección de datos (Directivas 95/46/CE y 2002/58/CE), de la política de respeto de la intimidad y protección de datos y del sistema de tratamiento de datos personales, incluido el invisible para los usuarios.

**Actualización de la información**

- Actualización clara y regular del sitio, mostrándose claramente la fecha de actualización de cada página y/o elemento, según proceda. Comprobación sistemática de la pertinencia de la información.

**Rendición de cuentas**

- *Rendición de cuentas* - posibilidad de que el usuario remita su opinión y responsabilidad de supervisión adecuada (tal como un responsable del respeto de la calidad designado para cada sitio).
- *Asociación responsable* - esforzarse por garantizar que la asociación con otros sitios web o la remisión a ellos a través de enlaces sólo se dé con personas o entidades dignas de confianza que se atengan a su vez a los códigos de buenas prácticas pertinentes.
- Política editorial - mención clara del procedimiento utilizado para seleccionar los contenidos.

**Accesibilidad**

- *Accesibilidad* - atención a las directrices sobre accesibilidad física, así como características generales de facilidad de encuentro, búsqueda, lectura, utilización, etc.

Véase una relación de la legislación comunitaria aplicable en nota a pie de página 3. Los términos en  *cursiva* figuran en el Glosario de dicha Comunicación.

FIGURA 3. Criterios de evaluación de los sitios web sobre salud (Comisión Europea, 2002)

IEC 25012. Este estudio analiza la legibilidad como una característica o subcaracterística de la calidad.

En el siguiente apartado se establece la metodología que permitirá alcanzar los objetivos marcados en este estudio.

### 3. Metodología

#### 3.1. Método y descripción del corpus

Se elige un enfoque mixto, cuantitativo-cualitativo porque permite aportar una visión completa del asunto tratado.

En primer lugar, se crea un corpus de 4770 publicaciones de TikTok con la ayuda de Sonix. Se escoge la plataforma TikTok porque es muy usada actualmente, posee un gran alcance y lucha activamente contra la desinformación en temas de salud. Por otra parte, se elige el transcriptor automático Sonix porque utiliza tecnología de vanguardia (IA), comete pocos errores y realiza las transcripciones rápidamente.

El corpus está formado por 15 vídeos elegidos siguiendo los siguientes criterios de selección (tabla 1): cuentas de médicos verificadas, cuentas con enlace a su web donde se presentan formalmente, cuentas con número de colegiado, vídeos de más de 1 minuto y vídeos creados exclusivamente para TikTok. Con ello se pretende principalmente recabar contenido preciso y fiable, creado por personas cualificadas. Por otra parte, se marcan dos criterios de exclusión: vídeos predominantemente visuales

Tabla 1. Vídeos seleccionados para el estudio

Nombre de la cuenta (profesión)	Criterio de selección	Fecha de publicación	Tema	Lugar	Tiempo
@dr.rawdy (medicina interna y endocrinología)	Verificado por TikTok	23/06/2023	Definición de la endometriosis y concientización	Colombia	6 min.
@soberaniamens-trual (ginecóloga)	Verificada y matrícula nacional profesional	16/02/2023	Concientización en base a un vídeo donde se minimiza el dolor de la mujer	Argentina	2
»	»	31/07/2023	Explicación de la endometriosis a un seguidor	»	1
@onêt_atelierdel-bienestar (empresa especializada en fertilidad)	Enlace a la web donde se presentan formalmente	18/07/2023	Síntomas de la endometriosis	España	3
»	»	25/07/2023	Endometriosis y sistema inmune	»	2
»	»	23/07/2023	Endometriosis e hígado	»	2
»	»	22/07/2023	Endometriosis y microbiota vaginal y endometrial	»	3
»	»	20/07/2023	Endometriosis y microbiota intestinal	»	3
@drvictorrubio (cirujano y ginecólogo)	»	14/03/2023	Concientizar sobre los dolores menstruales	México	2
»	»	17/03/2023	Tratamiento de la endometriosis	»	3
»	»	09/11/2023	Diagnóstico de la endometriosis	»	1
»	»	17/03/2023	Histerectomía por endometriosis; respuesta a un seguidor	»	1
»	»	16/03/2023	Síntomas de la endometriosis	»	1
»	»	15/03/2023	Cirugía por endometriosis; respuesta a un seguidor	»	2
»	»	26/04/2023	Quitar el útero y ovarios por endometriosis	»	1

y vídeos haciendo dúo. Con ello se busca eludir el contenido que basa su explicación únicamente en la imagen. Finalmente, se elige un tema relacionado con la salud femenina: la endometriosis. De esta forma está en consonancia con otros proyectos sobre biomedicina en los que se ha participado (Santamaría Pérez y Gómez Pérez, 2022; Santamaría Pérez, 2023).

Como se puede constatar en la tabla anterior, se trata de vídeos actuales creados por hombres y mujeres médicos españoles y latinoamericanos; tratan distintos aspectos de la endometriosis, tales como síntomas, tratamientos, diagnóstico o causa y, por último, se abordan distintas perspectivas, como la ginecológica o la reproductiva.

### 3.2. Variables de estudio e instrumentos

Se analizan 3 variables cuantitativas con la ayuda de Excel 365, Word 365 y el procesador de texto AntConc versión 3.5.8. A continuación, se describen las variables.

La primera es la densidad terminológica. Se trata de una variable cuantitativa que indica la concentración cognitiva, ya que establece la relación entre el número total de términos médicos y el número total de palabras de un texto. La fórmula sería la siguiente: densidad terminológica =  $n.^{\circ}$  de términos médicos/ $n.^{\circ}$  de palabras  $\times 100$ . Cuanto más alto es el porcentaje, más difícil es la comprensión (Estopà y Montanè, 2019).

La segunda es la *type-token ratio*. Se entiende como una variable cuantitativa que permite conocer la riqueza léxica del texto, pues establece una relación entre el tipo de formas léxicas (*types*) y las formas léxicas (*tokens*). La fórmula es la siguiente: *type-token ratio* =  $word\ types/tokens \times 100$ . Cuanto mayor es el porcentaje, mayor es la riqueza léxica y más complicado es de entender (Rodríguez-Tapia, 2020).

La tercera es el porcentaje de términos reformulados, que es una variable cuantitativa que permite saber la opacidad semántica, puesto que mide la cantidad de términos especializados que han sido definidos o reformulados para que el público los pueda entender. La fórmula es:  $n.^{\circ}$  de términos especializados

reformulados/n.º total de términos × 100. Cuanto más bajo es el porcentaje, más difícil es la comprensión (Estopà y Montanè, 2019).

Por otra parte, se analizan variables cualitativas usando las teorías y los instrumentos expuestos por Tapia Téllez (2022), Mayor Serrano (2012) y Bermúdez-Tamayo *et al.* (2006): los errores relacionados con las propiedades de la comprensibilidad, los factores internos y los criterios de calidad.

Mayor Serrano propone, desde la lingüística aplicada, unos factores para valorar y elaborar materiales sanitarios educativos e informativos de calidad. Por un lado, para elaborar materiales de calidad se deben tomar en cuenta los factores externos, que se corresponden con el propósito, el tema, el destinatario, los intereses del destinatario, el medio y el formato. Por otro lado, se deben tener presentes los factores internos, como son la macroestructura, la desterminologización y los elementos no verbales.

Estos últimos términos guiarán parte del análisis cualitativo, por lo que se procede a definirlos. En primer lugar, la macroestructura es el «esqueleto estructural» que permite esclarecer la intención del autor, facilitar al destinatario la recepción de la información y, por tanto, garantizar el éxito de la comunicación. En segundo lugar, la desterminologización es un proceso de reformulación de los términos especializados para favorecer la comprensibilidad del texto a unos destinatarios inexpertos en el tema científico-técnico tratado por el emisor. En tercer lugar, los elementos no verbales apoyan la comprensión del texto y despiertan la curiosidad de los lectores.

Desde el ámbito de la salud pública, Bermúdez-Tamayo *et al.* (2006) proponen otro instrumento de evaluación de la calidad dentro del cual se incluye un apartado para la legibilidad. Es un cuestionario que permite valorar la calidad de las páginas webs sanitarias en el ámbito iberoamericano basado en las recomendaciones de los principales códigos éticos y las normativas española y europea. Se compone de 6 criterios: transparencia y conflictos de intereses, autoría, protección de datos, actualización de datos, responsabilidad y accesibilidad. Este último criterio contiene un subapartado sobre la legibilidad. El cuestionario de Bermúdez-Tamayo *et al.* (2006) presenta una fiabilidad aceptable frente a otros instrumentos disponibles.

En inglés, disponemos de SAM, que es una lista de comprobación en inglés que evalúa la idoneidad del material para los fines del paciente basándose en 6 factores que afectan tanto a la legibilidad como a la comprensión: la adecuación al propósito, el nivel de alfabetización, las ilustraciones, el diseño, la motivación al aprendizaje y la adecuación cultural. Por otra parte, el cuestionario validado LIDA mide la accesibilidad, la usabilidad y la fiabilidad de las webs en inglés.

Sin embargo, los cuestionarios y listas previamente explicados no se seleccionaron porque están dirigidos principalmente a la evaluación de calidad de páginas web, lo que supone una adaptación; las preguntas que se plantean poseen respuestas dicotómicas o cerradas, lo que impide profundizar en distintos aspectos, especialmente en el de la legibilidad; dos de ellos están escritos en inglés, por lo que habría que traducirlos.

Aunque no se usen estos instrumentos de evaluación de calidad, este análisis se realiza entendiendo la legibilidad como una subcaracterística de la calidad, por lo que se consideran los criterios de calidad en los que se basa Bermúdez-Tamayo *et al.* (2006), que son los mismos de la Comisión Europea (2002).

Finalmente, Tapia Téllez (2022) menciona tres propiedades de la comprensibilidad en el ámbito de la lingüística computacional: conectividad, secuencialidad y dispersión. La primera hace referencia a la conexión de los conceptos; la segunda alude a la secuenciación de los conceptos, y la tercera, a la densidad de información por párrafo. Todo ello basándose en las teorías presentadas por Pitler y Nenkova (2008), Rakesh *et al.* (2012) y Prakruthi *et al.* (2019). En el caso de que una de estas propiedades resultara afectada derivando en incomprensión, se consideraría un error. Esto está ligado a la desterminologización (Mayor Serrano, 2012), que es el proceso de reformular o hacer legible mediante definiciones, sinonimias o metáforas aquellos términos que resultan difíciles de entender. Cuando no se usan correctamente estos recursos de reformulación, se habla de *errores de reformulación*, ya que dificulta la comprensión en vez de favorecerla. En un estudio previo de González Rodríguez y Santamaría Pérez (2023), se constató que la falta de empleo de conectores que unan el término especializado con su equivalencia popular dificulta la comprensión de la relación existente entre ambos y, por ende, entender lo explicado. Este error reformulativo estaría relacionado con la incorrecta ilación lógica de los conceptos y, por ello, con un error de conectividad. Por otra parte, Estopà y Montanè (2019) indicaron que las explicaciones contenían términos difíciles de entender. Esto estaría ligado a la propiedad de secuencialidad. Por último, cabe destacar que las propiedades de dispersión y densidad terminológica están estrechamente ligadas porque un texto con una dispersión alta es igual a un texto con una densidad conceptual alta y, por ello, difícil de entender (Tapia Téllez, 2022).

Así pues, este artículo se realiza considerando aportaciones teóricas variadas procedentes de diferentes ámbitos: la lingüística aplicada, la terminología, la lingüística computacional y la salud pública.

#### 4. Análisis y resultados

En primer lugar, se introdujo en el buscador de TikTok la palabra clave *endometriosis* y se obtuvieron alrededor de 400 vídeos. En segundo lugar, se eligieron 15 vídeos, se descargaron con la opción «guardar vídeos» y se codificaron usando el nombre de la cuenta y palabras clave sobre el tema del vídeo. En tercer lugar, se transcribieron, se comprobaron y se editaron las transcripciones con el editor de Sonix. Luego, se extrajeron manualmente los términos y se realizó un análisis cuantitativo que abarcaba el cálculo de la densidad terminológica, de la variedad terminológica con el procesador y del porcentaje de términos reformulados. Por otra parte, se realizó el análisis cualitativo

que abarcaba: errores relacionados con las propiedades de la comprensibilidad y los factores internos condicionantes de la comprensión, todo ello teniendo presente el planteamiento teórico de este estudio. A continuación, se exponen los resultados de ambos análisis.

#### 4.1. Resultados del análisis cuantitativo

En primer lugar, la densidad terminológica promedio es de 18,4% (tabla 2). El *type-token ratio* es del 39,8%, resultado de dividir 948 *word types* entre 2380 *tokens* y multiplicarlo por 100. Los 5 términos nominales simples con mayor frecuencia fueron, por orden, *endometriosis*, con una frecuencia de 94; *dolor*, con una frecuencia de 35; *tratamiento*, con 27; seguido por *microbiota*, con 26, y *mujeres*, con 23, según los datos aportados por AntConc. En segundo lugar, el porcentaje de reformulación es del 19,6%, resultado de dividir el número de términos reformulados (174) entre el número de términos médicos extraídos (886) y multiplicarlo por 100. En tercer lugar, los términos reformulados predominantes son aquellos que aluden a tratamientos, seguidos por los de enfermedades (tabla 3).

TABLA 2. Densidad terminológica de los 15 textos seleccionados

Nombre del texto	Densidad terminológica*
Dr. Rawdy definición y concientización	19,5
Onêt hígado	20,2
Onêt inmunidad	15,0
Onêt microbiota vaginal y endometrial	20,2
Onêt microbiota intestinal	17,1
Onêt síntomas	16,3
Soberaniamenstrual concientización	17,2
Soberaniamenstrual explicación	17,4
Víctor Rubio concientización	22,7
Víctor Rubio diagnóstico	17,9
Víctor Rubio quitar el útero y los ovarios	20,4
Víctor Rubio histerectomía	19,4
Víctor Rubio síntomas	18,4
Víctor Rubio cirugía	15,4
Víctor Rubio tratamiento	18,9
PROMEDIO	18,4

\* Número de términos médicos/número de palabras × 100

TABLA 3. Porcentaje de términos reformulados

Términos reformulados	a	b	%
Buscapina	4	$174/886 \cdot 100$	19,6 %
acetaminofén	3		
ibuprofeno	2		
endometriosis	93		
laparoscopia	5		
endometrio	6		
ectópica	1		
medicamentos a base de progestágenos	1		
medios físicos	1		
acupuntura	3		
proliferar	1		
hipotiroidismo	2		
fibromialgia	2		
artritis reumatoide	2		
lupus	2		
artritis	1		
Lactobacillus	2		
Cándidas	2		
microbiota intestinal	17		
benigna	1		
dismenorrea	1		
dolor pélvico crónico	2		
infertilidad	2		
histerectomía	7		
asintomáticas	1		
distensión abdominal	1		
naproxeno	1		
ketoprofeno	1		
medicamentos anticonceptivos	1		
analgésicos no esteroideos	1		
parches	1		
anillo vaginal	1		
píldoras	1		
dispositivo intrauterino	1		
cirugía robótica	1		

a N.º de términos reformulados y frecuencia

b Número total de términos reformulados/número total de términos extraídos × 100

## 4.2. Resultado del análisis cualitativo

A continuación, se exponen los resultados cualitativos en tres apartados.

### 4.2.1. Errores de reformulación ligados a la conexión de conceptos

No existen errores que atañan a la propiedad de la conexión, puesto que consta el uso de los medios de cohesión oportunos, como conectores reformulativos, conjunciones, locuciones adverbiales u oraciones de relativo, para que los conceptos queden bien conectados. Algunos de ellos son *o sea, es decir, o, que se llama, que es*, por ejemplo: «[...] es benigna, o sea, que no es cáncer y produce mucha inflamación»; «[...] el tejido que está en la parte más interna de la matriz que se llama endometrio [...]»; «[...] siempre que una mujer se encuentre en edad fértil, es decir, aproximadamente entre los 14 y 38 años [...]»; «[...] la histerectomía, que es quitar el útero cuando hay endometriosis»; «útero o matriz».

No obstante, cabe mencionar que, si no hay conector sino que están unidos por adyacencia, la conexión no siempre puede resultar obvia, dificultando la comprensión. Véase un ejemplo de conexión por adyacencia: «[...] hay teorías que dicen que es una menstruación retrógrada. Una menstruación que se fue para atrás hizo que las células endometriales crecieran en otro lugar».

### 4.2.2. Errores de reformulación ligados a la secuenciación de los conceptos

Sin embargo, existen errores de reformulación que afectan la propiedad de la secuenciación. Por ejemplo, @soberaniamenstrual usa el término *tejido endometrial* al explicar la endometriosis, pero no lo había definido antes ni tampoco se preocupa por definirlo después. Esto implica un error de reformulación que incide sobre la propiedad de la secuencialidad. Se observan más ejemplos en la tabla 4:

Tabla 4. Ejemplos de errores de reformulación ligados a la secuenciación con sus correcciones

Nombre del texto	Ejemplos de errores	Nombre del texto	Ejemplos correctos
Dr. Rawdy definición y concientización	«Es básicamente que el tejido que está en la parte más interna de la matriz que se llama endometrio, por algunos factores, se fuga y comienza a crecer en otras partes, por ejemplo, en la cavidad abdominal o a nivel de las trompas de Falopio o a nivel incluso de los ovarios».	Soberaniamenstrual explicación	«[...] tejido que está por dentro del útero en otros lugares que no debería estar, por ejemplo, en los ovarios o en las trompas uterinas [...]».
Dr. Rawdy definición y concientización	«[...] ese endometrio que creció de manera ectópica por allá por el abdomen, por ejemplo, en el intestino o en el colon, también comienza a tener esos cambios, a proliferar o comienza incluso a sangrar [...]».	Onét hígado	«[...] que alimenta a los implantes de la endometriosis».
Soberaniamenstrual concientización	«Es una patología en donde el tejido endometrial crece por fuera del útero y esto hace que en cada ciclo se desprenda al igual que la menstruación, generando inflamación y muchísimo dolor».	Soberaniamenstrual explicación	«[...] es una patología en la que hay tejido endometrial, es decir, tejido que está por dentro del útero en otros lugares que no debería estar [...]».

### 4.2.3. Macroestructura, reformulación, elementos no verbales y aspectos de la calidad

En cuanto a la macroestructura, los textos constan generalmente de una introducción en la que se expone el tema del vídeo. Algunos ejemplos de frases introductorias son los siguientes: «Vamos con los síntomas de la endometriosis»; «Hoy quiero hablarles un poco sobre el diagnóstico de la endometriosis». Después poseen un cuerpo, en el que desarrollan brevemente el tema y, por último, un cierre, en el que se invita a

compartir el vídeo, a seguir la cuenta o a preguntar otras dudas sobre el tema. Algunas frases de cierre son las siguientes: «Si quieres saber más sobre endometriosis, me escribís»; «Comparte esto y sígueme». Esta estructuración favorece la claridad.

Asimismo, se hace referencia al contenido explicado anteriormente para que todo esté cohesionado y el receptor se pueda informar mejor. Véase el siguiente ejemplo: «Os he hablado de la endometriosis y su relación con la microbiota intestinal, su relación con la microbiota endometrial y vaginal. Y ahora vamos a hablar de la endometriosis y el hígado...». Se emplean conectores de enumeración al hablar de los distintos tratamien-

tos y soluciones para la endometriosis: «En segundo lugar, tenemos los medicamentos anticonceptivos». De esta forma, se cohesionan el texto para darle una mayor claridad.

En cuanto a los elementos microestructurales, se advierte el uso de palabras coloquiales como terminología especializada y reformulaciones. Se exponen algunos ejemplos a continuación: «(Lo) pidieron un montonazo [...]»; «[...] tienen sintomatología de cistitis o infecciones vaginales o picor tatatá [...]»; «La endometriosis es una patología en la que hay tejido endometrial, es decir, tejido que está por dentro del útero en otros lugares que no debería estar [...]»; «La cirugía, la histerectomía, la cirugía con la que quitamos el útero [...]». Tanto el lenguaje relajado e informal como los incisos permiten que la información llegue mejor al receptor.

Ligado al léxico, también se usa terminología relacionada con los síntomas y el cuerpo: *dolor, cólicos, inflamación, diarrea, heces con sangre, orina con sangre, ovarios, estómago, útero o intestinos*. Esta terminología generalmente resulta menos complicada de entender. Por último, se observa el empleo de algún anglicismo: «Pero generalmente el *gold standard* para el tratamiento de la endometriosis, hablando en lo quirúrgico, se trata de una laparoscopia». El uso de extranjerismo puede, sin embargo, interferir negativamente en la comprensión del texto.

Por otra parte, a nivel de la oración o enunciado se utiliza un elemento típico de la divulgación: la pregunta, p. ej., «¿Qué es la endometriosis?»; «¿Cuáles son los síntomas de la endometriosis?». Asimismo, se emplean abundantes repeticiones o redundancias que permiten que el receptor se quede mejor con las ideas transmitidas. Véase el siguiente texto de @onèt\_atelierdelbienestar sobre la relación entre inmunidad y endometriosis:

Mujeres que, por otras cosas que hablaré, a nivel celular y mitocondrial acaban teniendo fatiga crónica y acaban con una **fibromialgia, artritis reumatoide, lupus**. Enfermedades autoinmunes de distintos..., estas son las que más se repiten. Entonces, luego empezamos a **tirar del hilo**; empezamos a preguntar en la familia; que a mí me ha pasado y justo le estoy hablando de la **artritis**. Y empieza a decirme: Ah, sí, mi abuela tenía **fibromialgia**. Sí, mi tía tenía **artritis reumatoide**. Entonces, si sospechamos de endometriosis y además tenemos antecedentes en la familia, pues bueno, es algo que tenemos que trabajar y que se vea que hay una relación. Y este vídeo es para eso, para tomar conciencia de la relación que existe entre la endometriosis y nuestro sistema inmunológico y como si miramos hacia atrás y **tiramos del hilo en la familia**, también empezamos a ver patologías y por algo nos está ocurriendo a nosotras esto.

En el mismo nivel lingüístico, se advierten oraciones que refieren a las emociones en un intento de empatizar con las mujeres que sufren endometriosis: «Lo triste de esto es que el diagnóstico generalmente se da de 5 a 7 años después de que inició la enfermedad»; «Hasta se ha descrito que había implantes peritoneales en la nariz y la mujer sangraba por la nariz cada vez que menstruaba. Es increíble, pero puede pasar»; «Es que me



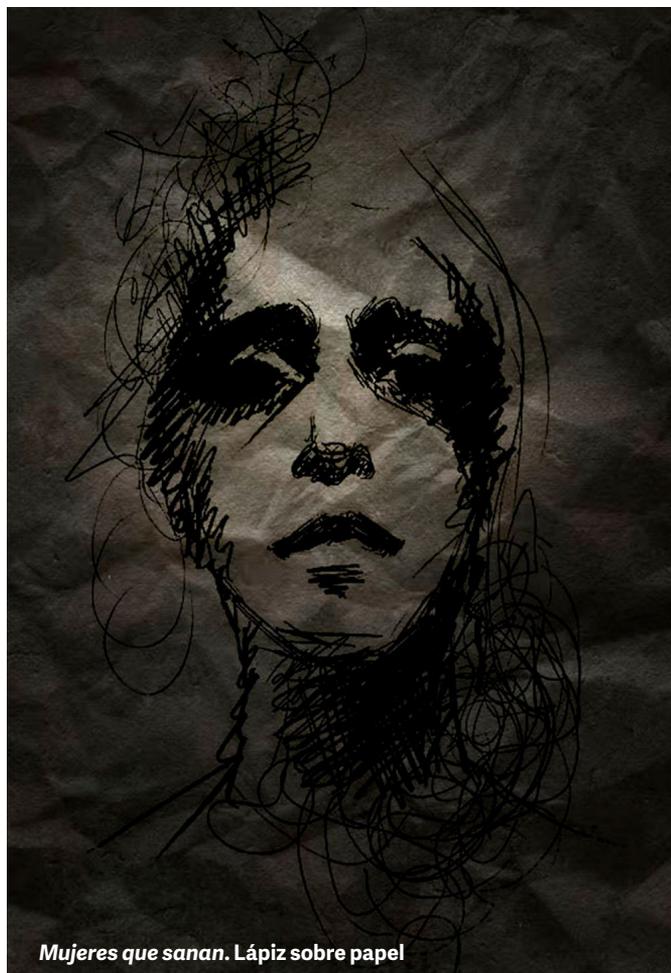
FIGURA 4. Ejemplo de vídeo sobre endometriosis con subtítulos (@drvictorrubio)

dijeron que tenía que aguantarme el dolor. Yo siempre le digo al paciente que cuando un médico le diga eso, le responda: ¿Por qué no te lo aguantas tú?».

Asimismo, se observa el uso de la metáfora bélica para que la información sea comprensible. Esto se ilustra con el siguiente ejemplo: «Tenemos que tener una cantidad muy alta de *Lactobacillus* para luchar contra los malos [...]». Otro ejemplo de metáfora es este: «[...] hace un hiperestrogenismo que alimenta a los implantes [...]».

En cuanto a los elementos no verbales, no se emplea la imagen para reforzar la explicación, pero se usan subtítulos en varios de los vídeos para propiciar la accesibilidad física. Esto también favorece que las personas sin discapacidad retengan y comprendan mejor la información (fig. 4) y permite que ellas sigan mejor el discurso cuando existen problemas con la calidad del audio o cuando se encuentran en un ambiente ruidoso.

Por último, se alude a evidencia externa para apoyar lo que se dice y dar mayor credibilidad al mensaje: «el 80 % del sistema inmunológico tiene que ver con la microbiota intestinal»; «De un 30 a un 50 % de las pacientes que acuden a consulta por infertilidad pueden también padecer endometriosis»; «Y ojo a esto que les voy a comentar que tiene evidencia [...]»; «[...] se



Mujeres que sanan. Lápiz sobre papel

calcula que una de cada diez mujeres a nivel mundial tiene síntomas [...]». Estos datos que apoyan el discurso y otorgan credibilidad son importantes a la hora de elegir una cuenta o seguir consumiendo la información de un profesional en las redes, ya que están ligados a la calidad.

## 5. Discusión

En este apartado se comparan los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos en estudios previos.

La densidad terminológica de los vídeos de TikTok sobre endometriosis es alta en comparación con la densidad de diálogos sobre embarazo de teleseries médicas (González Rodríguez, 2023): 18,4 frente al 10 %, respectivamente. La densidad de este estudio es bastante similar a la de un estudio realizado con textos divulgativos *online* sobre fertilidad (González Rodríguez, 2023): 18,4 frente al 19 %, respectivamente. Sin embargo, el resultado obtenido en cuanto a la densidad en este estudio es ligeramente bajo comparado con los obtenidos de los informes médicos por Estopà y Montanè (2019): 18,4 % frente al 22,6 % respectivamente.

El *type-token ratio* del 39,8 se aleja de estudios realizados previamente. González Rodríguez (2023) informó de una variedad del 59 % para los textos divulgativos *online* sobre fertili-

dad y del 64 % para los diálogos de teleseries. Rodríguez-Tapia (2020) obtuvo una variedad de 67 % para un texto semiespecializado. Este resultado se debe a las abundantes repeticiones de los textos orales. Además, Bradac *et al.* (1977) demostraron que existía una correlación entre los textos de baja riqueza léxica y la facilidad de comprensión.

El porcentaje de reformulación es ligeramente bajo con respecto a otros estudios (González Rodríguez, 2023), 19,6 % para los vídeos de TikTok frente a 22 % artículos divulgativos *online* sobre fertilidad. No obstante, el porcentaje de reformulación terminológica de este estudio es alto al compararlo con el de los informes médicos: 19,6 % frente a 0,2 %, respectivamente. También es alto con respecto a los diálogos de teleseries médicas: 19,6 frente a 11 %, respectivamente.

Por otra parte, es recurrente que los términos con mayor carga conceptual sean aquellos que hacen referencia a tratamientos y enfermedades, como se observó con anterioridad en González Rodríguez y Santamaría Pérez (2023). También son recurrentes los errores de reformulación ligados a la secuenciación (González Rodríguez, 2023; Estopà y Montanè, 2019).

En conclusión, la densidad y la variedad terminológicas son, por lo general, bajas al compararlas con los resultados obtenidos para el análisis de textos sobre salud dirigidos de expertos a pacientes. El porcentaje de reformulación es generalmente alto al compararlo con otros textos. En la literatura se advierten también errores de reformulación.

## 6. Conclusión

Se ha realizado un análisis de la legibilidad léxica y conceptual. Para ello, se ha seguido un método mixto, cuantitativo-cualitativo. Se procede a responder las preguntas que guían este estudio:

1. ¿Cómo influyen la variedad léxica y la densidad terminológica en la legibilidad? Los niveles de variedad léxica y densidad terminológica son bajos, por lo que los textos no resultan difíciles de entender.
2. ¿Cómo afectan la reformulación y los errores de reformulación a la legibilidad? Se reformulan los términos conceptualmente más complicados, lo que disminuye la opacidad semántica. Asimismo, el porcentaje de reformulación es alto. Sin embargo, existen errores de reformulación que afectan a una de las cualidades de la legibilidad.
3. ¿Cómo afectan los demás aspectos de la calidad a la legibilidad? Otros aspectos como la credibilidad y la accesibilidad física influyen positivamente en la legibilidad.

En un futuro, estudiaremos la legibilidad en textos orales, diferenciando entre los tipos de terminología por nivel de especialización, cuantificando otras dificultades léxicas como los extranjerismos e incluyendo métodos estadísticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alliende, Felipe (1990): «Evaluación de la legibilidad de los materiales escritos», *Lectura y Vida*, 11 (2): 14-18.
- Anthony, L. (2019): AntConc (Versión 3.5.8) [Software]. Japón: Waseda University. <<https://www.laurenceanthony.net/software/>> [consulta: 1. VII. 2023].
- Barrio Cantalejo I. M. y P. Simón Lorda (2003): «¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud», *Atención Primaria*, 31 (7): 409-414.
- Bermúdez-Tamayo, C.; J. Jiménez-Pernett, J. F. García Gutiérrez *et al.* (2006): «Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos», *Atención Primaria*, 38 (5): 268-74.
- Blanco Pérez, A. y U. Gutiérrez Couto (2002): «La legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general», *Revista Española de Salud Pública*, 76: 321-331.
- Bradac, J. L. *et al.* (1977): «The role of prior message context in evaluative judgments of high- and low-diversity messages», *Language and Speech*, 20 (4): 295-307.
- Comité de Proyecto ISO/IEC (2011): *ISO/IEC 25010*. <<https://iso25000.com/index.php/normas-iso-25000/iso-25010>> [consulta: 1. VII. 2023].
- Comité de Proyecto ISO/IEC (2011): *ISO/IEC 25012*. <<https://iso25000.com/index.php/normas-iso-25000/iso-25012>> [consulta: 1. VII. 2023].
- Conesa Fuentes, M. del C.; E. Aguinaga Ontoso y J. J. Hernández Morante (2011): «Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado», *Atención Primaria*, 43 (1): 33-40.
- Daraz, L.; A. S. Morrow, O. J. Ponce *et al.* (2019): «Can patients trust online health information? A meta-narrative systematic review addressing the quality of health information on the internet», *Journal of General Internal Medicine*, 34 (9): 1884-1891.
- Daraz, L.; A. S. Morrow, O. J. Ponce *et al.* (2018): «Readability of online health information: A meta-narrative systematic review», *American Journal of Medical Quality*, 33 (5): 487-492.
- Estopà, R. y M. A. Montané (2019): «La terminología en els informes mèdics», en Rosa Estopà y Mercè Llorente (eds.): *Comunicació, llenguatge i salut*. Barcelona: IULA.
- Fernández Huerta J. (1959): «Medidas sencillas de lecturabilidad. Consigna», *Revista pedagógica de la sección femenina de Falange ET y de las JONS*, 1959 (214): 29-32.
- Comisión Europea (2002): *eEurope 2002: Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud*. <<https://wma.comb.es/Upload/Documents/eEurope2002.pdf>> [consulta: 1. VII. 2023].
- González Rodríguez, Luisa Miguelina (2023): «La terminología, las estrategias explicativas y la comprensibilidad en teleseries médicas en español e inglés», 40.º congreso de AESLA. Mérida.
- González Rodríguez, Luisa Miguelina e Isabel Santamaría Pérez (2023): «La terminología y las estrategias explicativas en las teleseries médicas», en José Antonio Sánchez Fajardo y Chelo Vargas Sierra (eds.): *La traducción en la encrucijada interdisciplinar. Temas actuales de traducción especializada, docencia, transcreación y terminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Martínez de Sousa, J. (2005): *Manual de edición y autoedición*. Madrid: Pirámide.
- Mayor Serrano, M. B. (2012): «La información para la salud: comprensibilidad y utilidad», en I. Basagoiti (ed.): *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. Valencia: Ítaca.
- Pitler, Emily y Ani Nenkova (2008): «Revisiting readability: A unified framework for predicting text quality», 2008 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing.
- Porras-Garzón, J. M. y R. Estopà (2020): «Escalas de legibilidad aplicadas a informes médicos: límites de un análisis cuantitativo formal», *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 83: 205-16.
- Prakruthi, Karuna *et al.* (2020): «Fake document generation for cyber deception by manipulating text comprehensibility», *IEEE Systems Journal*.
- Rakesh, Agrawal *et al.* (2012): «Empowering authors to diagnose comprehension burden in textbooks», 18th ACM SIGKDD International Conference on Knowledge Discovery and Data Mining.
- Rodríguez-Tapia, S. (2020): «El grado de especialización textual del discurso médico en español: análisis basado en corpus desde la teoría de la percepción», *Panace@*, XXI (51): 75-92.
- Santamaría Pérez, M. I. y M. J. Gómez Torres (2022): *Glosario de fertilidad humana (español-inglés)*. <<https://terms.iulma.ua.es/es/glosario-de-fertilidad-humana>>.
- Santamaría Pérez, M. I. (2023): «Salud y comunicación: análisis lingüístico de las páginas web sanitarias. El caso de la reproducción asistida», en José Antonio Sánchez Fajardo y Chelo Vargas Sierra (eds.): *La traducción en la encrucijada interdisciplinar. Temas actuales de traducción especializada, docencia, transcreación y terminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Sutherland, J. (2023): Sonix [Software]. <<https://sonix.ai/es>> [consulta: 1. VII. 2023].
- Szigriszt Pazos, F. (1993): *Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: fórmula de perspicuidad*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Tan, S. S. y N. Goonawardene (2017): «Internet health information seeking and the patient-physician relationship: A systematic review», *Journal of Medical Internet Research*, 19 (1): e9.
- Tapia Téllez, J. M. (2022): *Análisis de la legibilidad y comprensibilidad en documentos académicos* (trabajo de fin de máster). México: INAOE.
- Zillien, N. y E. Hargittai (2009): «Digital Distinction: Status-Specific Types of Internet Usage», *Social Science Quarterly*, 90: 274-291.

# Traducción, adaptación cultural y validación lingüística (inglés-castellano) de dos cuestionarios de evaluación del duelo perinatal (PGIS y SSS)

Translation, cultural adaptation, and linguistic validation (English-Spanish) of two perinatal loss assessment questionnaires (PGIS and SSS)

Manuel Fernández-Alcántara\*, Nereida Congost-Maestre\*\* y M.<sup>a</sup> José Cabañero-Martínez\*\*\*

**RESUMEN:** Este artículo presenta la validación lingüística y cultural al contexto español de dos cuestionarios relacionados con la salud reproductiva que evalúan los aspectos emocionales que tienen lugar tras una pérdida perinatal: la escala de intensidad de duelo perinatal (*Perinatal Grief Intensity Scale*, PGIS) y la escala de estigma en el duelo perinatal (*Stillbirth Stigma Scale*, SSS). Se llevó a cabo un proceso estandarizado de traducción y retrotraducción anónimo y se examinó la adecuación conceptual de la escala al contexto español a través de un total de cinco entrevistas cognitivas a madres que habían sufrido una pérdida perinatal. En las entrevistas cognitivas no se señalaron dificultades de comprensión de los ítems ni de las escalas de respuesta utilizadas. En conclusión, las versiones en castellano de ambas escalas presentan una buena adecuación al contexto español.

**PALABRAS CLAVE:** adaptación cultural, cuestionarios, duelo perinatal, inglés-español, traducción, validación lingüística, PGIS, SSS.

**ABSTRACT:** This article presents a Spanish linguistic and cultural validation of two questionnaires on reproductive health, which are designed to assess emotional response after perinatal loss: the *Perinatal Grief Intensity Scale* (PGIS) and the *Stillbirth Stigma Scale* (SSS). A standardised process of anonymous translation and back-translation was carried out and the conceptual appropriateness of the scale to the Spanish context was examined through a total of five cognitive interviews with mothers who had suffered a perinatal loss. In the cognitive interviews, no difficulty understanding the items or the response scales used was observed. In conclusion, the Spanish versions of both scales are well adapted to the Spanish context.

**KEYWORDS:** cultural adaptation, English-Spanish, linguistic validation, perinatal loss, PGIS, questionnaires, SSS, translation.

**Panace@ 2023; XXIV (58): 67-76**

**Recibido: 01.IX.2023. Aceptado: 08.IX.2023.**

## 1. Introducción

La pérdida de un hijo es uno de los acontecimientos que mayor sufrimiento puede provocar en una familia, especialmente debido al proceso de duelo que conlleva (Fernández-Alcántara y Zech, 2017). El duelo puede entenderse como el proceso emocional que tiene lugar tras la pérdida de un ser querido, e incluye reacciones tales como sentimientos de anhelo, tristeza, rabia, culpabilidad y sensación de que la vida no tiene sentido, entre otros (Fernández-Alcántara *et al.*, 2012). Si bien algunos duelos se van a reconocer desde el ámbito social y cultural, existen algunas pérdidas en las que se produce una desautorización, entendida como una dificultad para poder hablar abiertamente de las mismas y para expresar las emociones relacionadas con dicha pérdida (Fernández-Alcántara *et al.*, 2021). Kenneth Doka (1999) acuñó el término *duelo desautorizado* para hablar de este tipo de pérdidas, entre las que se encuentran las pérdidas perinatales.

Cuando hablamos de pérdidas perinatales hacemos referencia a la pérdida de un/a hijo/a en cualquier edad gestacional o en los momentos posteriores al parto, normalmente hasta los siete primeros días (Setubal *et al.*, 2021). En función de la edad gestacional podemos diferenciar entre abortos tempranos, abortos tardíos y pérdidas posparto. Diversos estudios

\* Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [mfernandez@ua.es](mailto:mfernandez@ua.es).

\*\* Departamento de Filología Inglesa, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [nereida.congost@ua.es](mailto:nereida.congost@ua.es).

\*\*\* Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [mariajose.cabanero@ua.es](mailto:mariajose.cabanero@ua.es).

han puesto de manifiesto que las pérdidas perinatales pueden estar asociadas no solo a experiencias intensas de duelo, sino también a una sintomatología de ansiedad, depresión o estrés postraumático que puede ser duradera (Fernández-Alcántara *et al.*, 2012). En este sentido, es importante tener en cuenta que, ante la pérdida de un ser querido, existen diferentes trayectorias como una adaptación rápida y/o resiliente a la pérdida, un proceso de duelo intenso que disminuya con el tiempo o una intensidad alta que desemboque en el actualmente denominado *duelo prolongado* o *complicado* (Bonanno y Malgaroli, 2020).

Las pérdidas perinatales tienen una serie de características que las diferencian de otros tipos de pérdidas (Fernández-Alcántara *et al.*, 2012). En primer lugar, además de la pérdida del/la hijo/a, se pierden no solo un presente sino el futuro y las expectativas que los padres pudieran tener depositadas en el bebé. En este sentido, el vínculo y el apego que se hubieran establecido con el bebé van a ser una información muy importante a tener en cuenta para gestionar estas pérdidas (Pinilla y Hermosillo, 2021). En segundo lugar, se trata, en la mayor parte, de experiencias en las que no tiene por qué existir una preparación o una anticipación (como puede ocurrir con las pérdidas debidas a una enfermedad o patología), por lo que, en muchos casos, los padres y las madres no van a disponer de recursos o de estrategias de afrontamiento adecuadas frente a la pérdida (tales como la posibilidad de integrar las diferentes y complejas emociones ante la pérdida o buscar apoyos adecuados). En tercer lugar, si los consideramos duelos desautorizados, tal y como los hemos denominado anteriormente, nos vamos a encontrar con una falta de apoyo y sostén por parte del entorno social, como, por ejemplo, la dificultad para hablar abiertamente de la pérdida, así como sentimientos de vergüenza, de culpa o de estigmatización en los padres y madres que sufren una pérdida de este tipo (Pollock *et al.*, 2020<sup>a</sup>). Finalmente, con la pérdida de un bebé también se pone en jaque el rol de la pareja como padres, lo que puede tener importantes repercusiones en aspectos como la autoestima, la depresión o la ansiedad (Fernández-Sola *et al.*, 2020; Kersting y Wagner, 2022).

Son diversos los estudios que han indagado de manera cualitativa en las experiencias de padres y madres que han sufrido pérdidas perinatales, destacando la importancia de ser escuchados y ser reconocidos en su dolor y en sus particularidades sin que se nieguen su pérdida ni sus vivencias. Además del uso de entrevistas de corte cualitativo, en la actualidad disponemos de una serie de instrumentos para su valoración, también llamados *escalas* o *cuestionarios*, que nos permiten conocer en mayor profundidad la vivencia del duelo en padres y madres tras una pérdida perinatal. Las recientes revisiones (Setubal *et al.*, 2021; Wright y Carpenter, 2023) han identificado un total de siete instrumentos para medir la intensidad del duelo perinatal. De todos ellos, únicamente la escala *Perinatal Grief Scale* (PGS) (Toedter *et al.*, 1988) se encuentra adaptada al castellano. Dicho instrumento evalúa diferentes reacciones ante el duelo tales como depresión, enfado, disfunción social o espiritual, pérdida de control o culpa. Ha sido adaptado tanto para la población mexicana (Capitulo *et al.*, 2010) como para la población española (Paramio-Cuevas, 2016). Si bien dicho instrumento es de gran

utilidad para evaluar la intensidad del duelo perinatal —puesto que incluye toda una serie de síntomas o de experiencias que pueden vivir los padres y madres—, no disponemos en nuestro contexto de herramientas que nos permitan conocer los procesos y las percepciones del duelo perinatal ni profundizar en las sensaciones de estigmatización ni de desautorización que caracterizan a este tipo de duelos. Así, en los últimos años se han desarrollado otros instrumentos que permiten evaluar otros aspectos también esenciales en el duelo perinatal, sin centrarse únicamente en la descripción de las experiencias de los padres y madres. Entre ellos se encuentran las dos escalas objeto de este estudio: *Perinatal Grief Intensity Scale* (PGIS) y *Stillbirth Stigma Scale* (SSS).

La PGIS, desarrollada por Hutti *et al.* (1998), es el segundo instrumento más utilizado en la evaluación del duelo perinatal (Setubal *et al.*, 2021). Al contrario que la PGS, este instrumento tiene como objetivo predecir cómo se van a desarrollar los procesos de duelo asociados a pérdidas perinatales que tienen lugar en diferentes periodos gestacionales. Por ello, se centra en la evaluación de cómo el padre y la madre perciben la experiencia de la pérdida perinatal a través de la valoración de tres factores relacionados: si la pérdida se ha experimentado como algo real, si ha existido congruencia en la experiencia de pérdida y cómo la persona ha hecho frente a la situación. En el primer factor se evalúa si la pérdida se ha vivido como algo real, es decir, si previamente al fallecimiento existía un fuerte vínculo entre el bebé y la madre o el padre. En esta línea, diferentes estudios hablan de la presencia de una relación de objeto virtual o prenatal por la cual el vínculo puede expresarse incluso antes de la concepción: a través de las fantasías, del imaginario de los padres, de la existencia de un deseo por ese hijo, de su aparición en el discurso familiar, etc. (Talarn *et al.*, 2013). Ese bebé imaginado o ideal va a ir tomando forma también a través de los movimientos, las conversaciones que los padres tienen con (o sobre) él/ella, así como a través de sus diversas fantasías o representaciones mentales (Domingo-Peña, 2022). En el segundo factor se valora la congruencia entre cómo ha sido la experiencia de la pérdida y el ideal o lo esperado por los padres. Hay que señalar que, en muchos casos, no hay un ideal al respecto, puesto que los padres ni siquiera han podido pensar en la situación de pérdida. Sin embargo, el propio proceso de embarazo va a estar marcado por la espera y por el no saber, siendo inevitable una cierta incertidumbre con respecto a cómo se va a desarrollar el niño o cómo será el nacimiento (Recalcati, 2018). Hutti *et al.* (1998) hacen referencia en esta dimensión a cómo ha sido la interacción de los padres con el personal sanitario, a sus vivencias emocionales y al apoyo social que han percibido. Finalmente, el tercer factor mide la capacidad de los padres para la toma de decisiones o la realización de acciones para aumentar la congruencia. Esta tercera dimensión está relacionada con la capacidad de afrontamiento de los propios padres, es decir, con cómo se han podido comportar tras la pérdida. Según este modelo, las respuestas más intensas de duelo se darán cuando los padres perciban que la pérdida se ha vivido como algo real, como algo muy alejado de las expectativas que tenían y si han percibido que no podían hacer nada al respecto.

Como se puede comprobar, la PGIS es un instrumento de gran interés porque no solo recoge cómo ha sido la vivencia del duelo de estos padres, sino que también aporta información sobre el vínculo y sobre el modo de actuar de los mismos ante la pérdida. Al compararla con la PGS, Huttu *et al.* (2018) encontraron que la PGIS era mucho más fácil de contestar para los padres y que era capaz de predecir aquellos casos que posteriormente podían ser calificados como de duelo prolongado perinatal. Además, la PGIS es muy útil como instrumento de cribado o de evaluación inicial de los procesos de duelo perinatal (Huttu *et al.*, 2017).

Directamente relacionadas con la vivencia del duelo perinatal podemos encontrar las experiencias antes señaladas con relación a la desautorización de la pérdida. Investigaciones previas han mostrado que para los padres y madres que sufren una pérdida perinatal es muy complicado hablar de la pérdida de su bebé, no solo en la propia pareja, sino también con la familia o con los amigos más cercanos (Pollock *et al.*, 2021; Testoni *et al.*, 2020). Así, los padres y madres señalan de manera habitual sentirse estigmatizados, sobre todo por una sensación de soledad, rechazo y silencio respecto a su experiencia de duelo perinatal (Pollock *et al.*, 2020<sup>a</sup>). En muchos casos pueden llegar incluso a sentirse discriminados por parte de los profesionales de la salud que los atienden y por sus propios seres queridos. Esta vivencia puede ir asociada a una mayor intensidad del duelo perinatal, a mayores niveles de depresión y a problemas de autoestima (Pollock *et al.*, 2020<sup>a</sup>). Hasta hace muy poco no se disponía de instrumentos específicos para evaluar el estigma en el duelo perinatal debido también a la dificultad de definir dicho concepto (Pollock *et al.*, 2019). Una excepción es la *Stillbirth Stigma Scale* (SSS), desarrollada recientemente por Pollock *et al.* (2019; 2020<sup>b</sup>), que permite evaluar diferentes dimensiones del estigma en estos casos. Se trata de un instrumento conformado por 20 ítems y cuatro dimensiones, a saber: la devaluación percibida, la presencia de discriminación a raíz de la pérdida, la auto-percepción de estigma y el nivel de exposición o de expresión de la pérdida perinatal. La primera dimensión, que los autores denominan *devaluación percibida*, hace referencia a la percepción que tienen los padres sobre las actitudes negativas de su entorno, así como a las creencias que pueden afectar a su estatus como padres tras la pérdida. La *presencia de discriminación* se refiere a experiencias de este tipo en diversos escenarios sociales, tales como la familia o la interacción con los profesionales de la salud. La *autopercepción del estigma* se refiere a hasta qué punto los propios padres y madres adoptaban actitudes negativas hacia ellos mismos a raíz de la pérdida perinatal. Finalmente, el nivel de expresión de la pérdida perinatal se relacionaba con la capacidad o habilidad de los padres para hablar sobre su pérdida con otras personas (Pollock *et al.*, 2019; 2020<sup>b</sup>).

Hasta la fecha, únicamente disponemos de un instrumento adaptado en lengua castellana para evaluar los procesos de duelo perinatal, la escala PGS, puesto que ni la PGIS ni la SSS se han adaptado ni validado lingüísticamente en nuestro contexto. Disponer de una adecuada validación lingüística de ambos instrumentos será de gran utilidad para poder conocer de primera mano la experiencia de los padres y las madres que sufren una

pérdida perinatal, así como para poder predecir e identificar aquellos casos que tengan un mayor riesgo de desarrollar síntomas de duelo complicado perinatal. Por ello, el objetivo del presente estudio fue realizar y evaluar la traducción, la adaptación cultural y la validación lingüística del inglés al español de la PGIS y de la SSS.

## 2. Método

### 2.1. Instrumentos

La escala estadounidense *Perinatal Grief Intensity Scale* (PGIS) fue diseñada por Huttu *et al.* (1998) con el objetivo de predecir cómo se van a desarrollar los procesos de duelo asociados a pérdidas perinatales que tienen lugar en diferentes periodos gestacionales, como hemos mencionado con anterioridad. Está compuesta por un total de 14 ítems que evalúan la intensidad del duelo perinatal y comprende tres dimensiones: la percepción de la realidad de la situación del embarazo y del bebé (6 ítems), la congruencia en la experiencia (4 ítems) —asociada a la satisfacción percibida con el proceso de pérdida— y la sensación de confort o apoyo por parte de otros (4 ítems), que destaca la capacidad para poder tomar decisiones y para expresar sus necesidades a los demás. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta y con un rango que se sitúa entre 1 («completamente de acuerdo») y 4 («completamente en desacuerdo»).

La escala australiana *Stillbirth Stigma Scale* (SSS) fue desarrollada por Pollock *et al.* (2019; 2020<sup>b</sup>) con el objetivo de evaluar el estigma asociado a la vivencia de una pérdida perinatal a través de 20 ítems que evalúan un total de cuatro dimensiones: la devaluación percibida (6 ítems), la presencia de discriminación a raíz de la pérdida (7 ítems), la autopercepción de la estigmatización (4 ítems) y el nivel de exposición o de expresión de la pérdida perinatal (3 ítems). Los participantes valoran cada ítem usando una escala tipo Likert de cinco puntos en la que 1 significa «completamente de acuerdo» y 5, «completamente en desacuerdo».

### 2.2. Proceso de traducción-retrotraducción

Para la traducción de estas escalas se llevó a cabo un protocolo común internacional basado en el método de traducción-retrotraducción de acuerdo con unas directrices generales aceptadas por la comunidad científica internacional.

La retrotraducción es el procedimiento que consiste en volver a traducir un texto a su idioma original para comprobar la calidad de la traducción, la precisión del significado y la equivalencia. Si tu encargo consiste en una traducción del inglés al español, durante la retrotraducción el cliente encargará a otro traductor que traduzca tu texto al idioma original (de español a inglés) sin contar con ninguna referencia del texto original.

Su objetivo es garantizar que la traducción expresa el mismo mensaje que el texto original, por lo que actúa como herramienta de control de calidad. La retrotraducción brinda una visión clara del proceso de traducción tanto al traductor como al cliente, ya que lo somete a un análisis muy exhaustivo. Sin embargo, y aunque es el procedimiento más utilizado en la actualidad, no resuelve todos los problemas ni sustituye otros procesos de revisión ni corrección.

Este procedimiento comprende dos traducciones directas (fase I), seguidas de una reunión de consenso formada por un comité multidisciplinar de personas expertas (fase II) y una traducción inversa (fase III) con su correspondiente reunión de consenso (fase IV) para conseguir una adaptación cultural y su posterior validación en español. La adecuación conceptual de las escalas al contexto español se examinó a través de cinco entrevistas cognitivas realizadas por un psicólogo con experiencia en evaluación de resultados en salud (prueba piloto de comprensión y validez de contenido de los ítems) a madres que habían sufrido una pérdida perinatal (es decir, la que se produce tras la muerte del bebé durante el embarazo o en los momentos previos o posteriores al parto), seguidas de una última reunión de consenso con expertos (fase V).

Se pidió a los traductores que evaluaran el grado de dificultad de las traducciones en una escala de 1 a 10 y que clasificaran los cambios sintácticos, semánticos o culturales que habían llevado a cabo.

Dos filólogas, traductoras de inglés cuya lengua materna era el español y que no estaban vinculadas al proyecto ni al tema del estudio, tradujeron la versión inglesa del cuestionario al español. Posteriormente, un filólogo, traductor de español cuya lengua materna era el inglés y que no conocía la versión original de la PGIS ni de la SSS, tradujo la primera versión consensuada en español al inglés en un proceso de retrotraducción.

A los tres se les solicitó que evaluaran el grado de dificultad de las traducciones, así como el de la retrotraducción de los ítems en una escala de 1 a 10 y que clasificaran los cambios realizados en tres tipos: A, B o C. Se clasificó como ítem con tipo de cambio A cuando no fue preciso realizar cambios en la traducción más allá de los necesarios de la lengua a la que se traduce y la oración conservaba prácticamente la misma estructura sintáctica; los de tipo B1 eran cambios de tipo morfosintáctico (género, número, modo y tiempos verbales, preposiciones, artículos, adverbios acabados en *-mente*, gerundios, voz pasiva, orden de los elementos en la oración, entre otros); los de tipo B2 eran cambios de tipo léxico-semántico (modificaciones por sustitución, inclusión u omisión de una palabra o expresión, expresiones coloquiales, grado de formalidad o frases negativas, entre otros) y los de tipo B3 eran adaptaciones de determinadas expresiones socioculturales, por ser distintas a las de la lengua original. Por último, los ítems con cambios de tipo C se referían a ítems que no se pueden aplicar en el contexto de destino.

Se llevó a cabo una reunión de consenso entre investigadores y traductores en la que se compararon la versión retrotraducida al español y la inglesa y se consensó una versión preliminar en español. Con esta versión se realizaron las entrevistas cognitivas.

### 2.3. Entrevistas cognitivas (PGIS y SSS)

Se seleccionaron 5 mujeres que eran usuarias de asociaciones de duelo perinatal y que habían experimentado una pérdida perinatal. Su captación se realizó por correo electrónico a través de las asociaciones participantes.

Una vez se contactó con las mujeres identificadas, el entrevistador explicó a las participantes el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación y las citó para la realización de la entrevista a través de la plataforma Google Meet. Las entrevistas fueron grabadas en audio y llevadas a cabo por un investigador entrenado en la realización de este tipo de entrevistas.

Se les pidió que leyesen en voz alta el cuestionario, que lo fuesen contestando a la vez y que indicasen si comprendían los ítems o si contenían algún concepto difícil de entender. También se examinó la comprensión de las instrucciones y las alternativas de respuesta. Por último, se les preguntó si consideraban que faltaba algún ítem importante en relación con el tema de estudio o si sobraba alguno. La información que aportaron las entrevistadas fue analizada por el equipo investigador, que posteriormente consensó si se debía introducir algún tipo de cambio o modificación.

## 3. Resultados

### 3.1. Escala PGIS: traducción-retrotraducción

Para el análisis del proceso de traducción-retrotraducción, se registró el grado de dificultad asignado por cada uno de los traductores para cada uno de los ítems y se examinó el grado de coincidencia o discrepancia, considerándose una distancia de más de dos puntos como discrepancia.

La dificultad de los ítems no fue alta, entre 1 y 4. Los ítems con menor dificultad en la traducción directa fueron el 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14. Los únicos dos ítems con un desacuerdo de dos puntos entre los traductores y puntuaciones brutas más altas fueron el 2 y el 4.

Se obtuvo la traducción consensuada después de realizar las dos traducciones. Con el fin de obtener un cuestionario que fuera lingüísticamente sencillo para el usuario medio y tras una reunión de consenso entre los investigadores y el equipo de traducción, se realizó una serie de modificaciones tanto morfosintácticas como léxico-semánticas, estas últimas sin conllevar pérdidas del significado original.

#### Modificaciones morfosintácticas (cambios de tipo B1)

Las modificaciones morfosintácticas fueron las siguientes: tiempos verbales más acordes con la estructura gramatical de la oración en español, tales como el pretérito indefinido que pasa a pretérito imperfecto en la mayor parte de los ítems, a saber, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, y el pretérito imperfecto, que se convierte

en pretérito perfecto en los ítems 11, 12, 13 y 14, principalmente, además de la inclusión del género masculino y femenino en los ítems 4, 12, 13 y 14.

#### Modificaciones léxico-semánticas (cambios de tipo B2)

Una vez revisadas las dos traducciones directas por un comité interdisciplinar de personas expertas, se decidió consultar sobre la redacción final de los ítems 7, 9 y 11 a la autora responsable de la creación de la escala, Marianne Hutti. Una vez aceptados los cambios, los ejemplos de la propuesta del ítem 7 se añadieron al ítem 9, en el que se preguntaba por lo mismo, pero, en vez de en las primeras horas de la pérdida, en las semanas posteriores a la misma.

A continuación, se presentan los cambios propuestos inicialmente y las propuestas finales de los ítems 7 y 11:

#### Ítem 7: modificación por inclusión de elementos aclaratorios.

No quedaba claro a qué se refería la pregunta con relación a lo que la gente podía decir o hacer, por lo que consultamos si se podían añadir algunos ejemplos aclarativos. Con el visto bueno de la autora, la versión definitiva quedó como se puede ver en la propuesta final.

7. *In the first hours and days after my loss, if people said or did things that made me feel bad, I was able to ask them to stop.*

Propuesta inicial:

7. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si la gente decía o hacía cosas que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo.

Propuesta final:

7. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si la gente decía cosas (*p. ej., puedes tener otro bebé, mejor que te haya pasado antes que después, etc.*) o hacía cosas (*p. ej., fingir que no había sucedido nada, no hablar del tema, etc.*) que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo.

#### Ítem 11: modificación por omisión y sustitución de dos adjetivos.

Se le comunicó a la autora que el adjetivo *perinatal* en *perinatal loss* resultaba redundante en español, por lo que se iba a suprimir en los ítems 11 a 14. Igualmente, se le comentó que la expresión *estar satisfecho* en español hace referencia a 'estar contento', y no estábamos seguros de si una persona podía estar contenta con la experiencia de una pérdida, por lo que sugeríamos modificarla, sin cambio de significado, por la de estar conforme. La autora comentó que esta última traducción se acercaba mucho más a lo que los padres querían decir cuando se hablaba de esta cuestión.

11. *During and after my perinatal loss, I was satisfied with the way my loss experience unfolded, given that I had to go through it.*

Propuesta inicial:

11. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecho/o con la manera en que se ha desarrollado mi duelo, dado que era algo por lo que tenía que pasar.

Propuesta final:

11. Durante mi pérdida y después de ella, *me he sentido conforme* con la manera en que se ha desarrollado mi duelo, ya que era algo por lo que tenía que pasar.

Por lo demás, el sustantivo *nurses* (ítem 14) se tradujo como 'personal de enfermería' por economía del lenguaje, ya que engloba a enfermeras y enfermeros.

No hubo modificaciones, por otra parte, en el plano morfosintáctico en cuanto a la repetición léxica, que la sintaxis inglesa soporta sin grandes problemas. La hemos conservado en español en los ítems 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, así como el paralelismo gramatical de las mismas (frases que se rigen con el mismo orden sintáctico), con el fin de facilitar su legibilidad.

Tampoco hubo cambios en el plano léxico-semántico respecto al título y la sigla. El equipo decidió mantener la sigla en inglés y no crear una nueva sigla en español para no contribuir al abuso de las siglas no consagradas que proliferan en el lenguaje de las ciencias de la salud (Congost-Maestre, 2016). En cuanto a la gradación de las opciones de respuesta, en la traducción de la escala tipo Likert del cuestionario sss, las respuestas de posibilidades graduadas mantienen la misma gradación e intensidad en ambas culturas y sus intervalos o distancias son equidistantes. Por lo que se refiere a la retrotraducción, el grado de dificultad osciló entre 3 y 7. Los ítems con menor dificultad (menor que 5) fueron cuatro, el 1, 2, 5 y 10. Los ítems con mayor dificultad (igual o mayor que 5) fueron diez, el 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 y 14. Una vez comparadas la retrotraducción y la versión original inglesa en una reunión de consenso entre los investigadores y el equipo de traducción, no se modificó ningún ítem.

Finalmente, ningún ítem precisó de cambios culturales, ni de tipo B3 ni de tipo C.

### 3.2. Escala PGIS: entrevistas cognitivas

Las participantes indicaron que el cuestionario era completo y los ítems se comprendían bien. No sugirieron que fuese necesario añadir nada a los ítems tal y como se encontraban redactados, ni indicaron que se omitiera ninguno de los ítems. Las instrucciones y las alternativas de respuesta se comprendieron también adecuadamente. Como todas las participantes mostraron una buena comprensión de los ítems, no fue preciso realizar modificaciones a la versión consensuada después del proceso de traducción-retrotraducción.

### 3.3. Escala sss: traducción-retrotraducción

Para el análisis del proceso de traducción-retrotraducción, se registró el grado de dificultad asignado por los traductores para cada uno de los ítems y se examinó el grado de coincidencia o discrepancia, considerándose una distancia de más de dos puntos como discrepancia, al igual que hicimos con la escala PGIS.

La dificultad de los ítems fue media-alta, entre 1 y 7, debido, sobre todo, a la traducción del término *stillbirth*, como se explicará más adelante. Los ítems con menor dificultad en la traducción directa fueron el 1, 6 y 17. Los ítems con un desacuerdo de dos puntos entre los traductores y con las puntuaciones brutas más altas fueron los ítems 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 y 20.

Se obtuvo la traducción consensuada después de realizar las dos traducciones. Con el fin de obtener un cuestionario que fuera lingüísticamente sencillo para el usuario medio y tras una reunión de consenso entre los investigadores y el equipo de traducción, se realizaron una serie de modificaciones tanto morfosintácticas como léxico-semánticas, estas últimas sin suponer la pérdida del significado original, igual que se hizo con la escala PGIS.

#### Modificaciones morfosintácticas (cambios de tipo B1)

Solo hay un cambio de tiempo verbal en el ítem 15 que pasa de pretérito indefinido a pretérito perfecto por adecuación temporal y coherencia con el resto de los ítems del cuestionario. Se incluyen ambos géneros en los ítems 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16 y 17.

#### Modificaciones léxico-semánticas (cambios de tipo B2)

El punto más problemático que hubo fue la traducción de la palabra *stillbirth*, que fue la que, en realidad, elevó el grado de dificultad. La traducción literal de *stillbirth* es ‘mortinato’ —según la Real Academia Española (RAE), s. v., «Dicho de una criatura: Que nace muerta», y según MedlinePlus: «Un mortinato es cuando un bebé muere en el útero durante las últimas 20 semanas del embarazo»—. La traducción técnica sería ‘muerte fetal o perinatal’. No consideramos apropiada ninguna, por lo que el equipo decidió escribir a la primera autora del artículo original de validación de la escala, a la investigadora Danielle Pollock, quien estaba de acuerdo con nuestra modificación de *muerte perinatal* por *pérdida del bebé* con el fin de que el grado de formalidad no fuese tan alto y resultara más accesible para madres y padres. Así se hizo en los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 y 20.

Otros cambios léxico-semánticos, que no alteraron el significado de las oraciones, fueron los siguientes:

#### Ítem 4: modificación por sustitución

*Most people will accept your child as one of your own.*

La mayoría de la gente aceptará al bebé como uno más de la familia.

La expresión *one of your own* se acordó traducirla como ‘uno más de la familia’.

#### Ítem 8: modificación por sustitución

*Sometimes I feel that I have being talked down to because of my stillbirth.*

Me he sentido a veces menospreciada/o a causa de la pérdida de mi bebé.

La expresión *I have being talked down* se le comentó también a la autora porque no estábamos seguros de que, en este contexto, significara ‘tratar a una persona con condescendencia’. El sentido que aquí tenía era más el de ‘hablarle mal a alguien, con desprecio’, por lo que el equipo decidió traducirlo por ‘menospreciar’.

Adaptación de expresiones socioculturales (cambios de tipo B3)

La expresión *extended family* es interpretada de distinta manera según la cultura (Congost-Maestre, 2012), por lo que el equipo entendió que, en este contexto, se hacía referencia a una familia cercana más amplia que la nuclear propiamente dicha (padres e hijos). Así pues, se tradujo por ‘parientes’, teniendo en cuenta el significado que ofrece la RAE, s. v.: «Respecto de una persona, se dice de cada uno de los ascendientes, descendientes y colaterales de su misma familia, ya sea por consanguinidad o afinidad».

Por otro lado, no hubo cambios en el plano morfosintáctico en cuanto a la repetición léxica y, por ende, al paralelismo gramatical, lo cual se da en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 y 13.

Tampoco los hubo en el plano léxico-semántico respecto a la sigla, que se mantuvo en inglés en el título de la escala, ni en la graduación de las opciones de respuesta, que conserva iguales su gradación y su intensidad, manteniéndose equidistantes.

En relación a la retrotraducción de la escala sss, el grado de dificultad fluctuó entre 3 y 8. Los ítems con menor dificultad (menor que 5) fueron ocho, el 1, 2, 4, 10, 12, 15, 17 y 18. Los ítems con mayor dificultad (igual o mayor que 5) fueron doce, el 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 19 y 20. La retrotraducción resultó ser bastante fiel al original, teniendo en cuenta que el traductor era británico y utilizó palabras y expresiones diferentes —aunque sinónimas— a las del original: *baby* en vez de *child* (ítems 1, 3, 4, 5); *having to talk about* en lugar de *discussing* (ítem 3); *the loss of your baby* por *stillbirth* —término con un alto grado de formalidad en la versión original (Congost-Maestre, 2016)— (ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19 y 20); *keepsakes* por *momento's* (ítem 5); *treated differently* por *discriminated* (término con un registro lingüístico alto también) (ítems 7, 9 y 13); *felt looked down* por *being talked down* (ítem 8); *bothered to talk* por *interested in talking* (ítem 12); *talking about me* por *blemished* (ítem 17); *difficult* por *hard* (ítem 19) y *strangers* en lugar de *people I do not know* (ítem 20). Una vez comparadas la retrotraducción y la versión original inglesa en una reunión de consenso entre los investigadores y el equipo de traducción, ningún ítem se modificó.

### 3.4. Escala PGIS: entrevistas cognitivas

Las participantes indicaron que el cuestionario era completo y que los ítems se comprendían bien, por lo que no sugirieron añadir ningún aspecto más a la escala ni que se suprimiera ninguno de los ítems. Las instrucciones y las alternativas de respuesta se comprendieron también adecuadamente. Pese a que todas las participantes mostraron una buena comprensión de los ítems, una de ellas indicó que resultaba controvertido el uso del término *discriminado* en los ítems 7 y 9, y para otra madre, el uso del término *menospreciado* en el ítem 8. Para ellas, por su experiencia, era imposible que una mujer que hubiera sufrido una pérdida perinatal se sintiese así. Pese a estos comentarios particulares, en la última reunión de consenso tras las entrevistas cognitivas no se realizaron modificaciones a la versión consensuada después del proceso de traducción-retrotraducción.

## 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue desarrollar las versiones en español de dos escalas empleadas en la evaluación de la intensidad y de la percepción del estigma de los duelos de madres y padres que han sufrido una pérdida perinatal: la PGIS y la SSS. Las traducciones y retrotraducciones realizadas en el proceso de validación lingüística de ambas revelaron diferentes niveles de dificultad. En la PGIS, se observaron niveles de dificultad bajos-moderados, mientras que en la SSS fueron moderados-altos.

Se realizaron cambios en los ítems de ambos cuestionarios para adaptarlos lingüística y culturalmente, sin pérdida del significado original. Estas modificaciones se centraron en aspectos morfosintácticos (B1) y léxico-semánticos (B2), principalmente. No obstante, la adaptación de la SSS requirió, además, ajustes para reflejar expresiones socioculturales diferentes (B3).

Finalmente, las entrevistas cognitivas demostraron que la mayoría de los ítems eran fácilmente comprensibles. Asimismo, las instrucciones y las escalas de respuesta utilizadas resultaron cognitivamente sencillas.

La vivencia del duelo perinatal, que incluye la pérdida de un bebé durante el embarazo o poco después del nacimiento, puede variar considerablemente entre diferentes culturas (Crockett *et al.*, 2021; Roberts *et al.*, 2012; Whitaker *et al.*, 2010). Para la adecuada evaluación y el seguimiento de esta experiencia es importante disponer de herramientas de valoración culturalmente sensibles. Así, es preciso realizar procesos de traducción, adaptación cultural y lingüística rigurosos que, como en este estudio, nos permitan obtener versiones equivalentes y capaces de recoger las peculiaridades culturales de cada contexto (Acquadro *et al.*, 2012; Sousa y Wilaiporn, 2011). Además de encontrar variabilidad en la vivencia del duelo según el contexto cultural, también la encontraremos en otros aspectos de las vivencias individuales vinculadas a la pérdida, como las diversas situaciones clínicas del embarazo y el parto o el contexto social de

apoyo. En este sentido, es importante que la variabilidad de las experiencias individuales de las madres y los padres se refleje en los instrumentos de medición (Hutti *et al.*, 2017). Esta diversidad de la propia experiencia en nuestro estudio se evidenció en las entrevistas cognitivas, en las que dos madres participantes indicaron no estar de acuerdo con el uso de los términos *discriminado* y *menospreciado* en tres de los ítems de la escala SSS, a pesar de que no presentaban problemas lingüísticos, morfosintácticos ni semánticos. Estas mujeres, basándose en su propia experiencia, consideraban imposible que alguien que hubiera vivido la pérdida de su bebé pudiera sentirse de esa manera (discriminado o menospreciado) por su contexto.

Hasta la actualidad, en España, en el campo de la evaluación del duelo perinatal solo se disponía de la versión adaptada de la escala PGS. La versión española de esta escala se realizó siguiendo un proceso estandarizado de adaptación transcultural, pero sobre el que no se han presentado resultados en cuanto a los procesos de traducción y retrotraducción (nivel de dificultad o tipo de cambios aplicados) (Paramio-Cuevas, 2016). Ninguna de las dos escalas adaptadas en este estudio, PGIS y SSS, cuentan con versiones publicadas en otros idiomas/contextos. Nuestro trabajo es el primer estudio que presenta versiones de ambos instrumentos en un idioma diferente al inglés y que examina en profundidad el desarrollo de los procesos de traducción y adaptación lingüística y cultural. Este hecho pone de manifiesto la escasa atención que recibe, en el contexto internacional, el duelo de madres y padres que han vivido una muerte perinatal (Fernández-Alcántara *et al.*, 2021; Whitaker *et al.*, 2010). El presente estudio contribuye a este campo al proporcionar a los profesionales de la salud españoles versiones de estas escalas (PGIS y SSS) adaptadas tanto lingüística como culturalmente. Esto les permitirá detectar aquellos casos de duelo que presenten una mayor complicación o que entrañen emociones complejas que dificulten u obstaculicen el proceso de duelo. Además, estas escalas serán útiles para evaluar la efectividad de las intervenciones y estrategias de apoyo emocional específicas dirigidas a padres y madres que hayan experimentado la pérdida de un bebé. De esta manera, se podrá evaluar de manera más precisa el impacto de dichas intervenciones y determinar su eficacia para el acompañamiento de esas personas durante su proceso de duelo.

Entre las limitaciones del estudio es importante destacar que solo se realizó una retrotraducción de cada una de las escalas adaptadas, en lugar de las dos que sugiere la mayoría de las recomendaciones, aunque no todos los autores parecen estar de acuerdo (Wild *et al.*, 2005; Acquadro *et al.*, 2012). No obstante, es también significativa la participación de la responsable de la versión original a lo largo de todo el proceso de validación lingüística, un aspecto poco común (Callegaro *et al.*, 2012) y que es un punto fuerte de nuestro análisis.

Por otro lado, es necesario mencionar que las entrevistas cognitivas se llevaron a cabo únicamente con madres. Hubiera sido deseable incluir la participación de padres que hubiesen experimentado una pérdida perinatal para así obtener una perspectiva de género en caso de que existieran diferencias relevantes. Por último, hubiese sido recomendable también conocer más en profundidad las características de la pérdida, por

ejemplo, la causa o la edad gestación en el momento de la pérdida, especialmente en los perfiles de la escala sss.

Hacen falta más investigaciones para conocer cómo funcionan ambas escalas desde un punto de vista psicométrico (análisis de su estructura factorial, su fiabilidad y su validez), lo que permitirá que su uso se extienda dentro del contexto español para evaluar el duelo perinatal. Asimismo, es esencial realizar estudios de adaptación lingüística y cultural si se van a emplear ambas escalas en contextos de habla hispana en otros países. Los resultados de la presente investigación muestran la necesidad de una validación lingüística pormenorizada y sistemática en función del contexto de aplicación de estos instrumentos.

En conclusión, las versiones españolas definitivas de la PGIS y de la sss, validadas lingüística y culturalmente, presentan una buena adecuación al contexto español. Ambos instrumentos se podrán utilizar en España: el primero, como un cuestionario que permita evaluar la intensidad del duelo perinatal y los aspectos relacionados con su afrontamiento, y el segundo, como un cuestionario que sirva para evaluar los aspectos estigmatizantes del mismo. Estas escalas permitirán a los profesionales de la salud detectar aquellos procesos de duelo en los que exista una mayor complicación o en los que aparezcan emociones complejas que lo dificulten u obstaculicen. Además, estas escalas también servirán para valorar la efectividad de las intervenciones y las estrategias de apoyo emocional específicamente dirigidas a padres y madres que hayan perdido un bebé.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acquadro, Catherine; Katrin Conway, Christelle Giroudet e Isabelle Mear (2012): *Linguistic validation manual for health outcome assessments*. Lion: MAPI Institute.

Beaton, Dorcas E; Claire Bombardier, Francis Guillemin y Marcos Bosi Ferraz (2000): «Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures», *Spine*, 25: 3186-3191.

Bonanno, Georges A. y Matteo Malgaroli (2020): «Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses», *Depression and Anxiety*, 37 (1): 17-25.

Callegaro, Juliane; Bruno Damasio Figueiredo y Denise Ruschel Bandeira (2012): «Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations», *Paideia*, 22: 423-432.

Capitulo, Kathleen Lesak; Marjorie Ramirez, Betina Grigoroff-Aponte y Doris C. Vahey (2010): «Psychometric testing of the new Spanish short version of the perinatal grief scale to measure perinatal grief in Spanish-speaking parents», *Hispanic Health Care International*, 8 (3): 125-135.

Congost-Maestre, Nereida (2012): «Aspectos socioculturales en la traducción de cuestionarios de salud estadounidenses», *Panace@*, 13 (35): 91-98. 2012. ISSN 1537-1964.

Congost-Maestre, Nereida (2016): «Aspectos lingüísticos en la traducción de cuestionarios de salud (británicos y estadounidenses)», *Jostrans - The Journal of Specialised Translation*, 116-135. ISSN 1740-357X.

Crockett, Jamie E; Jannifer L. Rogers y Erin E. Binkley (2021): «Cultural dimensions of early pregnancy loss: spiritual and religious issues», *Counseling and Values*, 66 (1): 21-39.

Doka, Kenneth J. (1999): «Disenfranchised grief», *Bereavement care*, 18 (3): 37-39.

Domingo-Peña, Carmen (2022): «El embarazo y sus implicaciones sobre el trauma relacional temprano de la madre», *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 70 (4).

Fernández-Alcántara, Manuel; Francisco Cruz-Quintana, María Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega (2012): «Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal», *Index de Enfermería*, 21 (1-2): 48-52.

Fernández-Alcántara, Manuel; Cyrille Kossigan Kokou-Kpou, Francisco Cruz-Quintana y María Nieves Pérez-Marfil (2021): «New perspectives in bereavement and loss: complicated and disenfranchised grief along the life cycle», *Frontiers in Psychology*, 12: 691464.

Fernández-Alcántara, Manuel y Emmanuelle Zech (2017): «One or multiple complicated grief(s)? The role of kinship on grief reactions», *Clinical Psychological Science*, 5 (5): 851-857.

Fernández-Sola, Cayetano; Marcos Camacho-Ávila, Jose Manuel Hernández-Padilla, Isabel María Fernández-Medina, Francisca Rosa Jiménez-López, Encarnación Hernández-Sánchez, María Belén Conesa-Ferrer y José Granero-Molina (2020): «Impact of perinatal death on the social and family context of the parents», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10): 3421.

Hutti, Marianne H.; Minerva DePacheco y Marian Smith (1998): «A study of miscarriage: Development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale», *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27 (5): 547-555.

Hutti, Marianne H.; John Myers, Lynne A. Hall, Barbara J. Polivka, Susan White, Janice Hill, Elizabeth Kloenne, Jaclyn Hayden y Meredith McGrew Grisanti (2017): «Predicting grief intensity after recent perinatal loss», *Journal of Psychosomatic Research*, 101: 128-134.

Hutti, Marianne H.; John Myers, Lynne A. Hall, Barbara J. Polivka, Susan White, Janice Hill, Meredith McGrew Grisanti, Jaclyn Hayden y Elizabeth Kloenne (2018): «Predicting need for follow-up due to severe anxiety and depression symptoms after perinatal loss», *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47 (2): 125-136.

Kersting, Anette y Birgit Wagner (2022): «Complicated grief after perinatal loss», *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14 (2):183-194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>

Paramio-Cuevas, Juan Carlos (2016): *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* (tesis doctoral). Cádiz: Universidad de Cádiz.

Pinilla, R. y R. Hermosillo (2021): «Perinatal grief characteristics», *European Psychiatry*, 64 (S1): S603-S603.

Pollock, Danielle; Adrian Esterman, Elissa Pearson, Megan Cooper, Tahereh Ziaian y Jane Warland (2019): «Measuring the silence: Development and initial psychometric testing

of the Stillbirth Stigma Scale», *Evidence-Based Midwifery*, 17 (3): 77-83.

Pollock, Danielle; Tahereh Ziaian, Elissa Pearson, Megan Cooper y Jane Warland (2020<sup>a</sup>): «Understanding stillbirth stigma: A scoping literature review», *Women and Birth*, 33 (3): 207-218.

Pollock, Danielle; Adrian Esterman, Elissa Pearson, Megan Cooper, Tahereh Ziaian y Jane Warland (2020<sup>b</sup>): «Exploring the psychometric validity and reliability of the Stillbirth Stigma Scale», *Evidence-Based Midwifery*, 18: 5-11.

Pollock, Danielle; Elissa Pearson, Megan Cooper, Tahereh Ziaian, C. Foord y Jane Warland (2021): «Breaking the silence: determining prevalence and understanding stillbirth stigma», *Midwifery*, 93: 102884.

Recalcati, Massimo (2018): *Las manos de la madre: deseo, fantasmas y herencia de lo materno*. Barcelona: Anagrama.

Roberts, Lisa; Susanne Montgomery, Jerry Lee y Barbara Anderson (2012): «Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India», *Journal of Community Health*, 37: 572-582.

Setubal, M. S.; R. Bolibio, R. C. Jesus, Gláucia Benute, María Augusta Gibelli, N. Bertolassi, T. Barbosa, A. Gomes, F. Figueiredo, R. Ferreira, R. Fransico y Lisandra Stein Bernardes (2021): «A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions», *Palliative & Supportive Care*, 19 (2): 246-256. doi: 10.1017/S1478951520000826

Sousa Valmi D. y Wilaiporn Rojjanasirirat (2011): «Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17 (2): 268-274.

Talarn, Antoni; Francesc Sáinz y Anna Rigat (2013): *Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder.

Testoni, Inés; Jenni Bregoli, Sara Pompele y Andrea Maccarini (2020): «Social support in perinatal grief and mothers' continuing bonds: a qualitative study with Italian mourners», *Affilia*, 35 (4): 485-502.

Toedter, Lori J.; Judith N. Lasker y Janice M. Alhadeff (1988): «The perinatal grief scale: Development and initial validation», *American Journal of Orthopsychiatry*, 58 (3): 435-449.

Whitaker, Claudia; Karen Kavanaugh y Carrie Klima (2010): «Perinatal grief in Latino parents», *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35 (6): 341-345.

Wild, Diane; Alyson Grove, Mona Martin, Sonya Eremenco, Sandra McElroy, Aneesa Verjee-Lorenz, Pennifer Erikson e ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (2005): «Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation», *Value in Health*, 8 (2): 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

Wright, Patricia Moyle y Joan Carpenter (2023): «A Review of the Psychometrics of Perinatal Grief Instruments», *Illness, Crisis & Loss*, 0 (0). doi:10541373231163260.

**ANEXO 1. Escala de estigma por muerte perinatal (sss)**

Por favor, para cada una de las afirmaciones que encontrarás a continuación, elige la respuesta que mejor describa cómo te sientes (o te vas a sentir):

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. La mayoría de la gente no va a decir el nombre de tu bebé	1	2	3	4	5
2. La mayoría de la gente no va a mirarte a los ojos cuando hables de la pérdida de tu bebé	1	2	3	4	5
3. La mayoría de la gente va a evitar hablar sobre la pérdida de tu bebé	1	2	3	4	5
4. La mayoría de la gente va a aceptar al bebé como uno más de la familia	1	2	3	4	5
5. La mayoría de la gente no va a mirar recuerdos de tu bebé cuando se los muestres	1	2	3	4	5
6. La mayoría de la gente cree que no eres madre o padre si tu bebé ha muerto	1	2	3	4	5
7. Me he sentido excluida/o por mis amigas/os a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
8. Me he sentido a veces menospreciada/o a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
9. Me he sentido excluida/o por mis parientes a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
10. La gente me ha insultado a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
11. Me he sentido maltratada/o emocionalmente a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
12. Nadie se ha interesado por hablar conmigo desde la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
13. Me he sentido excluida/o por profesionales de la salud a causa de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
14. Haber perdido a mi bebé me hace sentir que la vida es injusta	1	2	3	4	5
15. Me he culpado a mí misma/o después de la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5

Por favor, para cada una de las afirmaciones que encontrarás a continuación, elige la respuesta que mejor describa cómo te sientes (o te vas a sentir):

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
16. Me siento decepcionada/o conmigo misma desde la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
17. Me siento señalada/o	1	2	3	4	5
18. Siento la necesidad de ocultar la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
19. Me resulta difícil decirle a la gente que he perdido a mi bebé	1	2	3	4	5
20. Me preocupa que otra gente les cuente a desconocidos que he perdido a mi bebé	1	2	3	4	5

## ANEXO 2. Escala de intensidad del duelo perinatal (PGIS)

Esta escala ayuda al personal médico y de enfermería a identificar mejor a los padres que pueden sentir un duelo intenso después de una pérdida fetal temprana o tardía, o de la muerte del bebé.

INSTRUCCIONES: En una escala que va desde «completamente en desacuerdo» hasta «completamente de acuerdo». Rodea con un círculo la respuesta que mejor describa cómo te has sentido en relación a la muerte de tu bebé.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>I. Subescala de Realidad</b>				
1. El embarazo no me parecía real	4	3	2	1
2. No pensaba en el bebé como una persona	4	3	2	1
3. No pensaba que el bebé tuviera todavía una personalidad determinada	4	3	2	1
4. Sentí que había perdido a mi hijo/a, no solo mi embarazo	4	3	2	1
5. Tanto mi embarazo como mi bebé me parecían reales	4	3	2	1
6. Parecía más la pérdida de un embarazo que la pérdida de un bebé	4	3	2	1

SUBTOTAL =

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>II. Subescala de Confrontación a Otros</b>				
7. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si la gente decía cosas (p. ej., puedes tener otro bebé, mejor que te haya pasado antes que después, etc.) o hacía cosas (p. ej., fingir que no había sucedido nada, no hablar del tema, etc.) que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo.	4	3	2	1
8. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si sucedía algo que no me gustaba, generalmente era capaz de resolver el problema.	4	3	2	1
9. En las semanas posteriores a mi pérdida, si la gente decía cosas (p. ej., puedes tener otro bebé, mejor que te haya pasado antes que después, etc.) o hacía cosas (p. ej., fingir que no había sucedido nada, no hablar del tema, etc.) que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo.	4	3	2	1
10. En las semanas posteriores a mi pérdida, si sucedía algo que no me gustaba, generalmente era capaz de solucionar el problema.	4	3	2	1

SUBTOTAL =

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>III. Subescala de Congruencia</b>				
11. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido conforme con la manera en que se ha desarrollado mi duelo, ya que era algo por lo que tenía que pasar.	4	3	2	1
12. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con mi familia.	4	3	2	1
13. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con mis amigas/os.	4	3	2	1
14. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con el personal de enfermería.	4	3	2	1

SUBTOTAL =

# La inclusión de los servicios de interpretación en consultas de atención al duelo en España desde una perspectiva de género

*Provision of interpreting services in bereavement counselling in Spain: a gender perspective*

Elena Pérez Estevan\*

**RESUMEN:** El presente trabajo se centra en tres cuestiones de investigación: la provisión de servicios de interpretación en situaciones de duelo con personas alófonas, las expectativas de los profesionales que atienden el duelo acerca de la interpretación y la perspectiva de género aplicada al duelo gestacional y perinatal. Así pues, a través del presente estudio exploratorio se ahonda en los elementos clave para establecer la interpretación en situaciones de duelo como profesión en España dentro del área de la interpretación en los servicios públicos según los resultados aquí obtenidos.

**PALABRAS CLAVE:** duelo, expectativas, interpretación en servicios públicos, profesionales sanitarios, profesionalización.

**ABSTRACT:** *This study focuses on the provision of interpreting services for allophone people in situations of grief and bereavement, expectations regarding interpreting among professionals assisting with grief situations, and gender in gestational grief and perinatal bereavement. Through this exploratory study, we aim to analyse these key aspects and use our findings to establish interpreting in grief and bereavement situations as a profession within the public service interpreting sector in Spain.*

**KEYWORDS:** *bereavement, expectations, healthcare professionals, interpreting in public services, professionalisation.*

**Panace@ 2023; XXIV (58): 77-85**

**Recibido: 01.IX.2023. Aceptado: 14.IX.2023.**

## 1. Introducción

La interpretación en los servicios públicos (ISP), como su propio nombre indica, tiene lugar en distintos contextos, como los ámbitos sanitario, legal, judicial y educativo, fundamentalmente (Iliescu Gheorghiu, 2022). No obstante, no todos los sectores cuentan con una legislación apropiada que regule la provisión de servicios de interpretación en España. Por ejemplo, en

el ámbito sanitario en España contamos con el artículo 43 de la Constitución española de 1978 relativo al derecho a la protección de la salud y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre acerca de la autonomía del paciente, sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, pero en ninguno de estos documentos se hace referencia a la provisión de servicios de interpretación médico-sanitaria en los centros públicos. Por tanto, la ausencia de una legislación específica y el hecho de que se trate de una profesión relativamente emergente plantean distintas controversias, como la confusión entre interpretación y mediación, diferentes problemas sobre cómo ofrecer una atención de calidad a los pacientes alófonos que acuden a los centros médico-sanitarios y diversos retos para conseguir una mayor profesionalización de la interpretación en este ámbito (Iliescu Gheorghiu y Ortega Herráez, 2015; Foulquié Rubio *et al.*, 2018; Montalt i Resurrecció *et al.*, 2018), a pesar de que sí existen distintas opciones de formación en interpretación sanitaria en España (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez, 2021; Nevado Llopis y Foulquié Rubio, 2023).

Del Pozo Triviño (2020: 53) recientemente ha definido la interpretación médico-sanitaria como «aquella que se lleva a cabo con el fin de posibilitar la comunicación entre el personal sanitario y cualquier persona, generalmente paciente, que no hable o no entienda el idioma». En este sentido, resulta importante destacar la referencia a «cualquier persona», puesto que incluye también la comunicación entre el profesional y la familia o, incluso, entre profesionales.

En la literatura científica encontramos estudios sobre el impacto y el efecto negativo de las barreras comunicativas en la atención a la población alófona migrante en el ámbito médico-sanitario (Abril Martí y Martín, 2011; Brisset *et al.*, 2013; Granhagen *et al.*, 2019) y la necesidad de interpretación profesional en dicho ámbito para conseguir una mejor atención médico-sanitaria que lleve a una mejor comprensión entre los interlocutores, a una mayor adherencia al tratamiento y a la facilitación de la toma de decisiones fundada (Flores *et al.*, 2012; Butow, 2015; Nevado Llopis, 2015).

En el presente artículo nos referiremos a la interpretación de forma profesional ejercida por personas formadas en esta área en contraposición a la interpretación *ad hoc* llevada a cabo por familiares, conocidos, voluntarios o, incluso, personal de los centros con conocimientos lingüísticos básicos pero sin forma-

\* Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [elena.perezestevan@ua.es](mailto:elena.perezestevan@ua.es).

ción en interpretación, que puede dar lugar a errores, malentendidos, inadecuación de los cuidados y un empeoramiento de la calidad comunicativa (Barroso Pérez, 2003; Abril Martí, 2006; Aguilar Solano, 2012; Crezee, 2013; Valero Garcés, 2014; Bauer, 2017; Martínez-Gómez Gómez, 2021).

El ámbito médico-sanitario cuenta con infinidad de especialidades y, por las dificultades para elaborar trabajos de campo de la interpretación en este contexto altamente sensible —sobre todo por la dificultad para conseguir materiales reales y la estricta confidencialidad (Bodzer y Lázaro Gutiérrez, 2017: 332)—, resulta complicado encontrar trabajos prácticos aplicados a las distintas áreas. El presente estudio se centra en una parte casi inexplorada hasta la actualidad, como son las situaciones de duelo tras la pérdida de un ser querido, consideradas altamente sensibles por la carga emocional que entrañan. Se trata, por tanto, de un estudio que analiza la situación de la interpretación en consultas de atención al duelo en España desde la perspectiva de los proveedores de dichos servicios.

El estudio se articula a través de la inclusión de la perspectiva de género, puesto que la mayoría de personas que buscan ayuda en el duelo son mujeres, especialmente si se trata de duelo gestacional y perinatal. Por consiguiente, esta investigación ayuda, por un lado, a una mayor concienciación de la necesidad de una mejor atención en situaciones de duelo en personas alófonas migrantes que residen en España y, por otro, contribuye a la profesionalización de la interpretación en una subárea de la ISP.

## 2. La organización de las consultas de atención al duelo en España

Una situación de duelo puede desencadenarse por distintos motivos, como la adopción, la migración, las pérdidas de trabajo o de etapas vitales, entre otros (Brea Franco, 2018). En el presente estudio nos centramos en el duelo tras la pérdida de un ser querido donde también se incluye el duelo por pérdida gestacional o perinatal. De ahí que sigamos la corriente de Worden (2010: 26), que concibe el duelo como experiencia, proceso y pérdida ante el fallecimiento de un ser querido y de las pérdidas que conlleva. También concuerda con la visión de Payás Puigarnau (2010: 207) sobre el trabajo que hay que realizar acerca de «los aspectos diferentes que conlleva la adaptación a la ruptura de un vínculo afectivo».

Dependiendo del lugar donde se produzca el fallecimiento y las circunstancias, la atención al duelo puede llevarse a cabo en el ámbito hospitalario o domiciliario, en el ámbito privado a través de consultas privadas con profesionales o a través de asociaciones y organizaciones que ofrecen terapias de duelo individuales y grupales.

En el ámbito hospitalario o domiciliario, cuando un paciente ha sido diagnosticado de una enfermedad irreversible y está en la fase final de su vida es cuando empieza la relación de ayuda a la persona y su entorno. Por ello, la atención al duelo puede

empezar antes de que ocurra el fallecimiento y suele tener un seguimiento por parte de los profesionales encargados a través de una visita al domicilio posterior a la pérdida o, normalmente, a través de una carta desde el servicio de cuidados paliativos si el paciente ha pasado por esta unidad. Por el contrario, si las circunstancias de la muerte no ocurren en un centro médico-sanitario, la atención al duelo suele empezar más tarde, cuando el doliente —persona que ha perdido a un ser querido y está viviendo un proceso de duelo— busca recursos normalmente en asociaciones, fundaciones o consultas privadas. A estos recursos también suelen llegar dolientes cuyo familiar ha fallecido en el ámbito hospitalario o domiciliario pero la ayuda recibida no ha sido suficiente.

En España contamos con asociaciones a nivel nacional, regional, comarcal y poblacional, así como entidades y fundaciones que ofrecen atención individual o en grupos de ayuda. Existen dos tipos de grupos: los grupos de ayuda o apoyo terapéutico (GAMT) y los grupos de ayuda mutua entre iguales (GAM) (Payás Puigarnau, 2007). Los primeros están facilitados por un/una terapeuta profesional experto/a en duelo y, en los segundos, la persona que dirige el grupo no es un experto/a con formación, pero sí una persona que ha sufrido una pérdida y ha acudido a una terapia de duelo previamente. Es decir, se trata de un grupo entre iguales donde el/la facilitador/a ayuda al resto del grupo a través de su experiencia vivida. La Organización Mundial de la Salud (2016) recomienda acudir a terapia de duelo para ayudar en la adaptación a la nueva realidad.

### 2.1. La comunicación en situaciones de duelo

Existen estudios sobre la necesidad de una comunicación efectiva como elemento clave en el proceso de atención al duelo (Silva *et al.*, 2016: 570) y dicha comunicación pasa por saber escuchar, respetar los silencios, comportarse con empatía, acompañar, mostrar compasión (Gray, 2013) y facilitar la exposición emocional y la comprensión mutua (Theys *et al.*, 2020). También se ha investigado sobre la importancia de poder emplear la lengua materna en la atención al duelo y en la expresión de emociones, puesto que el lenguaje influye en la visión del mundo de cada persona, en cómo nos relacionamos y en cómo nos expresamos (Costa, 2020).

De acuerdo con Costa y Dewaele (2019: 232), debe darse mayor importancia a la formación en terapias multilingües, puesto que se ha demostrado que las monolingües son beneficiosas, pero todavía no se ha otorgado una gran relevancia a las multilingües en la actualidad a pesar de los acontecimientos recientes que hemos vivido, como la pandemia de COVID-19.

Pese a los beneficios de la atención al duelo, ya sea de forma individual o grupal, también se han tratado las consecuencias de las barreras comunicativas cuando la lengua y la cultura de las personas en duelo difiere de las de los/las terapeutas, como incomodidad, menor expresión de las emociones e, incluso, un posible empeoramiento del estado anímico (Boyles y Talbot, 2017; Brown y Weisman, 2017), así como una falta de empatía,

que puede desencadenar un trauma añadido a la situación vi-vida (Chen y Chen, 2020).

### 3. La provisión de servicios de interpretación en situaciones de duelo en España

Contamos con algunos estudios llevados a cabo en otros países sobre los beneficios de la atención y terapia en duelo con refugiados mediada por intérprete (Bernades *et al.*, 2010; Ticca, 2018). Costa (2020) pone de manifiesto que los profesionales de la interpretación pueden sentirse desbordados emocionalmente y, por ello, es necesario que terapeuta e intérprete trabajen conjuntamente. En esta línea, esta autora ha diseñado una guía de buenas prácticas para trabajar en equipo que contiene recomendaciones sobre acordar el sistema que se va a seguir en la terapia, la necesidad de establecer normas de comunicación — como la modalidad de interpretación a emplear o la forma de interrumpir si es necesario—, protocolos sobre el inicio y fin de las intervenciones, el control del tiempo y del lenguaje no verbal, así como la posición de cada interlocutor (Costa, 2020: 53-57). De ahí que estos autores consideren a los profesionales de la interpretación como garantía para llevar a cabo terapias y atención en duelo multilingües.

En España no contamos con investigaciones que sistematizan la interpretación en situaciones de atención al duelo, y de ahí surge la motivación del presente estudio para contextualizar y ofrecer un panorama de la situación actual y para mejorar la provisión de intérpretes en los servicios de atención en duelo, como se describe en los siguientes apartados.

#### 3.1. Descripción del estudio

Basándonos en los trabajos analizados y en la escasez de estudios aplicados a la provisión de intérpretes en situaciones de duelo en España, llevamos a cabo un estudio centrado en este aspecto desde la perspectiva de los profesionales que se enfrentan a menudo a situaciones en las que tienen que atender a la población alófona y se encuentran con dificultades. Esta investigación se complementa con una segunda parte específica sobre la atención al duelo gestacional y perinatal para explorar la inclusión de la perspectiva de género, dado que la mayoría de personas que buscan ayuda para este duelo específico son mujeres.

Este estudio forma parte de un estudio mayor realizado para la tesis doctoral de la autora, y algunas partes han sido divulgadas en otras publicaciones centradas en la necesidad de interpretación en las situaciones de final de vida (Pérez Estevan, 2023<sup>a</sup>) y en la experiencia con intérpretes de los pacientes alófonos residentes en España (Pérez Estevan, 2023<sup>b</sup>).

En este sentido, aquí presentamos un estudio novedoso que aborda las cuestiones de investigación siguientes: en primer lugar, conocer la perspectiva sobre la interpretación de los pro-

fesionales tanto del ámbito hospitalario como privado y asociativo que atienden a personas en duelo y sus experiencias con dolientes alófonos; en segundo lugar, examinar la visión de los profesionales de atención al duelo gestacional y perinatal y, en tercer lugar, analizar la perspectiva de género desde la óptica de si existe una mayor necesidad de estos servicios en mujeres y si se prefiere una intérprete mujer en estos casos.

Por este motivo, el objetivo principal de la presente investigación tiene fundamentalmente tres propósitos: analizar la situación actual de la ayuda y atención al duelo en dolientes alófonos en España desde la visión de los profesionales, visibilizar los servicios de atención y ayuda en duelo y realzar el papel de la interpretación como servicio que puede contribuir a una mejora de la comunicación en los servicios de atención al duelo.

En definitiva, en este estudio nos proponemos responder qué papel tiene la interpretación en los servicios de atención al duelo en España en la actualidad y en el futuro.

#### 3.1.1. Materiales y métodos

Con los objetivos planteados anteriormente, se ha empleado una metodología cuantitativa a través de encuestas a los grupos de informantes implicados —a profesionales de atención al duelo en general, es decir, no a un tipo en concreto, y profesionales de ayuda en situaciones de duelo gestacional y perinatal—. Este método se ha combinado con una parte cualitativa en la que se ha entrevistado a informantes, también profesionales de atención al duelo, para completar las respuestas obtenidas en las encuestas. Las entrevistas tuvieron lugar entre febrero y marzo de 2021 y fueron llevadas a cabo de forma telemática tras una selección de los/las participantes a raíz de una búsqueda de contactos que trabajasen específicamente en situaciones de atención al duelo. El anonimato de todos los participantes se ha mantenido a través de la codificación de datos y anotación de las entrevistas tras su transcripción. En este artículo se incluyen los datos relativos a sus experiencias con pacientes y familiares alófonos, a si han utilizado servicios de interpretación, a sus impresiones y a sus expectativas. De ahí que las preguntas que se analizan en esta parte de la encuesta distribuida a través de un formulario en enero de 2021 y las entrevistas en febrero y marzo del mismo año sean las siguientes:

1. ¿Ha trabajado con personas de otras culturas y/o lenguas que hayan tenido problemas de comunicación?
2. Si la respuesta anterior es afirmativa, indique cómo se han podido solventar estos problemas.
3. ¿Recurriría en el futuro a un/una traductor/a e intérprete profesional en caso de desconocer el idioma de la persona a atender?
4. Si ha trabajado con traductores/as o intérpretes, ¿podría contar su experiencia?
5. Tanto si ha trabajado con traductores/as e intérpretes como si no, ¿qué expectativas tiene de un/a traductor/a e intérprete profesional que trabajase en su ámbito de acompañamiento al duelo?

6. ¿Considera que el/la traductor/a e intérprete puede contribuir a una mejor atención al duelo con personas de otras culturas y/o lenguas?

Conviene matizar que se ha incluido la denominación de traductor/a e intérprete, puesto que, aunque la traducción se ejerza de forma escrita y la interpretación de forma oral, muchos profesionales sanitarios desconocen dicha diferenciación y utilizan traductor/a cuando quieren referirse a intérprete.

En lo que a la inclusión de la perspectiva de género se refiere, las preguntas anteriores, así como las dos siguientes que se han añadido, se distribuyeron en forma de formulario en junio de 2023 a profesionales de atención y acompañamiento al duelo gestacional y perinatal a través de un grupo colaborativo de recursos nacionales dedicados a este tipo de duelo. Las dos preguntas añadidas fueron:

1. Desde su experiencia, ¿la mayoría de personas que ha atendido en duelo han sido mujeres?
2. ¿Cree que para este ámbito de trabajo es preferible una traductora e intérprete mujer?

La descripción del presente estudio se completa con el siguiente apartado dedicado a la descripción de los/las informantes.

### 3.1.2. Informantes

En este epígrafe se detalla el perfil de las personas participantes, divididas en tres grupos de informantes según el lugar en el que desempeñan su trabajo —centro médico-sanitario/hospitalario o ámbito privado, bien sean asociaciones, fundaciones o bien consultas privadas—, el tipo de duelo que atienden —en general, cualquier pérdida de un ser querido o si específicamente se dedican al duelo gestacional y perinatal— y su forma de participación —encuesta o entrevista—.

El primer grupo de informantes lo conforman los y las 205 profesionales que atienden situaciones de duelo en general por pérdida de un familiar en el ámbito hospitalario y domiciliario y que ha respondido a la primera encuesta. De todos ellos, un 33,5 % son profesionales de la enfermería; un 30 %, de la psicología; un 25 %, de la medicina y el 11,5 % restante lo conforman profesionales de terapia ocupacional, trabajo social y musicoterapia. Dado que no solamente se tratan situaciones de duelo en consultas de cuidados paliativos sino también en todas las especialidades donde se atiende a pacientes con un diagnóstico irreversible o a familiares de estos pacientes, en este estudio también tienen cabida especialidades como cirugía, salud mental, medicina interna, medicina preventiva, cardiología, medicina digestiva, anestesiología y urgencias, cuyo porcentaje de participación es de un 38,8 %; el 61,2 % restante lo conforman los profesionales de cuidados paliativos hospitalarios, domiciliarios, pediátricos y oncología. Otro dato que se ha recopilado de estos informantes es el tiempo que llevan ejerciendo en final de vida y duelo, y se ha obtenido que un 26,8 % lleva entre 10 y

15 años; un 25,8 %, entre 15 y 20 años; un 24 %, entre 5 y 10 años; un 19 %, entre 1 y 5 años y un 4,4 %, más de 20 años.

El segundo grupo de informantes lo conforman profesionales de atención al duelo gestacional y perinatal, y contamos con 25 respuestas a la encuesta planteada. De este grupo de participantes, un 24 % (6 informantes) son profesionales de ginecología en el ámbito hospitalario y un 76 % (19 informantes) trabajan en el ámbito asociativo en organizaciones dedicadas a la atención al duelo gestacional y perinatal.

Para completar la información de las encuestas, se han llevado a cabo 71 entrevistas a profesionales de atención al duelo, de los cuales un 49,3 % (35 informantes) trabajan en unidades de cuidados paliativos hospitalarios o domiciliarios; un 11,2 % (8 informantes), en asociaciones o fundaciones; un 8,5 % (6 informantes), en consulta privada y un 31 % (22 informantes), tanto en el ámbito hospitalario o domiciliario como asociativo o fundacional.

## 4. Análisis y discusión de los resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos, que se han agrupado en dos epígrafes: uno dedicado a cómo se ha llevado a cabo la comunicación en situaciones de duelo con personas alófonas residentes en España y otro dedicado a explorar la perspectiva de género de acuerdo con los propósitos de la presente investigación.

### 4.1. Acompañamiento y comunicación en situaciones de duelo con personas alófonas

Partimos de la premisa de que la mayoría de los informantes sí han trabajado con personas de otras culturas o lenguas y se han encontrado con problemas de comunicación. Del primer grupo de informantes ( $n = 205$ ), un 77,1 % (158 participantes) sí lo han hecho, en contraposición al 22,9 % (47 informantes), que no han trabajado con pacientes alófonos. Del segundo grupo de informantes ( $n = 25$ ), a excepción de una persona del ámbito asociativo, el resto sí se ha encontrado con problemas de comunicación durante las sesiones de atención y seguimiento del duelo gestacional y perinatal. De los 71 entrevistados, el 100 % ha trabajado con personas de otras culturas o lenguas, aunque del porcentaje del 11,2 % de profesionales que trabajan en asociaciones o fundaciones se han encontrado con escasos casos que hayan llegado a sus respectivas organizaciones e indican que el motivo podría ser el desconocimiento de la existencia de dichos servicios o que la mayoría de la información que hay disponible está redactada en español, un hecho que dificulta e incluso puede impedir su comprensión por parte de personas alófonas.

En respuesta a la segunda pregunta acerca de cómo se han solventado los problemas de comunicación, recordemos que

un 77,1% (n = 158) había indicado que sí había tenido dificultades en distintas ocasiones; un 13,6% (28 informantes) indica que con intérprete, con mediador cultural, con traductor o con intérpretes voluntarios; un 13,2% (27 informantes), con familiares de los pacientes, es decir, con intérpretes *ad hoc*; un 4,4% (9 informantes), a través de otros profesionales del hospital con algunos conocimientos de la lengua del paciente y un 4,4% (9 informantes), en inglés, por tener conocimientos básicos de dicha lengua. Treintaidós informantes (15,6%) han indicado que no han conseguido solventarlos en su totalidad y han tenido que recurrir a técnicas como la comunicación no verbal, la mímica y el dibujo. Finalmente, 53 informantes (25,9%) no han podido solventar los problemas acontecidos y la comunicación ha sido deficiente, sin poder hablar ni de las emociones ni de sufrimiento ni de dolor. Además, de este último porcentaje, un 12,2% (25 informantes) menciona el uso de un traductor automático que no ha resultado exitoso para la parte emocional.

En cuanto a si se han solventado los problemas en el grupo de atención al duelo gestacional y perinatal, del 96% (24 informantes de 25 porque una persona no ha experimentado problemas comunicativos) solamente una informante (que representa el 4% de la muestra) indica que se han solventado con mediadores o traductores para las distintas consultas que ha tenido con personas alófonas. Un 64% (16 informantes) indica que se han solventado con personas conocidas o familiares de las mujeres que han acudido con ellas y, en un caso, se matiza que ha sido la hija adolescente de la paciente la que ha ayudado con la comunicación. Además, un 8% (2 informantes) ha tenido que pedirles a las dolientes que acudiesen con algún acompañante que tuviese conocimientos de español y, finalmente, un 20% (5 informantes) se ha encontrado con grandes dificultades para solventar los problemas comunicativos y han optado por adaptar el lenguaje y utilizar términos más sencillos, repeticiones y lenguaje no verbal para, al menos, demostrar compasión y empatía.

Para completar esta información de las encuestas, en las entrevistas se han aportado detalles como que el 49,3% (n = 35) de

los profesionales sanitarios que trabajan en ámbito hospitalario y el 31% (n = 22) que combina este ámbito con el asociativo coinciden en que en los centros médico-sanitarios es más fácil que los pacientes acudan acompañados por algún familiar que en la atención al duelo ofrecida en asociaciones, puesto que son servicios externos y contextos altamente sensibles. A excepción de una informante, todos los que han trabajado con intérpretes *ad hoc* no han tenido experiencias positivas e, incluso, algunos han tenido que recurrir a compañeros que conocían el idioma del paciente y su familia, aunque no fuesen de su misma especialidad.

Estos datos están relacionados con las preguntas 3 y 4 sobre si recurrirían a un/una traductor/a e intérprete profesional si desconociesen el idioma de la persona que deben atender y, en caso de haber tenido experiencias con traductores/as o intérpretes, si han dispuesto de estos servicios. Esta pregunta se incluyó porque, en la anterior, que trataba sobre cómo han solventado los problemas comunicativos, desconocíamos si sus respuestas iban a ir encaminadas en el empleo de intérpretes o todo lo contrario.

Claramente, las respuestas obtenidas a si recurrirían a intérpretes profesionales en caso de desconocer el idioma del paciente y su familia se decantan por la postura afirmativa, como se observa en el siguiente gráfico:

Del primer grupo, un 92,7% (n = 190) ha respondido que sí, así como un 92% (n = 23) del segundo grupo —expertos en duelo gestacional y perinatal— y un 92,5% (n = 70) de los entrevistados. De las respuestas negativas en las encuestas no se ha podido obtener el motivo, pero sí de la persona entrevistada, que indicó que «no contaría con intérpretes por el momento porque no sabe dónde encontrarlos ni cómo trabajar con ellos, por lo que quizá podría entorpecer más que ayudar al acompañamiento».

Respecto a si han tenido experiencias con intérpretes profesionales (pregunta 4), del primer grupo solo 28 informantes de 205 (13,6%) han indicado que sí y en sus comentarios han indicado que eran intérpretes, mediadores culturales y traductores voluntarios de asociaciones cuyas experiencias en su mayoría han sido satisfactorias por la ayuda prestada, aunque en algunos momentos no sabían cómo gestionar la consulta con un/una intérprete. De los 28 informantes, 15 han indicado que desconocían la procedencia de los/las intérpretes porque habían acudido con los pacientes directamente. El resto no ha hecho referencia a si conocían o desconocían quién proveía el/la intérprete.

Del segundo grupo de informantes, solamente encontramos un caso que ha indicado que ha trabajado con una intérprete profesional, y su experiencia ha sido positiva porque «he podido acompañar y atender el duelo como si se tratase de una persona que habla el mismo idioma que yo». Sin embargo, no contamos con datos sobre quién contrató a la intérprete. De las 23 personas que indicaron que sí recurrirían a un/a intérprete en el futuro, 20 indican que no sabrían adónde recurrir y expresan su deseo de saber cómo contactar con intérpretes profesionales para ofrecer un mejor servicio de atención al duelo.

De las personas entrevistadas, solamente dos informantes han indicado que creían que el intérprete que acudió con el

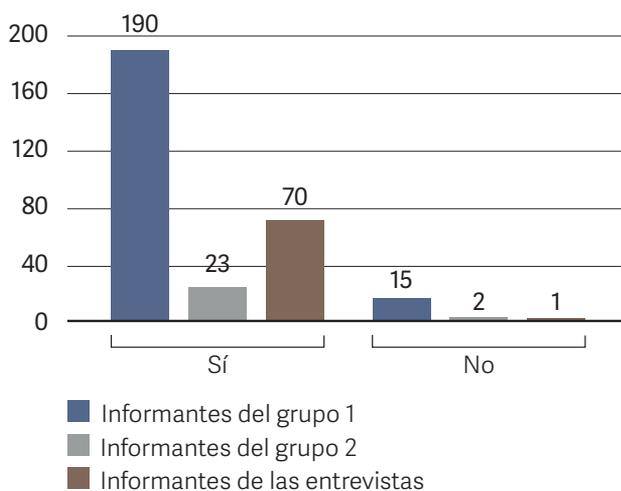


FIGURA 1. Respuestas de los informantes a si recurrirían a intérpretes profesionales en el futuro

paciente era profesional «por la forma de trabajar y porque no hubo problemas durante la consulta» y, en palabras del otro informante, «aportó tranquilidad y permitió establecer el vínculo terapéutico y de acompañamiento que buscaban», aunque no estaban completamente seguros puesto que «lo había provisto el propio paciente». De todos los informantes, solamente uno de ellos —trabajador social en una unidad de cuidados paliativos hospitalarios— indica que fue el hospital quien buscó al intérprete que acudió y que contribuyó a «crear un vínculo con la familia a través del lenguaje no verbal y verbal, intentar no hacer daño y ofrecer el mejor acompañamiento».

Las respuestas a la sexta pregunta nos ofrecen un abanico de expectativas de los servicios de interpretación profesionales en el ámbito de acompañamiento y atención al duelo desde la perspectiva de los informantes. En la mayoría, se repiten como características esenciales la empatía, la humanidad, la confidencialidad y el manejo de la parte emocional. En la siguiente tabla se muestran las expectativas agrupadas y por número de informantes —la suma total de respuestas a las expectativas es superior a la suma del número de informantes puesto que se trata de una pregunta abierta y pueden enumerar tantas expectativas como considere cada participante—:

Tabla 1. Respuestas de los informantes sobre las expectativas de los servicios de interpretación

Expectativas	Informantes del grupo 1 (n = 205)	Informantes del grupo 2 (n = 25)	Informantes de las entrevistas (n = 71)
Confidencialidad	203	22	70
No imponer su criterio ni opinión	101	3	15
Humanidad	178	19	62
Acogedor/a	25	8	10
Empatía	198	24	69
Transmisión correcta del mensaje	22	3	12
Puntualidad	18	5	24
Conocimientos de comunicación	14	4	16
Respeto por las emociones	90	5	55
Manejo emocional	174	22	65

Por último, la séptima pregunta que se incluyó en este estudio es si consideran que los servicios de traducción e interpretación profesionales pueden contribuir a una mejor atención al duelo con personas de otras culturas y/o lenguas que residen en España. Del primer grupo, 198 de 205 (96,6 %) han respondido que sí, así como un 9 % (24 de 25) del segundo grupo —exper-

tos en duelo gestacional y perinatal— y un 92,5 % (n = 70) de los entrevistados. De todos los participantes (n = 301), 8 informantes (2,6 %) no consideran que pueda ayudar mucho porque «necesitaría una gran formación en atención al duelo», aunque «menos es nada». Las explicaciones a las respuestas positivas indican que «mejoraría la comprensión» entre los interlocutores «en momentos tan duros», contribuiría a una «mejor gestión y más profesional del acompañamiento, sobre todo tras la pérdida de un/a hijo/a», «permitiría trasladar todos los matices y establecer diálogos fluidos», así como crear una «mayor vinculación».

#### 4.2. Perspectiva de género aplicada al duelo gestacional y perinatal

Como se ha indicado en la descripción del estudio, la perspectiva de género se incluye en esta investigación en la parte del estudio centrada en el duelo gestacional y perinatal por tratarse de un tipo de duelo en el que la literatura científica ha ido más encaminada al estudio de las madres, mientras que los estudios sobre el impacto psicológico en los padres son más escasos (Rodríguez Blanco *et al.*, 2019; Mota González, 2022: 101).

De acuerdo con uno de los objetivos de este estudio —analizar la situación actual de los servicios de duelo gestacional y perinatal desde una perspectiva de género—, dos han sido las preguntas que se han incluido en la encuesta dirigida a los profesionales que trabajan en este tipo de duelo en concreto.

A la pregunta sobre si la mayoría de personas que han atendido este tipo de duelo han sido mujeres, 23 informantes (92 %) han respondido que sí, un 4 % (1 informante) ha respondido que no han sido únicamente mujeres porque también hay algunas que han acudido con sus parejas hombres y un 4 % (1 informante) ha indicado que no, sin dar mayor explicación. Por tanto, aunque la muestra es reducida, se observa que la mayoría sí han sido mujeres.

La segunda pregunta de esta parte versaba sobre si sería preferible una traductora o intérprete mujer para desempeñar sus tareas en este ámbito, y se han obtenido respuestas diversas, las cuales se presentan en la figura 2.

De las 9 respuestas (un 36 % de la muestra) que han indicado que les era indistinto que sea una mujer o un hombre intérprete, 3 prefieren a una persona que muestre empatía y cercanía y otras 3 hacen hincapié en que debe contar con formación y competencia humana. Solamente un informante hace referencia a que, dependiendo de la cultura y creencias de la persona alóftona, puede ser preferible una intérprete mujer, y el 60 % (15 informantes) sí considera más adecuado disponer de una intérprete mujer para la atención de este tipo de duelo en concreto porque «puede llegar a ser más sensible y empática con las mujeres en duelo gestacional y perinatal» y porque «las mujeres pueden sentirse más acompañadas y entendidas». Además, de este último porcentaje, un informante resalta que «aunque es preferible una mujer, lo realmente importante es que pudiésemos contar con un/a traductor/a siempre que lo necesitemos». El resto de informantes no han indicado el motivo de su respuesta.

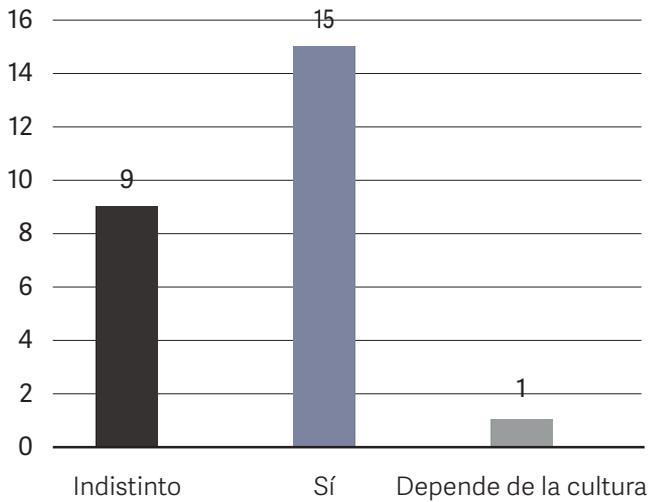


FIGURA 2. Respuestas de los informantes sobre las preferencias

## 5. Conclusiones y limitaciones

Si bien la muestra del segundo grupo de informantes es reducida ( $n = 25$ ), los datos recogidos de todos los participantes en su totalidad ( $n = 302$ ) sí conforman una muestra mayor de la que poder extraer conclusiones y mostrar un panorama de la situación actual de los profesionales que atienden situaciones de duelo en personas alófonas, así como los problemas a los que se enfrentan para cumplir con el primer propósito de esta investigación. Además, a partir de las respuestas obtenidas es posible esbozar los elementos fundamentales para lograr una mejor inclusión de los servicios de interpretación en las consultas de atención al duelo en España de acuerdo con los objetivos propuestos.

En primer lugar, queda claro que los profesionales se encuentran con barreras comunicativas que impiden una atención y acompañamiento eficientes en un contexto altamente sensible como es el duelo. Además, en el ámbito hospitalario y domiciliario son más frecuentes dichas barreras comunicativas que en el ámbito privado, asociativo o fundacional, puesto que son servicios externos a los que no siempre llegan los dolientes por desconocimiento de su existencia o porque la información solamente se encuentra en español. En la mayoría de los casos, los recursos para solventar los problemas de comunicación no han sido suficientes dado que se ha dispuesto de intérpretes *ad hoc*, traductores automáticos o se ha tenido que recurrir a técnicas como la comunicación no verbal o los dibujos, las cuales han impedido ahondar en la parte emocional —considerada la más importante en el duelo para afrontar la nueva realidad tras la pérdida del ser querido—. No obstante, en los reducidos casos donde sí se ha dispuesto de intérpretes profesionales, ningún informante ha indicado nada negativo; es más, todo lo

contrario. Se han referido al uso de servicios de interpretación profesionales en términos de mayor facilidad para el acompañamiento, correcta transmisión de la información y comodidad y posibilidad de establecer un vínculo terapéutico entre profesional y doliente.

Resulta conmovedor que solamente un informante del total de la muestra ( $n = 301$ ) haya sido provisto de intérprete profesional por parte del hospital donde trabaja y que el resto desconozca la procedencia del/de la intérprete porque acudía directamente con los pacientes y familiares.

Teniendo en cuenta que se trata de un contexto altamente sensible caracterizado por dolientes que, además de con su pérdida, se encuentran con barreras comunicativas, resulta inconcebible que tenga que recaer en sus propios recursos la búsqueda y la gestión de unos servicios de interpretación profesionales que pueden necesitar de inmediato. De aquí se explica que acudan en muchas ocasiones con intérpretes *ad hoc*. Pero no solamente son los pacientes los que desconocen dónde recurrir a intérpretes profesionales, sino también los propios profesionales que así lo manifiestan en sus respuestas. A su vez, también una gran mayoría manifiesta que sí recurriría a intérpretes profesionales en caso de desconocer el idioma del doliente. Es decir, existe una inclinación favorable hacia contar con dichos servicios, de los cuales esperan que el/la intérprete posea cualidades como la empatía y la humanidad, que garantice la confidencialidad y que cuente con estrategias para el manejo de las emociones.

Respecto a la inclusión de la perspectiva de género aplicada al duelo gestacional y perinatal, los resultados ofrecen una primera aproximación, pues los datos revelan que sí se atiende a más mujeres que hombres, pero no existe una tendencia altamente significativa que se decante por una intérprete mujer, sino que prevalece el deseo de disponer de intérprete siempre que se necesite antes de justificar que sea mujer u hombre, y ello a pesar de que un 60% considera que una mujer podría entender mejor el proceso por el que está pasando otra mujer doliente por pérdida gestacional o perinatal. Sobre todo, es en esta parte donde más limitaciones se observan por el tamaño de la muestra y en la que más necesarios son los estudios para obtener resultados más sólidos.

Por tanto, se constata una necesidad de aunar esfuerzos encaminados a una mejor y mayor provisión de servicios de interpretación en las consultas de atención al duelo en España para facilitar el entendimiento mutuo, la atención y la ayuda a dolientes alófonos. Para ello, se necesita establecer una conexión entre los profesionales y los intérpretes para que dispongan de dichos servicios siempre que sea necesario, puesto que se han observado sus beneficios en los informantes que sí han experimentado la atención al duelo mediada por intérprete profesional en este estudio exploratorio. Además, la provisión de servicios de interpretación profesional en sectores privados, asociativos o fundacionales requiere de una mayor atención en la práctica para que los dolientes lleguen a estos servicios y puedan ser efectivos, pero también en la investigación, a través de más estudios que den visibilidad a los beneficios de acudir a sesiones individuales o grupales de atención al duelo. No po-

demos olvidar que las instituciones encargadas también juegan un papel fundamental en la mejora de la profesionalización de la interpretación en este contexto a través de una legislación específica y de facilitar los recursos necesarios. Se trata, por tanto, de un camino que necesita allanarse con, por ejemplo, una formación específica para los intérpretes sobre cómo actuar en contextos de duelo y otra formación para los profesionales sobre cómo trabajar en equipo con intérpretes. Esto resultaría especialmente útil para aumentar la provisión de servicios de interpretación especializados en atención al duelo en una sociedad española cada vez más multilingüística y multicultural.

#### AGRADECIMIENTOS

La autora agradece enormemente la colaboración tan generosa y desinteresada de todas las personas participantes en los distintos estudios sobre los que se ha basado este trabajo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abril Martí, María Isabel (2006): *La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular* (tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.

Abril Martí, María Isabel y Anne Martin (2011): «La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes», en Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (eds.): *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*.

Aguilar Solano, María (2015): «Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: a study on interpreters' personal narratives», *Translation & Interpreting*, 17 (3): 132-148. <<https://www.trans-int.org/index.php/transint/article/view/422>> [consulta: 25.IV.2023].

Álvaro Aranda, Cristina y Raquel Lázaro Gutiérrez (2021): «La formación en interpretación sanitaria y su camino hacia la profesionalización: un análisis de itinerarios formativos propuestos desde distintas entidades de España», *Panace@*, 22 (53): 69-77.

Barroso Pérez, María Ena (2003): «Problemas de comunicación en la atención a inmigrantes en los servicios sanitarios. El caso del Hospital Ramón y Cajal de Madrid», en Carmen Valero Garcés (ed.): *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.

Bauer, Elaine (2017): «Mediated manipulations and the agency of the interpreter/translator», en Rachele Antonini, Letizia Cirillo, Linda Rossato e Ira Torresi (eds.): *Non-professional Interpreting and Translation: State of the art and future of an emerging field of research*. Ámsterdam/Filadelfia: Benjamins Translation Library, pp. 359-380.

Bernardes, Dora; John Wright, Celia Edwards, Helen Tomkins, Darias Dlfoz y Andrew Livingstone (2010): «Asylum seekers' perspectives on their mental health and views on

health and social services: contributions for service provision using a mixed-methods approach», *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 6: 3-19. <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.5042/ijmh-sc.2011.0150/full/html>> [consulta: 7.VI.2023].

Bodzer, Anca y Raquel Lázaro Gutiérrez (2017): «Making the impossible possible, or how to research in specific settings in public service interpreting», en Silvia Hansen Schirra, Oliver Czulo y Sascha Hofmann (eds.): *Empirical modelling of translation and interpreting*. Berlin: Language Science Press, pp. 331-351.

Boletín Oficial del Estado 311 (1978): «Constitución española. Artículo 43», *Agencia Estatal*. <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)> [consulta: 6.V.2023].

Boletín Oficial del Estado 274 (2002): «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica», *Agencia Estatal*. <<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>> [consulta: 6.V.2023].

Boyles, Jude y Nathalie Talbot (2017): *Working with interpreters in psychological therapy*. Londres: Routledge.

Brea Franco, Rosa Mariana (2018): *Comprensión del duelo en el siglo XXI: nuevas perspectivas*. Barcelona: Ediciones Rubeo S.L.

Brisset, Camille; Yvan Leanza y Karine Laforest (2013): «Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies», *Patient Education and Counseling*, 91 (2): 131-140. <[doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008)> [consulta: 18.IV.2023].

Brown, Caitin y Amy Weisman de Mamani (2017): «A comparison of psychiatric symptom severity in individuals assessed in their mother tongue versus an acquired language: A two-sample study of individuals with schizophrenia and a normative population», *Professional Psychology: Research and Practice*, 48 (1): 1-10. <<https://psycnet.apa.org/doiLandi?doi=10.1037%2Fpro0000125>> [consulta: 18.IV.2023].

Butow, Phyllis (2015): «Communicating with culturally and linguistically diverse patients in cancer care», en Rick Iedema, Donella Piper y Marie Manidis (eds.): *Communicating quality and safety health care*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 245-256.

Chen, Hangyi y Eric Chen (2020): «Working with interpreters in therapy groups for forced migrants: challenges and opportunities», *International Journal of Group Psychotherapy*, 70 (2): 244-269. <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207284.2019.1685885>> [consulta: 16.VI.2023].

Costa, Beverley y Jean Marc Dewaele (2019): «The talking cure—building the core skills and the confidence of counsellors and psychotherapists to work effectively with multilingual patients through training and supervision», *Counselling and Psychotherapy Research*, 19 (3): 231-240. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/capr.12187>> [consulta: 12.IV.2023].

Costa, Beverley (2020): *Other tongues: psychological therapies in a multilingual world*. Monmouth: PCCS Books.

Crezee, Ineke (2013): *Introduction to healthcare for interpret-*

- ers and translators. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Del Pozo Triviño, Maribel (2020): *La interpretación de enlace: de la teoría a la práctica*. Granada: Comares.
- Flores, Gleen; Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur y Hua Lin (2012): «Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional vs. ad-hoc vs. no interpreters», *Annals of Emergency Medicine*, 60 (5): 545-553. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22424655/>> [consulta: 20.VII.2023].
- Foulquié-Rubio, Ana-Isabel; Magdalena Fernández Pérez y Mireia Vargas-Urpi (eds.) (2018): *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares.
- Granhagen Jugner, Johanna; Elisabet Tiselius, Klas Blomgren, Kim Lütznén y Pernilla Pergert (2019): «Language barriers and the use of professional interpreters: a national multisite cross-sectional survey in pediatric oncology care», *Acta Oncologica*, 58 (7): 1015-1020. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30958083/>> [consulta: 20.VII.2023].
- Gray, Anne (2013): *An introduction to the therapeutic frame*. Hove: Routledge.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina (2022): «Interpretación para los servicios públicos», *ENTI - Enciclopedia de Traducción e Interpretación*. <[https://www.aieti.eu/enti/community\\_interpreting\\_SPA/](https://www.aieti.eu/enti/community_interpreting_SPA/)> [consulta: 21.VIII.2023].
- Iliescu Gheorghiu, Catalina y Juan Miguel Ortega Herráez (2015): «El intérprete oye voces... perspectivas académicas y profesionales radiografiadas y anotadas», en Catalina Iliescu Gheorghiu y Juan Miguel Ortega Herráez (eds.): *Special Issue: Insights in Interpreting, Status and Developments 2*. MONTI. Alicante: Universidad de Alicante, Universitat Jaume I, Universitat de València, pp. 9-37.
- Martínez-Gómez Gómez, Aída (2021): «Feelings about language brokering», *Interpreting*, 23 (1): 127-150. <<https://benjamins.com/catalog/intp.0005.mar>> [consulta: 20.VII.2023].
- Montalt i Resurrecció, Vicent; Karen Zethsen y Wioleta Karwacka (eds.) (2018): *Current Challenges and Emerging Trends in Medical Translation*. MONTI 10. Alicante: Universidad de Alicante, Universitat Jaume I, Universitat de València.
- Mota González, Cecilia (2022): «La pérdida perinatal, un duelo incomprendido», en Cecilia Mota González, María Eugenia Gómez López, Jorge Carreño Meléndez y Claudia Sánchez Bravo (eds.): *Aspectos psicológicos de los problemas reproductivos*. México: UTP Editorial, pp. 93-106.
- Nevado Llopis, Almudena (2015): «La influencia de los profesionales sanitarios en el reconocimiento y el desarrollo de la interpretación médica», *MONTI Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, pp. 185-216. [consulta: 30.VI.2023].
- Nevado Llopis, Almudena y Ana Isabel Foulquié Rubio (2023): «Healthcare interpreting training: present and future at Spanish Universities», en Raquel Lázaro Gutiérrez y Cristina Álvaro Aranda (eds.): *New trends in healthcare interpreting studies*. Singapore: Springer, pp. 129-156.
- Payás Puigarnau, Alba (2007): «Intervención grupal en duelo», en Carlos Camps Herrero y Pedro Sánchez Hernández (eds.): *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), pp. 169-182.
- Payás Puigarnau, Alba (2010): *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Estevan, Elena (2023<sup>a</sup>): «Interpreter-mediated end-of-life encounters in Spain: mapping the Spanish situation based on healthcare providers' input», en Raquel Lázaro Gutiérrez y Cristina Álvaro Aranda (eds.): *New trends in healthcare interpreting studies*. Singapore: Springer, pp. 157-172.
- Pérez Estevan, Elena (2023<sup>b</sup>): «La voz de los pacientes alófonos: un estudio exploratorio de sus experiencias con intérpretes sanitarios en España», *FITISPos International Journal*, 10 (1): 112-129. <<https://fitisposij.web.uah.es/OJS/index.php/fitispos/article/view/349>> [consulta: 25.VIII.2023].
- Rodríguez Blanque, Raquel; Carmen María Alba Fernández, Soledad Gutiérrez Linares, Ángel Cobos Vargas y Juan Carlos Sánchez García (2019): «Duelo perinatal», *Parainfo Digital*, 13 (29). <<http://ciberindex.com/c/pd/e108>> [consulta: 30.VI.2023].
- Silva, Milagros; Margaux Genoff, Alexandra Zaballa, Sarah Jewell, Stacy Stabler, Francesca Gany y Lisa Diamond (2016): «Interpreting at the End of Life: A Systematic Review of the Impact of Interpreters on the Delivery of Palliative Care Services to Cancer Patients with Limited English Proficiency», *Journal of Pain and Symptom Management*, 51 (3): 569-580. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549596/>> [consulta: 30.VI.2023].
- Theys, Laura; Demi Krystallidou, Heidi Salaets, Cornelia Wermuth y Peter Pype (2020): «Emotion at work in interpreter-mediated consultations: a systematic literature review», *Patient Education and Counseling*, 103, pp. 33-43. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431309/>> [consulta: 7.VII.2023].
- Ticca, Anna Claudia (2018): «The interpreter's activity between complexity and simplification in psychotherapy sessions», en Laurie Anderson, Laura Gavioli y Federico Zanettin (eds.): *TAIL: Translation and Interpreting for Language Learners: A volume of teaching/learning activities*. Bolonia: Studi AltLA.
- Valero Garcés, Carmen (2014): *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne (Reino Unido): Cambridge Scholars Publishing.
- Worden, William (2010): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

# Las dimensiones culturales, la hipérbole y el autobombo en páginas web de clínicas de fertilidad en Londres y Madrid

*Cultural dimensions, hyperbole, and self-hype on websites of fertility clinics in London and Madrid*

Rosa M. Pacheco-Baldó\*

**RESUMEN:** Este artículo analiza cuarenta páginas web de clínicas de fertilidad en Londres y Madrid. El objetivo del estudio es relacionar el discurso hiperbólico y exagerado utilizado en estas páginas para publicitar el establecimiento con las dimensiones culturales típicamente asignadas a los grupos culturales británico y español. El estudio evidencia que el discurso que se utiliza en las páginas web de las clínicas de fertilidad refleja los valores culturales típicamente atribuidos a la cultura en la que se ha creado ese discurso. No obstante, el análisis también pone de manifiesto que el contexto puede influir en la elección de estos valores, hasta el punto de que el discurso utilizado puede evocar rasgos culturales que no son los usualmente asignados a ese grupo.

**PALABRAS CLAVE:** clínicas fertilidad, discurso publicitario, evitación de la incertidumbre, individualismo, masculinidad-feminidad, neutral-emocional.

**ABSTRACT:** *This article analyses forty websites belonging to fertility clinics based in London and Madrid. The aim of the study is to identify the hyperbolic, exaggerated discourse used to advertise these clinics online, with reference to cultural dimensions typically assigned to the British and Spanish cultural groups. The study demonstrates that the discourse used on fertility clinic websites reflects the cultural traits that are typically attributed to the culture in which the discourse was created. However, analysis also shows that context can influence the choice of these values, to the extent that the discourse may evoke traits that are not typically attributed to the group that produced it.*

**KEYWORDS:** *advertising discourse, fertility clinics, individualism, masculinity-femininity, neutral-emotional, uncertainty avoidance.*

Panace@ 2023; XXIV (58): 86-95

Recibido: 15.V.2023. Aceptado: 26.VII.2023.

## 1. Introducción

### 1.1. El lenguaje publicitario en las webs de clínicas de fertilidad

El estudio de las diferencias culturales en el ámbito de la infertilidad ha recibido una relativa atención durante las dos últimas décadas. Así, por ejemplo, Covington y Burns (2006) analizan cómo abordar el tratamiento de la infertilidad desde un punto de vista intercultural, centrándose en la comunicación con los pacientes. De una manera similar, Kormi-Nouri *et al.* (2017) estudian el diferente efecto que la infertilidad causa en las mujeres iraníes y las suecas, estudiándolo desde un punto de vista intercultural. En los casos citados, el análisis suele centrarse en la dimensión de masculinidad-feminidad, es decir, en los roles que se suelen atribuir a las mujeres y a los hombres y el efecto que tiene sobre las personas el hecho de someterse a un tratamiento de fertilidad. Por su parte, Davis (2015) se ocupa de las técnicas de comunicación intercultural a la hora de asesorar sobre los tratamientos de fertilidad, aunque centrándose concretamente en la dimensión de individualismo-colectivismo. En cualquier caso, no se han encontrado trabajos que aludan a la dimensión cultural de evitación de la incertidumbre, que sí es analizada aquí, por lo que este trabajo contribuye de manera positiva a la literatura del lenguaje publicitario y de la comunicación intercultural.

En cuanto al discurso publicitario utilizado por las clínicas de fertilidad, Takhar y Pemberton (2018: 314) hablan de la «retórica de lo posible» para referirse al lenguaje retórico que algunas clínicas de este tipo utilizan en Reino Unido y explican cómo los testimonios de los pacientes se utilizan para persuadir a la audiencia sobre la efectividad de los tratamientos. Miner (2021) hace un estudio de clínicas de fertilidad en la República Checa y en España, analizando cómo cada país intenta atraer a pacientes extranjeros, en concreto canadienses, presentándose

\* Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [rosa.pacheco@ua.es](mailto:rosa.pacheco@ua.es).

a sí mismos como destinos populares para recibir tratamientos de fertilidad o donación de óvulos. En este estudio, se alude al denominado *capital cultural de la salud* (Shim, 2010), es decir, a las habilidades culturales, las actitudes y los comportamientos que tanto los pacientes como las clínicas activan para establecer una buena relación médico-paciente. En relación a esto, como Simoes y Tuna (2017) afirman, en el discurso publicitario que se da en el ámbito de la salud frecuentemente se hace uso del lenguaje pseudocientífico como estrategia publicitaria con el fin de dar credibilidad al producto. Este tipo de discurso cita tratamientos, productos y técnicas que el receptor no alcanza a comprender en la mayoría de los casos. Sin embargo, esta estrategia es realmente potente y refuerza el mensaje, ya que dota de una cierta autoridad, en este caso médica, al producto que se está ofertando aun cuando el receptor del mensaje no conozca los términos que se citan.

Como se puede ver en los ejemplos citados, el discurso de las webs de fertilidad se suele analizar desde el punto de vista puramente funcional de la publicidad; sin embargo, existe una carencia en cuanto a estudios que relacionen las dimensiones culturales con el discurso publicitario, por lo que este trabajo se enfoca desde un punto de vista analítico diferente.

## 1.2. Diferencias culturales entre el Reino Unido y España

En el presente análisis, se han utilizado algunas de las dimensiones culturales descritas por Hofstede (1991, 1998, 2001; Hofstede *et al.*, 2010), así como por Hampden-Turner y Trompenaars (1998, 2000), todos ellos autores de referencia en estudios y análisis de comunicación intercultural. Debemos tener en cuenta que estas diferencias deben siempre considerarse a nivel nacional, no individual. Es decir, este estudio parte de la base de que cada individuo es único y diferente aunque haya pasado por un proceso de enculturación en un grupo cultural determinado y se encuentre bajo la influencia de los rasgos culturales que históricamente han forjado a ese grupo (Kirkman *et al.*, 2006).

En primer lugar, en cuanto a las dimensiones descritas por Hofstede, este estudio se ha centrado en las que se muestran en la tabla 1, donde se especifican las diferencias culturales a nivel nacional encontradas entre el Reino Unido y España.

TABLA 1. Dimensiones culturales según Hofstede incluidas en este estudio (elaboración propia)

	Individualismo-colectivismo	Masculinidad-feminidad	Evitación de la incertidumbre
Reino Unido	89	66	35
España	51	42	86

La dimensión que refleja una mayor diferencia es la que se refiere a la evitación de la incertidumbre, ya que España tiene un índice elevado, con 86 puntos en la escala de Hofstede, mientras que el Reino Unido se encuentra en la parte baja de la tabla, con 35 puntos. Esta dimensión se refiere al grado de ansiedad y preocupación que los participantes de una cultura tienen respecto a situaciones nuevas, inciertas y futuras. Las culturas con un índice elevado, como la española, tenderán a evitar esta incertidumbre mediante la creación de artefactos culturales, como, por ejemplo, normas y reglas, para cada contexto que pueda suponer un escenario incierto. Por el contrario, en las culturas con un índice bajo en esta dimensión, como la británica, los retos del futuro no generan tanta ansiedad y son afrontados con naturalidad, pudiendo incluso llegar a ser considerados como desafíos estimulantes.

En cuanto a la dimensión de individualismo-colectivismo, también se aprecian importantes diferencias. El Reino Unido está situado en la parte alta de la tabla, con 89 puntos, mientras que España ocupa un lugar intermedio, con 51 puntos, siendo una cultura de las denominadas *tribal-colectivistas*. Esta dimensión mide el grado de cohesión que existe entre un individuo y el resto de los individuos del grupo cultural. Estos nexos pueden ser laxos, como en las culturas individualistas, o fuertes y conectivos, como en las culturas colectivistas. Para un participante de una cultura individualista como la británica, la importancia del individuo y su familia nuclear supera a la que se le da al grupo, por lo que la independencia y la libertad individual cobran gran importancia. España, sin embargo, a medio camino en la escala, es una cultura tribal-colectivista, ya que los participantes tienden a mostrar rasgos individualistas, en cuanto a la valoración de la independencia, pero también muestran una preferencia hacia los vínculos que se establecen con pequeños grupos, como la familia extensa, los que se forman en el ámbito laboral, los de las relaciones de amistad, etc. La denominación tribal fue acuñada por Leaptrot (1996) para diferenciar a estos grupos de los colectivistas, en los que la importancia del grupo es claramente superior a la del individuo.

Por último, este análisis también ha tenido en cuenta la dimensión de masculinidad-feminidad, que se refiere a la preferencia y el afán por conseguir logros y a la tendencia de los participantes de una cultura hacia la competitividad en las culturas masculinas, en oposición a una actitud de cooperación, colaboración y preocupación por el prójimo, atribuibles a grupos culturales femeninos. Como se muestra en la tabla 1, la cultura británica tiende hacia la masculinidad, puesto que tiene 66 puntos en la escala de Hofstede, mientras que la española tiende hacia la feminidad, con 42 puntos. Además, esta dimensión también se refiere a la diferenciación de los roles entre hombres y mujeres que existe en una sociedad, pudiendo haber muy pocas diferencias, como en las culturas femeninas, o grandes diferencias, como en el caso de las culturas masculinas, que establecen diferenciaciones claras entre lo que los hombres deben y pueden hacer y, por otro lado, lo que pueden y deben hacer las mujeres.

En segundo lugar, este estudio también ha tenido en cuenta tres de las siete dimensiones culturales desarrolladas por

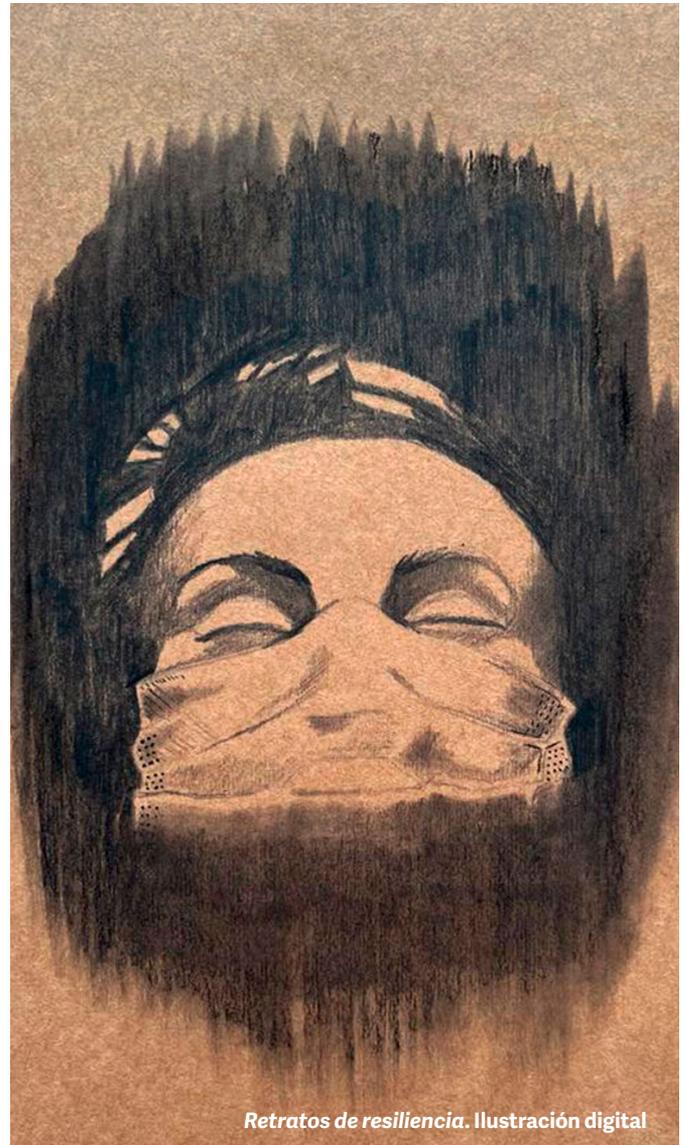
Hampden-Turner y Trompenaars (1998, 2000). En el caso de estos antropólogos, no existe una escala en la que cada país puntúe de determinada manera, como ocurre con Hofstede, sino que los autores simplemente enumeran ciertos países en sus explicaciones e incluso a veces dejan abierto el grado de adhesión de cada grupo cultural a las dimensiones descritas. Por ello, siempre conviene estudiar las dimensiones de estos autores en combinación con las de Hofstede. De hecho, aunque con diferentes denominaciones, los rasgos atribuidos a los diferentes países tanto por Hofstede como por Hampden-Turner y Trompenaars suelen coincidir; es decir, suele haber concordancia en los atributos culturales que reciben los diferentes países por parte de estos autores, aunque las denominaciones que utilice cada uno sean diferentes. La tabla 2 especifica el valor dominante que Hampden-Turner y Trompenaars (1998, 2000) dan a los dos grupos analizados aquí en las tres dimensiones que se han identificado en este estudio.

Tabla 2. Dimensiones culturales según Hampden-Turner y Trompenaars incluidas en este estudio (elaboración propia)

	Individualismo-Comunitarismo	Neutral-Emocional	Dirección interna-externa
Reino Unido	Individualismo	Neutral	Dirección interna
España	Individualismo-Comunitarismo	Emocional	Dirección externa

En cuanto a la dimensión individualismo-comunitarismo, pueden verse claros paralelismos con la dimensión de individualismo-colectivismo descrita por Hofstede. Según Hampden-Turner y Trompenaars, para las culturas individualistas como la británica, la independencia del individuo a la hora de actuar, de tomar decisiones o de expresar sus opiniones es un ideal a perseguir. Los participantes de estas culturas también tienden a sentir que cada uno debe cuidar de sí mismo y de su familia nuclear. Por el contrario, en el caso de las culturas comunitaristas, los individuos sienten que los intereses del grupo están por encima de los del individuo. Así, el grupo, a cambio de esta lealtad, proporciona seguridad y protección al individuo. Estos autores sitúan a España a medio camino del continuo, al igual que hace Hofstede.

La segunda dimensión de Hampden-Turner y Trompenaars (1998, 2000), que ha salido a la luz en este análisis, es la de neutral-emocional. La dicotomía que presenta esta dimensión podría relacionarse con la dualidad razón versus emoción. Así, los participantes de una cultura neutral, como la británica, tienden a controlar sus emociones, procurando no hacer ostentación visible de sus sentimientos y apelando a la razón, al pragmatismo y a la objetividad. Por el contrario, para una cultura emo-



cional, como la española, no está mal visto poner al descubierto las emociones a la hora de expresar las opiniones. Además, las emociones pueden incluirse en el proceso de conseguir un objetivo, incluso en el ámbito laboral. No obstante, en caso de conflicto, se debe cuidar de que estas mismas emociones no se magnifiquen y empeoren la situación, especialmente en grupos comunitaristas, donde la confianza es un elemento cohesionador entre los participantes del grupo.

Por último, este análisis también incluye referencias a la dimensión dirección interna versus dirección externa. Esta dimensión tiene relación con la dimensión de evitación de la incertidumbre. En las culturas con dirección interna, como la británica, los individuos piensan que pueden controlar el entorno y las circunstancias externas, por lo que la incertidumbre no representa un problema, ya que siempre podrán adaptarse a los nuevos retos. Por el contrario, en las culturas con dirección externa, como la española, los individuos creen que la naturaleza y el entorno pueden suponer un problema, puesto que son relativamente incontrolables. Ante esto, se hace necesario trabajar con la naturaleza y el entorno, y una estrategia que se puede adoptar para controlar y dirigir esa impredecibilidad es la creación de marcos legales que acoten la incertidumbre. Es en

este rasgo donde se encuentra el paralelismo con la dimensión descrita por Hofstede (1991, 1998, 2001), ya que en aquella también se señala la necesidad de creación de artefactos culturales, es decir, normas, estructuras o reglas que ayuden a minimizar la incertidumbre que genera el devenir de los acontecimientos futuros.

## 2. Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo de este estudio es relacionar las características culturales atribuidas a nivel nacional en los dos grupos analizados con el discurso publicitario que las clínicas de reproducción asistida utilizan en sus páginas web. La hipótesis inicial de la que se parte es que existe una relación entre los rasgos culturales que se atribuyen a estos grupos y el discurso que utilizan sus participantes. En el contexto que nos ocupa, con el fin de atraer a futuros clientes, las webs lanzan afirmaciones que intentan activar las preferencias de estos usuarios basándose en sus rasgos culturales. A raíz de esto, una segunda hipótesis que este estudio plantea es que el lenguaje publicitario que las clínicas utilizan, independientemente de su nacionalidad, puede contener afirmaciones que podrían calificarse de exageradas e hiperbólicas debido a un afán por sobresalir de entre sus competidores.

## 3. Metodología y corpus

Este análisis se realizó sobre una muestra de cuarenta páginas web de clínicas de fertilidad con base en Londres y Madrid. Se eligieron estas dos ciudades por ser representativas de estos grupos culturales al ser las respectivas capitales de estos países. Las páginas fueron buscadas con el motor de Google, con las entradas “clínica de reproducción asistida en Madrid” y “*assisted reproduction clinic in London*”. Simplemente, se seleccionaron las clínicas en el orden en el que aparecieron en el buscador, ya que las características particulares de estas no importaban, puesto que este estudio se centra en los valores culturales a nivel nacional y no en características económicas o sociales, ya sea de los centros o de las personas que hacen uso de ellos.

En cuanto al censo existente de este tipo de clínicas en cada país, existen evidentes coincidencias tanto en número de clínicas como en su tipo de gestión. Así, la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida tiene censadas un total de cuarenta y ocho clínicas de fertilidad en Madrid (Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, 2022), de las que diez son públicas y el resto, privadas. En el caso de Londres, según los datos aportados por The Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) (Autoridad de Fertilidad Humana y Embriología) (2021), en su informe de 2020/2021, existen treinta y cuatro clínicas censadas en Londres, doce de las cuales son públicas.

Respecto al grupo destinatario al que van dirigidos los reclamos publicitarios de estas webs, se podría decir sin duda alguna que son los usuarios interesados en los servicios que estas clínicas ofrecen, independientemente de su edad, estatus económico, orientación sexual o el tipo de núcleo familiar que desean formar. Como hemos mencionado, este análisis se centra en los valores culturales a nivel nacional, no individual, por lo que no influyen las condiciones particulares de los individuos que acuden a ellas.

En cuanto a la metodología, constó de un análisis cuantitativo y cualitativo. En primer lugar, para el análisis cuantitativo se elaboraron dos tablas, una para cada grupo de webs. Cada tabla contaba con cinco columnas: la primera para el nombre de la clínica, la segunda para anotar afirmaciones compatibles con el rasgo cultural de masculinidad, la tercera para el rasgo de feminidad, la cuarta para afirmaciones atribuibles al rasgo de individualismo y la última para el de evitación de la incertidumbre. A continuación, se eligieron los centros según aparecieron en el buscador de Google bajo las fórmulas “clínica de reproducción asistida en Madrid” y “*assisted reproduction clinic in London*”. Seguidamente, se analizó la página principal de cada centro, así como aquellas pestañas que enlazaban a «Nuestro equipo», «Nuestras clínicas», «Nosotros», etc., y sus secciones equivalentes en las páginas británicas. Cada vez que se encontraba una afirmación compatible con uno de los rasgos citados, se anotaba en su correspondiente casilla. A continuación, el análisis de las páginas fue repetido una segunda vez, para comprobar que los resultados obtenidos en la segunda ronda eran los mismos que en la primera. Este método de análisis se llama *intracoder reliability* (Lamprianou, 2020; Van den Hoonaard, 2008) y se lleva a cabo en estudios donde hay un solo investigador, con el fin de dar consistencia y fiabilidad a los resultados. Finalmente, se hizo un recuento de las afirmaciones recabadas. Así, por ejemplo, en dieciséis de las veinte clínicas españolas se encontraron afirmaciones que remitían a rasgos culturales de feminidad, mientras que este tipo de rasgos solo se encontró en doce de las clínicas británicas. Finalmente, estas cifras fueron convertidas a porcentajes para una mejor visualización de los resultados. En el ejemplo citado, se obtuvo que en el 80 % de las clínicas españolas se encontraron rasgos culturales de feminidad, mientras que en las clínicas británicas este rasgo solo apareció en el 60 % de los centros. Estas frecuencias relativas son las que se muestran en la tabla 3. Finalmente, se procedió a un análisis cualitativo, en el que se explican los porcentajes obtenidos en relación a las características culturales de cada grupo.

## 4. Análisis y discusión

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo. En algunas de las casillas se incluyen datos entre paréntesis, que son explicados convenientemente en el análisis cualitativo que sigue.

Por tanto, en este apartado procederemos a analizar estos datos, describiéndolos cualitativamente en relación con las dimensiones culturales propuestas.

Tabla 3. Frecuencias relativas obtenidas de cada grupo en las dimensiones analizadas en este estudio (elaboración propia)

	masculinidad	feminidad	individualismo	incertidumbre
Londres	20/20 = 100 % (índice de éxitos 20/20 = 100 %)	12/20 = 60 %	17/20 = 85 %	6/20 = 30 % (dev. del dinero 4/20 = 20 %)
Madrid	20/20 = 100 % (índice de éxitos 13/20 = 65 %)	16/20 = 80 %	13/20 = 65 %	16/20 = 80 % (dev. del dinero 9/20 = 45 %)

#### 4.1. Rasgos culturales de masculinidad/feminidad en el discurso de las webs analizadas

El primer dato que llama nuestra atención es el hecho de que la totalidad de las webs analizadas en ambos grupos presentan rasgos de masculinidad en su discurso. Esta circunstancia es la esperada en el caso de las webs británicas, ya que, como vimos, el Reino Unido es un país con una cultura tendente a la masculinidad, puesto que tiene un índice de 66 puntos en la escala de Hofstede (Hofstede, 1991, 1998, 2001; Hofstede *et al.*, 2010). Sin embargo, la cultura española suele ser clasificada como una cultura con rasgos femeninos, otorgándole Hofstede un índice de 42 puntos, por lo que se hace necesario analizar las razones que explican estas cifras en las webs españolas.

No cabe duda de que uno de los objetivos de la publicidad es sobresalir de entre las opciones disponibles en el mercado, es decir, llamar la atención de la audiencia para que esta elija el producto ofertado. Sin embargo, no existen unas normas rígidas en el ámbito de la publicidad que especifiquen y delimiten los métodos y herramientas que se pueden utilizar para atraer a esta audiencia. En cualquier caso, si es que estos mecanismos existen, no siempre ni en todos los aspectos se aplican de manera rigurosa y auditable. De no ser así, no se explicaría el despliegue de afirmaciones ostentosas y exageradas que abundan en las páginas web de muchos negocios. En general, el uso de la hipérbole en publicidad es habitual (Barbu-Kleitsch, 2015), ya que genera atención y atrae a los posibles clientes magnificando la calidad del producto. Además, el uso de esta figura en publicidad es común en muchas culturas, aun en casos donde se llega al absurdo (Gelbrich *et al.*, 2012). En el caso que nos ocupa, este análisis ha demostrado el excesivo uso de la hipérbole y el autobombo que estas clínicas hacen en sus páginas web para

promocionar sus servicios, pues todas ellas se presentan como las mejores en el campo, ya sea por su equipo médico, por las instalaciones, por las técnicas que aplican o por la excelencia de sus resultados. Estas afirmaciones, en su mayoría arbitrarias y posiblemente sesgadas, son una manifestación del afán competitivo que inunda el discurso publicitario tanto en la cultura española como en la británica. Algunas afirmaciones que ejemplifican este hecho en el grupo de webs británicas serían las siguientes (traducciones de la autora):

1. *The UK's leading fertility clinic group for IVF Treatment.* 'La clínica de fertilidad líder en Reino Unido para el tratamiento de FIV'. En: <https://www.carefertility.com/>
2. *Our state-of-the-art facilities include on-site laboratories and theatres led by a team of consultants and nursing staff with over 30 years' experience.* 'Nuestras modernas instalaciones incluyen laboratorios y quirófanos liderados por un equipo de medicina y enfermería con una experiencia de más de 30 años'. En: <https://www.londonwomensclinic.com/>
3. *The UK's leading Mild & Natural IVF specialists.* 'Especialistas y líderes en el Reino Unido en FIV Suave y Natural'. En: <https://www.createfertility.co.uk/>

En el grupo de clínicas españolas, encontramos afirmaciones como las siguientes:

4. «Las tecnologías y técnicas más avanzadas». En: <https://lovefertilityclinic.com/>
5. «Los mejores profesionales en medicina reproductiva». En: <https://evafertilityclinics.com/>
6. «Referente como clínica de fertilidad especializada». En: <https://www.ivf-spain.com>

Como se puede observar, muchas de las clínicas aseguran ser las mejores en su campo, lo que objetivamente resulta imposible, pues, por definición, la condición de ser el número uno en algo raramente se suele compartir. Queda patente que se trata de una mera forma de expresarse. Sin embargo, si tomamos como ciertas estas afirmaciones, entonces nuestra confianza en el centro podría verse mermada, ya que estaríamos aceptando que la afirmación no es un juicio de hecho, sino de valor, es decir, una mera opinión que el centro emite y que quiere que tomemos por verdadera. En otras palabras: el receptor admite desde el primer momento que el mensaje puede no ajustarse a la realidad y que se trata de un lenguaje hiperbólico y exagerado que simplemente se emite como reclamo para atraer a clientes.

En su afán por erigirse los primeros en el mercado, algunos centros proclaman ser especialistas en alguna técnica o servicio concretos para poder de ese modo estrechar el rango de competidores. Así, por ejemplo, encontramos en las webs británicas ejemplos como los siguientes:

7. *Bourn Hall was the first IVF clinic in the world.* 'Bourn Hall fue la primera clínica FIV del mundo'. En: <https://www.bournhall.co.uk/>

8. *We have been responsible for the highest proportion of graduates from the scientist training program (STP), outside of the NHS.* ‘Somos responsables de la mayor proporción de graduados en el Programa de Formación de Científicos, fuera de Sistema Nacional de Salud.’ En: <https://www.carefertility.com/>
9. *We're proud to be one of the UK's first fertility clinics to offer endometriosis analysis.* ‘Nos enorgullece ser una de las primeras clínicas de fertilidad que ofrecen análisis para el diagnóstico de la endometriosis.’ En: <https://hsfc.org.uk/>
10. *The laboratory at Aria was one of the first in the UK to use artificial intelligence-assisted embryology selection to ensure the absolute best embryos are selected to achieve a pregnancy.* ‘El laboratorio de Aria fue uno de los primeros en el Reino Unido en utilizar un programa de inteligencia asistida para la selección de embriones con el fin de asegurar que solo los mejores embriones son los elegidos para conseguir el embarazo.’ En: <https://aria-fertility.co.uk/>
11. *We are the first fertility clinic in the UK to offer Buy Now, Pay Later Payment Plans.* ‘Somos la primera clínica de fertilidad en el Reino Unido en ofrecer un Plan de Pagos: Compra Ahora y Paga Después.’ En: <https://www.ivfmatters.co.uk/>

En las webs españolas, también encontramos afirmaciones de este tipo, como las siguientes:

12. «Pocas clínicas en España trabajan con las innovadoras tecnologías IR WITNESS y EMBRYOSCOPE+». En: <https://www.iefertilidad.com/>
13. «Líderes en Ovodonación. Fuimos pioneros en implantar este tratamiento». En: <https://www.eugin.es/>

En algunos casos, también se recurre a afirmaciones que o bien son irrelevantes para el criterio médico o bien no aportan información precisa y concreta de a qué se refieren, como en:

14. «Especialistas en Reproducción asistida de Alta Complejidad». En: <https://ivi.es/>
15. «En la Unidad nos dedicamos a resolver casos de alta complejidad». En: <https://www.ginemed.es/>

Estos reclamos son de todo punto irrelevantes puesto que no aportan información objetiva de ningún tipo, teniendo en cuenta, además, que los clientes o pacientes que acuden a estos centros lo hacen porque realmente necesitan ayuda para cumplir el sueño de ser madres y padres.

En ocasiones, este carácter de excelencia puede remontarse a algún hecho logrado hace décadas, como en la siguiente afirmación:

16. *Our founder Professor Simon Fishel was part of the team involved in the birth of the world's first IVF baby, Louise Brown, in 1978.* ‘Nuestro fundador, el profesor Simon

Fishel fue parte del equipo implicado en el nacimiento de la primera niña FIV, Louise Brown, en 1978.’ En: <https://www.carefertility.com/>

17. «Fuimos los pioneros en estas nuevas técnicas: 1985 Primer embarazo FIV en la comunidad de Madrid, 1988 Primer embarazo con embriones congelados en Madrid, 1993 Primer embarazo ICSI Madrid». En: <https://imfertilidad.com/>
18. «Primer embarazo FIV en la Comunidad Valenciana, 1987. El primer nacimiento mundial, en verano del 2004, de una niña libre de padecer ceguera hereditaria». En: <https://www.institutobernabeu.com/es/>

De hecho, algunas clínicas, con tal de autoproclamarse las primeras en algún aspecto, recurren a hechos que son totalmente irrelevantes respecto a la función médica que ejercen, como, por ejemplo, ser la primera clínica en la que se puede pagar a plazos o ser la primera clínica *online*; hechos, por otra parte, difícilmente comprobables. Además, las clínicas saben que, en el caso de que alguien esté interesado en recibir un tratamiento de reproducción asistida, no se va a molestar en comprobar estas circunstancias.

Otra manifestación de este afán competitivo y comparativo está en el hecho de ofrecer las tasas de éxito en cuanto a embarazos llegados a término que la clínica dice haber conseguido. En el caso de las webs británicas analizadas, todas ofrecían este dato, mientras que, en las españolas, solo el 65 % de ellas lo declaraban. Este dato es publicitado de manera ostentosa por las clínicas, como en los siguientes ejemplos:

19. *Our pregnancy rates far exceed the national average.* ‘Nuestras tasas de embarazo superan con creces la media nacional.’ En: <https://www.londonivfandgenetics.co.uk/>
20. *The ARGC clinic is one of the world's leading IVF clinics, delivering the UK's highest success rates per treatment.* ‘La clínica ARGC es una de la clínicas líderes en FIV, consiguiendo las tasas de éxito más elevadas por tratamiento.’ En: <https://argc.co.uk/>
21. «Nuestras tasas de embarazo superan los resultados alcanzados por otros centros». En: <https://www.ivf-spain.com/>

Lo más relevante para nuestro análisis es el hecho de que este afán por los logros materiales y este carácter competitivo —en oposición al cooperativo— es un rasgo de culturas masculinas o neutrales, como la británica, pero no de culturas más femeninas o emocionales, como la española (Hampden-Turner y Trompenaars, 1998, 2000; Hofstede, 1991, 1998, 2001; Hofstede *et al.*, 2010). Por tanto, con esto se demuestra que, dependiendo del contexto, una cultura puede mostrar rasgos que no son los que típicamente se le atribuyen (Hall, 1976; Triandis *et al.*, 1988; Schiffrin, 1987, 1991; Sifianou y Garcés-Conejos, 2018).

Dicho lo anterior, el análisis ha identificado con mayor frecuencia en el discurso de las webs españolas un rasgo de cultura femenina que no está tan presente en las webs británicas: el hecho de que la práctica totalidad de las webs españolas

apelan al carácter compasivo y empático de su equipo médico, que promete cuidar emocionalmente y de modo casi familiar a sus clientes. Estas afirmaciones aparecieron hasta en el 80 % de las webs españolas analizadas, con afirmaciones como las siguientes:

22. «Cuidado emocional para que lleves el proceso adelante con una visión empática y humanista». En: <https://lovefertilityclinic.com/>
23. «Un plan que te cuida en el plano médico, el emocional». En: <https://ivi.es/>
24. «Valores humanos de un equipo inigualable». En: <https://www.iefertilidad.com/>
25. «Nos regimos por unos firmes principios éticos encaminados al cuidado médico y emocional de nuestros pacientes». En: <https://www.institutobernabeu.com/es/>

En el caso de las webs británicas, este tipo de afirmaciones apareció en el 60 % de las ocasiones, con comentarios como los siguientes:

26. *We'll always make time to listen to you and understand how you're feeling.* 'Siempre tendremos tiempo para escucharte y comprender cómo te sientes'. En: <https://www.carefertility.com/>
27. *Treating our patients as we would hope to be treated ourselves; with honesty and empathy.* 'Tratar a nuestros pacientes tal y como nos gustaría que nos trataran a nosotros: con honestidad y empatía'. En: <https://www.conceptfertility.co.uk/>

En ambos casos, los centros aseguran que se preocuparán por el estado emocional de sus clientes, prometiéndoles que serán cuidados con cariño y empatía. Como mencionamos arriba, el cuidado y la preocupación por el prójimo es uno de los rasgos descriptivos de las culturas femeninas. Igualmente, estas afirmaciones también son atribuibles a culturas emocionales, en oposición a las neutrales (Hampden-Turner y Trompenaars, 1998, 2000), ya que se apela a los sentimientos de cuidado y ternura aun tratándose de un contexto profesional.

El hecho de que las webs españolas presenten rasgos tan diferentes, como son el gusto por la competición y la tendencia a la preocupación por el prójimo, es algo totalmente compatible. Hay que tener en cuenta que cada dimensión cultural comprende varios rasgos culturales que describen aspectos diferentes. Por ejemplo, el caso de la dimensión de masculinidad-feminidad puede hacer referencia a la distribución entre los géneros de los roles tradicionales, al gusto por la competitividad, a la preferencia por la cooperación o a una tendencia a cuidar y empatizar con el prójimo, entre otros aspectos. De modo general, cada cultura es clasificada según la mayor presencia en un sentido u otro de estos rasgos, pero puede ocurrir que, en un contexto determinado, una cultura elija un rasgo concreto que es contrario a su clasificación general (Hall, 1976; Triandis *et al.*, 1988; Schiffrin, 1987, 1991; Sifianou y Garcés-Conejos, 2018). Este es el caso que este análisis ha encontrado. España es

clasificada en la literatura intercultural como un grupo tendente a la feminidad; concretamente, recordemos que Hofstede le otorga 42 puntos en su escala. Sin embargo, según este análisis ha demostrado, en el contexto de páginas webs de centros de fertilidad la competitividad es un rasgo que se manifiesta con fuerza en el discurso utilizado para publicitarse.

#### 4.2. Rasgos culturales de evitación de la incertidumbre en el discurso de las webs analizadas

A continuación, pasamos a comentar otra dimensión que cobra gran relevancia en este análisis: la de evitación de la incertidumbre (Hofstede, 1991, 1998, 2001; Hofstede *et al.*, 2010) o de dirección externa (Hampden-Turner y Trompenaars, 1998, 2000), es decir, el nivel de ansiedad que el futuro y las situaciones inciertas provocan en los participantes de una cultura. La cultura española es presentada como una cultura con un altísimo índice de evitación de la incertidumbre, con 86 puntos en la escala de Hofstede, al contrario que la británica, que tiene un nivel bajo, con 35 puntos en la escala. Este rasgo se ha manifestado en el hecho de que un gran porcentaje de webs españolas —hasta el 80 % de ellas— ofrecen garantías de éxito para el tratamiento, llegando a comprometerse a la devolución del importe si no se produce el embarazo. Este reclamo apenas tiene presencia en las webs británicas, ya que tan solo ha aparecido en el 30 % de ellas, lo que va en concordancia con su índice bajo de evitación de la incertidumbre. Es decir, el usuario español requiere de reclamos que le transmitan seguridad y confianza ante el futuro, mientras que el usuario británico no los necesita, y es por ello por lo que estas afirmaciones aparecen con mucha menor frecuencia en el discurso de las webs británicas. Como mencionamos, esta necesidad por controlar los acontecimientos futuros es atribuible a las denominadas culturas con dirección externa, como es la española, según Hampden-Turner y Trompenaars (1998, 2000). En este caso, los centros se comprometen de alguna manera a que el tratamiento tenga éxito, y esta promesa que ofrecen es algo que, para la audiencia española, resulta muy atractivo y tranquilizador.

En ocasiones, los centros tan solo incluyen la palabra *garantía* en la oferta, con el fin de influir en la decisión del usuario, pero sin especificar qué garantía en concreto ofrecen.

28. «Cada propuesta incluye lo necesario para que tengas la garantía total de que todo va a salir bien». En: <https://www.easyfiv.es/>
29. «Una clínica que te ofrezca garantías. Donantes con garantías». En: <https://lovefertilityclinic.com/>
30. «Ofrecemos y garantizamos precios asequibles y personalizados en todos nuestros tratamientos». En: <https://fivmadrid.es/>

Además, cerca de la mitad de los centros que aseguran garantizar el éxito del tratamiento, concretamente el 45 % de ellos, se comprometen a la devolución del importe entregado —o parte

de este— si el embarazo no se consigue. En el caso de los centros británicos, solo cuatro centros, el 20 %, lo ofrecen.

31. «Programa de embarazo seguro: con la garantía de que, si no te quedas embarazada, el tratamiento no tendrá coste alguno». <https://www.ginemed.es/>
32. «Garantía de embarazo o devolución: Devolución del 100 % del importe del Programa de Embarazo Garantizado en caso de no conseguirse». En: <https://www.institutobernabeu.com/es/>
33. *The guarantee of the result is the achievement of pregnancy or the birth of a child.* ‘La garantía de resultado es lograr el embarazo o el nacimiento de un bebé’. En: <https://www.mother-surrogate.com/>

No obstante, si el visitante de la página consigue acceder a los términos y condiciones de estos compromisos, en ocasiones difíciles de encontrar, redactados de manera confusa y con fuente reducida, el lector puede comprobar que a veces se trata de un reclamo publicitario más, pues las condiciones de esta devolución pueden ser difíciles —si no, imposibles— de conseguir. Por ejemplo, la garantía que ofrecen puede estar sujeta a criterio del equipo médico, estar limitada a determinados tratamientos, ser disfrutable solo para pacientes en unos rangos de edad limitados o tener otras condiciones aplicables que no se especifican.

34. *We are so confident in our care that if you don't get pregnant, we will refund your fees\* (terms and conditions apply).* ‘Estamos tan seguros de nuestros tratamientos que, si no logras el embarazo, te devolveremos el importe abonado (según términos y condiciones)’. En: <https://www.londonivfandgenetics.co.uk/>
35. «Si no se consigue, te devolveremos la totalidad del importe que hayas abonado. Será siempre el criterio médico el que impere a la hora de poder acceder a su contratación». En: <https://www.ginefiv.com/>
36. «Devolución del 100 % del importe del tratamiento en caso de no conseguirse el embarazo. (Menor de 37 años)». En: <https://evafertilityclinics.com/>
37. «Mujer entre 18 y 35 años que desea tener garantías». En: <https://www.easyfiv.es/>
38. «Garantía de éxito o te devolvemos el 60 % o el 100 % del dinero». En: <https://ivi.es/>

Es destacable que algunas de las webs británicas incidan en lo opuesto, es decir, hasta tres de ellas sostienen que ningún tratamiento para la fertilidad puede tener garantía absoluta de éxito:

39. *Unfortunately, there is no guarantee that an embryo will implant and become a pregnancy —no clinic or treatment can ever guarantee a birth.* ‘Desafortunadamente, no se puede ofrecer garantías de que un embrión se implantará y se conseguirá el embarazo (ninguna clínica o tratamiento puede garantizar jamás el nacimiento de un bebé)’. En: <https://www.conceptfertility.co.uk/>

40. *No refunds are due to the patient if services have been performed.* ‘No se reembolsará ningún importe a la paciente si los servicios han sido prestados’. En: <https://www.kingsfertility.co.uk/>

Uno de los centros, para dar fuerza a su postura, incluye un enlace a una noticia del periódico *The Guardian* con la que refuerza su argumento de que resulta inútil ofrecer garantías durante un proceso de reproducción asistida.

41. *Many single women are choosing to freeze their eggs to preserve their natural fertility. This process is not a guarantee of a baby but can provide some peace of mind.* ‘Muchas mujeres solteras eligen congelar sus óvulos para preservar su fertilidad natural. Este proceso no es garantía del nacimiento de un bebé, aunque puede dar tranquilidad a la mujer’. En: <https://www.londonwomensclinic.com/>

#### 4.3. Rasgos culturales de individualismo en el discurso de las webs analizadas

Por último, también se ha encontrado en el discurso de ambos grupos de webs rasgos atribuibles a la dimensión cultural de individualismo (Hampden-Turner y Trompenaars, 1998, 2000; Hofstede, 1991, 1998, 2001; Hofstede *et al.*, 2010). Esta dimensión se ha manifestado en el sentido de que las clínicas ofrecen un trato individualizado y personal, rasgo que está en oposición al sentimiento de sentirse parte de un grupo social. El análisis muestra una mayor prevalencia de este rasgo en las webs británicas debido al carácter más individualista de este grupo cultural, con un índice de 89 puntos en la escala de Hofstede —en contraste con España, que tiene 51 puntos—. Recordemos que atendiendo a la clasificación de Hampden-Turner y Trompenaars, estas afirmaciones también se ajustan al carácter altamente individualista del grupo británico, en el que se idealiza la independencia y la diferenciación del individuo respecto a la colectividad. Concretamente, estas afirmaciones aparecieron en el 85 % de las webs británicas, mientras que en las españolas se encuentran en el 65 % de las ocasiones, en afirmaciones tales como las siguientes:

42. «Soluciones centradas en el diagnóstico personal». En: <https://vidafertility.com/>
43. «La Institución global referente en medicina reproductiva especializada en lograr soluciones individuales». En: <https://www.institutobernabeu.com/es/>

Concretamente, en el caso de las webs británicas, la palabra *individual* se repite con frecuencia, lo que podría deberse a un afán por reforzar el sentimiento de independencia de sus futuros pacientes, es decir, las clínicas se alinean con el rasgo cultural de diferenciación y singularidad respecto al grupo.

44. *Everyone we see is uniquely individual and your specif-*

*ic circumstances will affect.* ‘Todo el mundo es único e individual y sus circunstancias específicas se tienen en cuenta.’ En: <https://www.bournhall.co.uk/>

45. *We believe that every patient is individual and therefore their care should be individual.* ‘Pensamos que cada paciente es único y por tanto su tratamiento debe ser individualizado.’ En: <https://argc.co.uk/>
46. *Our approach is to provide a truly individualised experience.* ‘Nuestro enfoque es proporcionar un tratamiento verdaderamente individualizado.’ En: <https://ariafertility.co.uk/>
47. *The very best treatment available, individually tailored to your needs.* ‘El mejor tratamiento posible, hecho a la medida individual de tus necesidades.’ En: <https://www.conceptfertility.co.uk/>

En este caso, de nuevo los reclamos publicitarios podrían considerarse meras obviedades, pues en el campo de la medicina cualquier tratamiento debe ser individual y personalizado, atendiendo a las circunstancias y características del usuario. Por tanto, una vez más, estas afirmaciones resultan totalmente irrelevantes y vacías de contenido informativo.

## 5. Conclusiones

Varias son las conclusiones que se pueden extraer de este análisis. La primera conclusión, de carácter general, sería que, tal y como planteaba la primera hipótesis de este artículo, se ha demostrado que existe una relación entre los rasgos culturales atribuibles a un grupo nacional y el discurso utilizado en publicidad para atraer a los participantes de estos grupos. Así, el grupo de webs británicas ha arrojado una mayor prevalencia de afirmaciones que remiten a su fuerte carácter individualista, así como a su marcada tendencia a la masculinidad —en lo que respecta al rasgo de competitividad que esta dimensión describe—. Asimismo, se ha encontrado un número muy bajo de afirmaciones que hagan referencia a las garantías que ofrecen en los tratamientos de fertilidad, lo que podría estar en relación con su bajo índice de evitación de la incertidumbre. Por el contrario, en las webs españolas, ha llamado la atención el hecho de que la práctica totalidad de ellas deseen transmitir un mensaje de seguridad y certeza, acorde con el elevado índice de evitación de la incertidumbre que ostenta este grupo cultural. Además, en las webs españolas se ha encontrado un menor número de afirmaciones que ensalzan los valores individualistas, pues el grupo cultural tribal español se encuentra a medio camino entre el individualismo y el colectivismo. Por último, en cuanto a la dimensión cultural de masculinidad, hemos conocido que, en el discurso de las webs españolas, se puede encontrar un mayor número de afirmaciones que intentan activar el carácter femenino y emocional de la cultura española, presentando al equipo médico no solo como un conjunto de profesionales excelentes, sino también con unas cualidades

humanas y empáticas que cuidarán del aspecto emocional de sus pacientes.

Por otra parte, tal y como planteaba la segunda hipótesis, este trabajo también ha demostrado que, en ambos grupos estudiados, el discurso publicitario está plagado de exageraciones, hipérboles y afirmaciones obvias, en ocasiones no contrastables y que no aportan información relevante. Este hecho se relaciona con el carácter competitivo y culturalmente masculino que ambos grupos han mostrado en este contexto. Así, la totalidad de las webs se presentan como las mejores en su campo, llegando a blandir como símbolo de su excelencia el irrelevante hecho, desde el punto de vista médico, de ser la primera clínica en la que se puede pagar a plazos. Otras clínicas recurren a hechos que sucedieron hace más de cuatro décadas, es decir, hechos que no garantizan la actual competencia en la prestación de sus servicios. El uso de la hipérbole es algo común en el lenguaje publicitario (Barbu-Kleitsch, 2015; Gelbrich *et al.*, 2012), pero este estudio plantea la moralidad de estas prácticas, por las que los usuarios deben aceptar desde el primer momento que puede que no se les esté ofreciendo verdades objetivas, sino meros juicios de valor.

Una segunda conclusión que este estudio aporta es el hecho de que los valores descritos por las dimensiones culturales comprenden varias características y rasgos y, por tanto, que un grupo cultural puede acercarse a un extremo de la dimensión en uno de los rasgos descriptivos y al otro extremo de la dimensión en otro descriptor. Esta condición se ha visto con la dimensión cultural de masculinidad-feminidad, ya que las clínicas españolas destacan por su carácter masculino en cuanto a competitividad con otras clínicas; sin embargo, muestran una importante prevalencia de afirmaciones que remiten a la dimensión cultural de feminidad y a la de emoción en cuanto que prometen a los usuarios que se van a sentir cuidados y arropados por el centro durante la experiencia tan delicada que van a vivir, como es el sometimiento a un tratamiento de reproducción asistida.

Por último, una tercera conclusión, relacionada con la anterior, sería que el contexto es una pieza clave a la hora de analizar el discurso (Hall, 1976; Triandis *et al.*, 1988; Schiffrin, 1987, 1991; Sifianou y Garcés-Conejos, 2018). Como hemos visto, en un contexto como el publicitario, un grupo cultural como el español, que en general es descrito como tendente a la feminidad, puede mostrarse igual de competitivo que un grupo tendente a la masculinidad como el británico. Las necesidades que impone el contexto —en este caso, sobresalir de entre todas las clínicas para ser la elegida por el futuro paciente— hacen que las clínicas muestren un lenguaje publicitario en cierto modo competitivo, agresivo y, en ocasiones, exagerado, aun a riesgo de resultar hiperbólico y vacío de contenido. Por tanto, se podría decir que, en el lenguaje publicitario, a veces prevalece el fin sobre los medios.

Finalmente, este trabajo se ha centrado en el análisis de los valores culturales a nivel nacional, sin hacer distinciones de género o de roles en la sociedad, por lo que una posible línea de investigación que este estudio abre se centraría en el papel de la mujer en el discurso biomédico y el posible reflejo de estos roles culturales en el discurso de las webs de fertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbu-Kleitsch, Oana (2015): «Use of hyperboles in advertising effectiveness», *Redefining Community in International Context*, 15: 175-184. <<https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=508881>> [consulta: 20.XII.2022].
- Bearne, Suzanne (2019): «Single women are paying thousands to freeze their eggs –but at what cost?», *The Guardian*, 23 de marzo de 2019: <<https://www.theguardian.com/science/2019/mar/23/single-women-are-paying-thousands-to-freeze-their-eggs-but-at-what-cost>> [consulta: 25.III.2023].
- Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (2022): <<https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/centros/madrid.htm>> [consulta: 20.XII.2022].
- Covington, Sharon y Linda Burns (eds.) (2006): *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (2.ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press. <<https://doi.org/10.1017/CBO9780511547263>> [consulta: 20.XII.2022].
- Davis, Paula (2015): «Differences between individual-based and collective-based systems of culture», *Counselling Australia*, 15: 27-33.
- Gelbrich, Katja; Daniel Gähke y Stanford A. Westjohn (2012): «Effectiveness of absurdity in advertising across cultures», *Journal of Promotion Management*, 18 (4): 393-413. <<https://doi.org/10.1080/10496491.2012.693058>> [consulta: 20.XII.2022].
- Hall, Edward T. (1976): *Beyond culture*. New York: Doubleday.
- Hampden-Turner, Charles y Fons Trompenaars (1998): *Riding the Waves of Culture*. New York: McGraw-Hill.
- Hampden-Turner, Charles y Fons Trompenaars (2000): *Building Cross-cultural Competence*. Great Britain: Wiley.
- Hofstede, Geert (1991): *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. London: McGraw-Hill.
- Hofstede, Geert (1998): *Masculinity and Femininity. The Taboo Dimension of National Cultures*. Thousand Oaks: Sage.
- Hofstede, Geert (2001): *Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations* (2.ª ed.). California: Sage Publications.
- Hofstede, Geert; Gert Jan Hofstede y Michael Minkov (2010): *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. London: McGraw-Hill.
- Kirkman, Bradley L.; Kevin B. Lowe y Cristina B. Gibson (2006): «A quarter century of culture's consequences: A review of empirical research incorporating Hofstede's cultural values framework», *Journal of International Business Studies*, 37 (3): 285-320. <<https://doi.org/10.1057/palgrave.jibs.8400202>> [consulta: 20.XII.2022].
- Kormi-Nouri, Reza; Shaghayegh Zahraei, Sofia Bergbom, Emelia Mellergård, Liza Trulsson y Hadi Bahrami-Ehsan (2017): «A cross-cultural study about positive and negative emotions and well-being in infertile women», *Acta Psychopathologica*, 3 (73): 1-9. <<https://doi.org/10.4172/2469-6676.100145>> [consulta: 20.XII.2022].
- Lamprianou, Iasonas (2020): «Measuring and visualizing coders' reliability: new approaches and guidelines from experimental data», *Sociological Methods & Research*, 52 (1): 525-553. <<https://doi.org/10.1177/0049124120926198>> [consulta: 20.XII.2022].
- Leaptrott, Nan (1996): *Rules of the Game: Global Business Protocol*. Cincinnati, Ohio: Thomson Executive Press.
- Miner, Skye A. (2021): «Cultural health capital and the stratification of reproduction in Czech and Spanish egg donation markets», *Sociology of Health & Illness*, 43: 1887-1902. <<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13363>> [consulta: 25.III.2023].
- Schiffrin, Deborah (1987): *Discourse Markers*. New York: Cambridge University Press.
- Schiffrin, Deborah. (1991): «El análisis de la conversación», en Luis Eguren, Frederick J. Newmeyer y María Luisa Martín-Rojo (eds.): *Panorama de la Lingüística Moderna de la Universidad de Cambridge. El Lenguaje: Contexto Sociocultural IV*. Madrid: Visor, pp. 299-323.
- Shim, Janet K. (2010): «Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment», *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 1-15. <<https://doi.org/10.1177/0022146509361185>> [consulta: 20.XII.2022].
- Sifianou, Maria y Pilar Garcés-Conejos (2018): «Introduction: Im/politeness and globalisation», *Journal of Pragmatics*, 134: 113-119. <<https://doi.org/10.1016/j.pragma.2018.06.014>> [consulta: 25.III.2023].
- Simões, E. y S. Tuna (2017): «Words of empowerment: (pseudo-)scientific discourse in magazine advertisements», *Redis: Revista de Estudos do Discurso*, 6: 193-211.
- Takhar, Jennifer y Kelly Pemberton (2019): «Reproducing "rhetrickery" in online fertility marketing: harnessing the "rhetoric of the possible"», *Consumption Markets & Culture*, 22 (4): 314-336. <<https://doi.org/10.1080/10253866.2018.1512239>> [consulta: 20.XII.2022].
- The Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) (2021): <<https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/state-of-the-fertility-sector-2020-2021/>> [consulta: 30.III.2023].
- Triandis, Harry; Robert C. Bontempo, Marcelo J. Villareal, Masaaki Asai y Nydia Lucca (1988): «Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-in-group», *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 323-338. <<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.54.2.323>> [consulta: 30.III.2023].
- Van den Hoonaard, Will (2008): «Inter- and Intracoder Reliability», en Lisa Given (ed.): *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 446-447. <<https://doi.org/10.4135/9781412963909.n223>> [consulta: 30.III.2023].

# Aproximación cualitativa al lenguaje utilizado en el contexto sanitario desde la perspectiva de los profesionales: despersonalización y escasa identidad de género

*A qualitative study of the language used in healthcare settings from the perspective of professionals: depersonalisation and lack of gender identity*

Manuel Lillo-Crespo\*

**RESUMEN:** Partimos de la idea de que son escasas las contribuciones científicas que evalúan desde la perspectiva de género el lenguaje empleado en las historias clínicas, los registros sanitarios y los ensayos clínicos, así como en la comunicación entre profesionales con usuarios en España en la actualidad. Por ello, mediante una metodología cualitativa de aproximación fenomenológica a partir de testimonios de profesionales y futuros profesionales sanitarios —junto con otras profesiones relacionadas— se analiza el uso del lenguaje empleado en cuanto al género y el sexo. La despersonalización, la escasa identidad de género y la confusión de términos como *género* y *sexo* fueron los hallazgos más recurrentes, lo que hace necesario un abordaje que permita una interpretación adecuada de los datos y un enfoque respetuoso con las identidades de las personas.

**PALABRAS CLAVE:** contexto sanitario, despersonalización, género, identidad, mujeres.

**ABSTRACT:** *Few scientific studies have adopted a gender perspective on the language used in medical and health records, clinical trials, and communication between professionals and users in Spain. For this reason, a qualitative methodology based on phenomenology was selected to cast light on the language used regarding gender and sex from the perspective of current and future healthcare professionals and other allied professions. Depersonalisation, lack of gender identity, and confusion around terms such as gender and sex were the most recurrent findings, pointing to the need for an approach that will allow adequate interpretation of the data and encourage respect for people's identities.*

**KEYWORDS:** *depersonalisation, gender, healthcare setting, identity, women.*

**Panace@ 2023; XXIV (58): 96-104**

**Recibido: 01.IX.2023. Aceptado: 08.IX.2023.**

## 1. Introducción y antecedentes

En la búsqueda de la igualdad, el reconocimiento de la diversidad y el fomento de la inclusión, el lenguaje, tanto oral como escrito, es poderoso y puede ayudar a cambiar actitudes y comportamientos. Sin embargo, algunas definiciones y términos empleados en el día a día de la práctica sanitaria —que están sometidos paralelamente a la constante evolución social—, en la documentación científica relacionada con dicha práctica, así como en los registros sanitarios (muchos de ellos con una base legal, emitidos por los profesionales de la salud a través de comunicación escrita y transmitidos también verbalmente), no siempre se reflejan las identidades y experiencias vividas por las personas que son atendidas. Lograr la igualdad en el reconocimiento de identidades diversas en los resultados de salud de la población requiere aprender a identificar y reconocer las barreras y los sesgos existentes en las situaciones reales y tomar medidas concretas para superar dichas desigualdades y la discriminación y la marginación específicas que experimentan ciertos grupos e individuos, como ocurre por ejemplo con las mujeres o con las personas transgénero, entre otras.

Son escasas las contribuciones que desde la producción científica internacional aportan algún tipo de evidencia y evaluación sobre el lenguaje empleado en los documentos científicos —publicaciones y revisiones basadas en datos científicos—, en historias clínicas y registros sanitarios, en la comunicación entre profesionales y en la propia interacción entre profesionales y usuarios (Clayton *et al.*, 2016; Lynn-Green *et al.*, 2023). Todavía son menos en el contexto específico de España y de los países hispanoparlantes (Gil-Borrelli, 2018). Las fuentes consultadas nos muestran que la mayoría de las contribuciones en esta línea parten de países anglosajones como Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido (Pelletier *et al.*, 2016) y en su gran mayoría hacen referencia al reconocimiento de las diversas identidades en investigaciones publicadas y, en menor medida, a registros sanitarios. A ello se suma que la mayoría han sido

\* Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante (España). Dirección para correspondencia: [manuel.lillo@ua.es](mailto:manuel.lillo@ua.es).

publicadas en los últimos años, coincidiendo con el debate actual acerca del uso de variables demográficas en la literatura y documentación sanitaria —tanto en artículos científicos como en la literatura gris e incluso en las propias historias clínicas de los pacientes— especialmente en lo concerniente al sexo y al género. Estudios recientes, como la revisión bibliográfica publicada por Lynn-Green *et al.* (2023) en la revista *The Lancet*, han mostrado que el grupo étnico y el nivel socioeconómico suelen aparecer de manera inconsistente en la gran mayoría de los estudios e investigaciones biomédicas, mientras que el registro del género, a diferencia del sexo, es prácticamente inexistente, controvertido y polémico (Lynn-Green *et al.*, 2023).

Este artículo también muestra que, si bien se informa de manera consistente sobre algunos factores como la edad y el sexo biológico, otros como el género y el grupo étnico no, a pesar de la importancia recientemente otorgada por la sociedad a estos temas. Sin embargo, la realidad en la práctica clínica y sanitaria no dista demasiado de estos resultados. Esta situación parece deberse a que los autores de literatura científica, así como los profesionales que emiten documentación y registros sanitarios, a menudo se basan en categorías binarias, tradiciones clasificatorias o limitadas que captan de manera inadecuada la diversidad humana y que han sido aprendidas durante su proceso formativo y aceptadas hasta estos días (Pelletier *et al.*, 2016).

Esta situación ha llevado a que cada vez más organizaciones relacionadas con el campo de la salud, como la Comisión Europea, recomienden a investigadores y profesionales que reflexionen sobre el uso que hacen de estos términos, justifiquen sus decisiones e informen de los resultados con prudencia y sin caer en interpretaciones que podrían resultar erróneas, poco respetuosas con la población y obsoletas (European Commission, 2023). En España, el artículo publicado por Gil-Borrelli *et al.* (2018) en *Gaceta Sanitaria* —cuya finalidad era valorar la adecuación del Sistema de Información Sanitaria español para recoger las necesidades de salud de las personas transgénero— nos mostraba que el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud Español contiene escasa información respecto a la identidad de género, lo cual conduce a la invisibilidad de identidades de género presentes en la sociedad, concretamente en las estadísticas de salud del país (Gil-Borrelli *et al.*, 2018). Curiosamente, en dicho estudio se evidencia que, desde el año 2011, dos de las fuentes del sistema de información sanitaria de España han introducido el término *transexual*, pero no deja de ser incorrecto que se recoja dentro de la variable «sexo» cuando *hombre o mujer transexual* se refiere a la identidad de género, y no al sexo en sí (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España, 2023).

Esta situación que, de acuerdo con la bibliografía consultada, parece producirse en varios contextos sanitarios y científico-sanitarios del mundo, podría tener su causa en un denominador común que estaría más relacionado con la tradición y la cultura formativas y laborales de las profesiones sanitarias al no haberse adaptado congruentemente a las sociedades a las que atienden. Sin embargo, no disponemos de evidencias sólidas al respecto, aunque al revisar los planes de estudio de las formaciones sanitarias en el caso de España se observa que este tema

se expone someramente. Ante los datos científicos publicados y la situación de los planes de estudio, parece que dicha cultura profesional permanece inalterable ante los cambios que se producen en las sociedades actualmente, en las que los aspectos de género, los flujos migratorios, las relaciones entre culturas, así como la inclusión y el reconocimiento de otros tipos de sexualidad, identidades de género y formas de relacionarse, han conseguido hacerse un hueco. Esto, a su vez, está llevando a que los registros sanitarios y la comunicación escrita y verbal no sean un reflejo auténtico y fidedigno de la sociedad en la que vivimos. De esta forma, y en consecuencia, incurrimos en una escasa conciencia, falta de empatía y reconocimiento de otras realidades, principalmente las de género, por no mencionar los errores interpretativos en los datos sanitarios de las poblaciones y en especial en estos tiempos, en los que el *big data* y la inteligencia artificial nos permiten un manejo más ágil de dichos datos (Carnevale *et al.*, 2023). Por otra parte, son muchos los estudios realizados con fármacos que demuestran que la experiencia vivida por hombres y mujeres es distinta y, sin embargo, los datos de ensayos clínicos se han tratado por igual o de forma conjunta.

Una interesante aportación que encontramos en la literatura científica en relación con este tema corresponde al caso de JAMA —*Journal of the American Medical Association*—, que en 2016 mostraba en un artículo de opinión la necesidad de aumentar la transparencia y el rigor en la presentación de los datos relacionados con el sexo y el género (Clayton y Tannenbaum, 2016). Además, la propia revista promovía en aquel momento una mayor transparencia y rigor a la hora de tratar los datos desde esta perspectiva a través de sus instrucciones para autores:

«Indique la distribución por sexo de los participantes o muestras del estudio en la sección Métodos, incluidos estudios de humanos, tejidos, células o animales. Si solo se informa o se incluye un sexo en el estudio, explique por qué no se informa ni se incluye el otro sexo, excepto en los estudios de enfermedades/trastornos que solo afectan a hombres (p. ej., enfermedad de la próstata) o mujeres (p. ej., enfermedad de los ovarios)» (Clayton y Tannenbaum, 2016).

Para cumplir con este estándar, se alentaba desde el editorial de la revista a los investigadores a acceder a los recursos disponibles, como es el caso del sitio web del proyecto Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment de la Universidad de Stanford (2023); el de National Institutes of Health, Office of Research on Women's Health (2023) y el de Canadian Institutes of Health Research, Institute of Gender and Health Online Training Modules, Integrating Sex and Gender in Health Research (2023). Sin embargo, esta propuesta de JAMA no es más que una iniciativa particular que no se ha llevado a cabo de manera homogénea en otras revistas científicas.

Ante este panorama, se plantean últimamente dos preguntas a investigadores y profesionales al abordar este tema. Por un lado, si se debería indicar el sexo o el género de los participantes



Huellas de cuidado

del estudio en cuestión o en el registro de datos de las historias clínicas, y por otro, cuál es el término correcto para designar a hombres y a mujeres. Las respuestas parecen depender *a priori* en si se están estudiando factores biológicos o psicosociales. Expertos y expertas en el tema nos dicen que el sexo y el género no son mutuamente excluyentes, sino que están íntegramente relacionados e influyen en la salud de diferentes maneras (Schiebinger, 2016), de tal forma que el sexo se considera un componente biológico, definido a través del complemento genético de los cromosomas, incluidas las diferencias celulares y moleculares, y se refleja fisiológicamente en las gónadas, las hormonas sexuales, los genitales externos y los órganos reproductores internos. Los términos *masculino* y *femenino* deben usarse al describir el sexo de los participantes humanos u otros factores biológicos o fisiológicos relacionados con el sexo. Las descripciones de las diferencias entre hombres y mujeres deben

referirse estrictamente a diferencias de sexo en lugar de a diferencias de género.

Sin embargo, el género comprende los factores y las elecciones sociales, ambientales, culturales y de comportamiento que influyen en la identidad propia y la salud de una persona. El género incluye la identidad de género; esto es, cómo se perciben y presentan los individuos y los grupos; las normas de género—reglas tácitas en la familia, en el lugar de trabajo, a nivel institucional o en la cultura global que influyen en las actitudes y comportamientos individuales— y las relaciones de género, es decir, las interacciones y relaciones de poder entre individuos con diferentes identidades de género (Schiebinger y Stefanick, 2016; Pelletier *et al.*, 2016).

Con la creciente evidencia que demuestra que tanto el sexo como el género tienen un efecto, por ejemplo, en la forma en que un individuo selecciona, responde, metaboliza y se adhie-

re a un régimen farmacológico particular, existe un imperativo ético y científico de informar a quién se aplican las terapias, los cuidados y los resultados de la investigación (Franconi y Campesi, 2014). Sin embargo, esto no siempre es así y, de hecho, no existen fórmulas normalizadas para clasificar el género, puesto que se trata de una vivencia subjetiva y centrada en la persona. Algunas voces han propuesto tanto para la investigación como para la práctica clínica el abordaje cualitativo que emplea la técnica de la entrevista, mediante la cual se pregunta a los y las participantes tanto el sexo asignado al nacer como su identidad de género actual (Schiebinger y Stefanick, 2016). Una propuesta inclusiva en esta línea podría ser la de un cuestionario que permitiera al individuo un mayor respeto a su intimidad y una mayor sensibilización con este tema. Los y las profesionales deben, por tanto, considerar el uso apropiado de las palabras *sexo* y *género* para evitar confundir ambos términos, pero desde una perspectiva de respeto a la dignidad de la persona.

En esta línea, las políticas de algunos sistemas sanitarios para mejorar la reproductibilidad a través del rigor y la transparencia requieren que investigadores o profesionales aborden e informen sobre variables biológicas relevantes, como el sexo, en estudios con humanos (European Union Agency for Fundamental Rights, 2023). Las pautas de Sex And Gender Equity in Research (SAGER) refuerzan que los autores deben ofrecer una explicación en la sección de métodos si el sexo de los participantes en la investigación humana se definió basándose en el autoinforme o si se asignó tras un examen externo o interno de las características corporales o mediante pruebas genéticas u otros medios (Heidari *et al.*, 2016). Cuando el sexo se base en el autoinforme, será incorrecto en un porcentaje de individuos, puesto que el sexo no siempre se corresponderá con la identidad sexual. Sin embargo, en la mayoría de los estudios de investigación y las situaciones de la práctica sanitaria diaria, no es posible realizar una evaluación genética detallada para determinar la composición genética de todos/as los/as participantes.

Recientemente, la Comisión Europea ha financiado diversos proyectos centrados en la innovación educativa y en generar alianzas estratégicas entre equipos de investigación de diferentes zonas de Europa que incluyan una perspectiva de género y, en especial, el reconocimiento de las identidades culturales y de género (European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, 2023). Es el caso de los proyectos HEALINT y HEALINT4ALL —Assuring Quality in International Healthcare Traineeships— (2023), cuya finalidad principal es asegurar la calidad de los entornos de formación de futuros profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeras/os, fisioterapeutas, etc.) con la creación de una política de calidad inclusiva que reconozca todos estos aspectos y que esté centrada en la persona y en el desarrollo de un soporte digital para la misma. Por otra parte, los proyectos GNURSESIM —Simulating the Future of Inclusive Geriatric Care— (2023) y MOVE (2023) están basados en la creación de simulaciones de alta fidelidad para estudiantes y profesionales de la salud, pero con unos rasgos que antes no se habían tenido en cuenta, como son la interculturalidad y la competencia y congruencia culturales, entendida la cultura no solo como diversidad étnica, sino tam-

bién como diferencias de género y otros rasgos poblacionales demográficos.

Tampoco son muchos los proyectos que desde el campo lingüístico se centran en estudiar el papel de las mujeres en el discurso biomédico —concretamente en el campo de la reproducción asistida, como es el caso del proyecto NEOTERMED, Neología y Terminología en Ciencias de la Salud: Variación y Análisis Multidimensional del Discurso Biomédico (2023), el cual se enfoca en la variación y el análisis multidimensional del discurso biomédico en el contexto de la neología y la terminología en ciencias de la salud y que ha sido financiado por la Conselleria de Innovación, Universidades, Ciencia y Sociedad Digital de la Generalitat Valenciana. Por otra parte, una estrategia formativa de reciente aparición que pretende dar respuesta a la necesidad de formación en relación con este tema es la llevada a cabo por la Universidad de Alicante junto con el Instituto Interuniversitario de Lenguas Modernas Aplicadas de la Comunidad Valenciana con el curso de experto/a universitario/a en asistente al/la paciente internacional (2023) que ofrece por segundo año una mediación lingüística médico-paciente.

## 2. Objetivos y propósito del estudio

Por todo lo expuesto, este estudio tiene como finalidad explorar desde una perspectiva metodológica cualitativa —a través de la mirada de los propios profesionales— el lenguaje oral y escrito empleado en el día a día de la práctica sanitaria y desde la perspectiva de género, especialmente en cuanto a las acepciones, expresiones y términos que se utilizan diariamente en los contextos sanitarios para referirse a distintos usuarios en diferentes escenarios de la atención profesional a los pacientes en España.

De forma específica, se analiza a través de profesionales la información escrita que aparece en los registros de historias clínicas —tanto en papel como electrónicas—, en páginas web y otros soportes existentes para así identificar los aspectos comunicativos y lingüísticos que no permiten el acceso a la información de forma clara e igualitaria en lengua española y, paralelamente, conocer el papel que representan la mujeres y las diferentes identidades de género en el discurso biomédico tanto a nivel verbal como no verbal.

## 3. Diseño y métodos

Se empleó una metodología cualitativa a través de un método tipo estudio de casos múltiples de aproximación fenomenológica que permitió realizar un mapeo de las situaciones típicas —o fotografía de las situaciones más habituales— en diferentes contextos del sistema sanitario español, tanto público como privado; en atención primaria, comunitaria, salud pública y

especializada u hospitalaria; en relación a distintas especialidades del campo de la salud; y en diferentes zonas del territorio español.

Se centra la atención en la experiencia vivida por profesionales y futuros profesionales sanitarios y afines a este campo (médicos/as, enfermeras/os, ingenieras/os biomédicas/os y futuros/as profesionales de estas mismas disciplinas principalmente) en cuanto a su comunicación oral y escrita acerca de usuarios y usuarias y, más específicamente, en cuanto a aspectos relacionados con el género y la diversidad de identidad sexual. Entre los participantes se incluyó el perfil de ingeniería biomédica, ya que se consideró interesante por su participación en la configuración de las historias clínicas digitales.

Este trabajo se encuentra bajo el paraguas del proyecto NEOTERMED (2022) financiado por el Gobierno de la Comunidad Valenciana y coordinado por docentes de la Universidad de Alicante de los campos de las lenguas y de la salud, siendo el objetivo específico de este trabajo uno de los objetivos de NEOTERMED. El trabajo se ciñe a las recomendaciones del Comité de Ética Investigadora de la Universidad de Alicante para este tipo de estudios, el cual fue consultado antes de la recogida de datos. Por ello, se contactó de forma individual con participantes de diferentes comunidades autónomas, quienes voluntariamente decidieron participar y así lo manifestaron al inicio de las entrevistas *online* grabadas. Concretamente, se contó con profesionales y estudiantes de las siguientes provincias españolas: Melilla, Málaga, Murcia, Almería, Cádiz, Madrid, Lleida, Barcelona, Zaragoza y Sevilla. Todos los y las participantes —40 en total, que correspondían a 4 individuos por provincia— pertenecían a centros sanitarios públicos y privados de áreas de salud de poblaciones donde se dan fenómenos migratorios de diferente índole, p. ej., centros en zonas fronterizas y en zonas de costa donde existe mayor afluencia de turismo y de grandes urbes, así como unidades de atención tanto comunes para todos los sexos e identidades de género como unidades de atención dedicadas únicamente a grupos o colectivos concretos.

Los y las profesionales que participaron se habían formado en programas de posgrado en los últimos 5 años y habían contribuido voluntariamente a la recogida de datos del proyecto NEOTERMED. Treinta participantes procedían del campo sanitario: por una parte, médicas/os (15 en total, de los cuales 8 eran estudiantes y 7 eran, además, profesionales en ejercicio) y enfermeras/os (15 en total, de los cuales 9 eran profesionales ejercientes y 6 eran estudiantes), mientras que 10 eran ingenieros (6 estudiantes del grado de ingeniería biomédica y 4 profesionales ejercientes). Se optó por obtener participantes del campo de la ingeniería por su experiencia y acceso diario a las historias clínicas digitales implantadas en muchos centros de España en la actualidad y por tener acceso a este perfil desde el principio, ya que ingeniería es una disciplina que se enseña en la Universidad de Alicante.

La técnica empleada para la recogida de datos fue la entrevista en profundidad, que duró cincuenta minutos aproximadamente en todos los casos y fue dirigida *online* por el investigador principal, quien contaba con experiencia previa en metodología y análisis cualitativo. Se grabó cada una de las

entrevistas y todos los participantes hicieron constar su conformidad de forma expresa desde el comienzo. La entrevista *online* no se llevó a cabo en contextos laborales y se obvió en todos los casos cualquier mención a centros sanitarios concretos para centrar la atención en la experiencia de cada profesional. Los participantes recibieron previamente un índice temático con los contenidos que se iban a tratar en las entrevistas y que fue el que utilizó el entrevistador. Al tratarse de una entrevista en profundidad, no se contaba con una estructura de preguntas preconcebida, sino con un índice de temas que el entrevistador iba exponiendo.

Los temas tratados tuvieron que ver con: el concepto de sexo en la comunicación verbal y escrita en contextos sanitarios, el concepto de género también en dicha comunicación, la diversidad de identidad sexual en la comunicación, la figura de las mujeres en la comunicación, los sistemas y los métodos de registro del sexo, del género y de la diversidad de identidad sexual, así como su formación como profesional relacionado con la materia. Todos los temas de la entrevista tuvieron que ver con la bibliografía previamente consultada por el investigador principal y presentada en la introducción de este manuscrito. A las y los participantes se les aportó parte de la bibliografía de acceso abierto que aparece en este manuscrito antes de a la entrevista a modo de reflexión e introducción al tema. No se dio ningún abandono entre los participantes. En todo momento se garantizó la privacidad y la confidencialidad de sus datos y sus aportaciones.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo una triangulación de análisis de datos cualitativos según el método Giorgi de aproximación fenomenológica, basado en la tradición de la psicología social y centrado en la descripción, la reducción fenomenológica y la búsqueda de esencias para llegar al significado (Giorgi, 1985). Para ello, además de con el investigador principal, se contó con dos investigadores externos al estudio con experiencia en este tipo de análisis, quienes, de forma individual, llevaron a cabo en primer lugar un análisis de las entrevistas —todas ellas grabadas— con la finalidad de detectar esencias o unidades de significado ayudándose de códigos o subcategorías y, posteriormente, realizar una puesta en común y construcción temática a través de una reducción que les llevó a la tematización o categorización en un proceso circular que se retroalimentó numerosas veces.

Para iniciar el proceso y con la finalidad de identificar las unidades de significado más recurrentes y construir unos temas explicativos del fenómeno, se aplicaron los cuatro pasos esenciales del método Giorgi: *a*) se escucharon las entrevistas en aras de obtener un sentido general de todo el enunciado; *b*) una vez se realizó lo anterior, cada investigador/a participante en este análisis regresó al comienzo y escuchó las grabaciones una vez más con el fin específico de distinguir las unidades de significado, las cuales principalmente coincidieron con los temas introducidos en las preguntas; *c*) una vez que se identificaron las unidades de significado, cada investigador/a, a partir de todas estas unidades, expresó de una forma más directa lo contenido en ellas; *d*) por último, tres investigadores sintetizaron en consenso todas las transformaciones de las unidades en

un enunciado coherente que tuviese en cuenta las vivencias de los sujetos; posteriormente, todas/os las/os participantes recibieron los enunciados consensuados para que los confirmaran y dieran *feedback*.

#### 4. Resultados

Los datos analizados procedían de la experiencia de los individuos entrevistados, quienes hacían referencia a la vivencia diaria en cuanto a los registros de comunicación escrita en las historias clínicas, así como en cuanto a la comunicación verbal entre profesionales y usuarios. En ningún momento se extrajo ningún registro directamente de ningún centro ni contexto clínico. Los temas principales que emergieron del análisis de las unidades de significado y que se muestran a continuación, con ejemplos narrativos extraídos de las entrevistas, eran los siguientes:

a) Una elevada despersonalización de los usuarios atendidos, siendo el término *paciente* el más habitual incluso en unidades de atención dirigida a un grupo o colectivo concreto.

«...en muchos registros escritos puedes encontrar referencias a “el paciente” [...] es algo muy habitual, y cuando vas a los datos de la etiqueta identificativa, te guías por el nombre que aparece ahí y que ahora mismo estoy pensando que no siempre se refiere a su género, sino a lo que pone en su NIF [sic]... curiosamente, cuando hablamos sobre alguien ingresado nos referimos [a esa persona] como “el paciente de la habitación x” ...y podemos estar refiriéndonos a un hombre o a una mujer... Esto es algo que también anotamos en las historias...».

b) Escasa perspectiva de género, siendo en el mejor de los casos la caracterización a través de complementos masculinos o femeninos, aunque no siempre, e incluso los símbolos del sexo femenino o del masculino para mujer u hombre o las letras *M* y *F* (masculino y femenino). En la mayor parte de los casos la caracterización utilizada fue la masculina.

«...en el mejor de los casos alguien dice “el paciente” o “la paciente” ... o te imaginas el sexo de la persona... pero cuando se dice o escribe “el paciente” en general no te puedes fiar y tienes que ir al nombre...».

«...hay gente que escribe “paciente hombre” o “paciente mujer”; hay programas informáticos en los que se marca el símbolo de sexo masculino o femenino, hay gente que directamente escribe “señor” o “señora que acude al hospital”... y en el lenguaje verbal todavía es peor porque todavía escuchas a gente que se refiere a la persona a través de su [número de] cama o habitación o por la patología... tipo: “cama 1” o “habitación 321” o “el infarto”...».

c) Escasas referencias a la identidad sexual de los usuarios incluso en especialidades médicas en las que este dato puede ser relevante.

«...cuando hago referencia al sexo de las personas que atiendo no suelo preguntar sobre ese tema... ni confirmar nada... me limito a escribir lo que veo y lo que pone en la pegatina identificativa o en el programa informático, pero realmente no confirmo nada con la persona...».

d) Escasas referencias a las características culturales, a los valores y a los aspectos sociales o culturales de la población.

«...creo que casi nadie [sic] nos aventuramos a hablar de temas culturales o de religión...es un tema que a los sanitarios nos hace sentir inseguros porque a veces no sabemos a lo que nos estamos refiriendo más allá de tus conocimientos de la calle, de lo que sabes o has oído...».

e) En ningún caso se identificó el método para conocer la identidad de género.

«...yo tengo asumido que el sexo y el género es el que aparece en la pegatina identificativa del paciente... pero ahora que lo estamos hablando estoy siendo consciente de que esa información es la que obtiene un administrativo del documento de identidad...».

«...en el caso de personas de otros países o culturas [...] te la juegas al azar para saber si es una mujer o un hombre... pero si además es una persona transgénero todavía es peor... podrían pasar desapercibidas y no enterarte, cuando es una información que es importante para muchos procesos de salud y enfermedad y para muchos tratamientos...».

f) Confusión en cuanto a la diferenciación entre los términos *sexo* y *género*, llegando incluso a tratarse como sinónimos, lo que lleva en muchos casos a errores en su registro y, por tanto, en la interpretación posterior de los mismos.

«...podría aventurarme a intentar diferenciarlo... pero creo que no me atrevo porque realmente estoy un poco inseguro... no estaría mal que de este tema nos hablasen un poco en la formación...».

g) Consenso de todos los participantes sobre que los investigadores y los profesionales que informan de los resultados de los ensayos clínicos, las diversas pruebas y los registros deben analizar y presentar los datos por separado para los participantes hombres y mujeres del estudio.

«...después de esta entrevista me estoy dando cuenta de que el análisis de los datos a partir de lo que escribimos [...] dista un poco de la realidad que viven las personas con las que tratamos...».

h) Necesidad por parte de profesionales y futuros profesionales de recibir formación específica para conocer estos temas e incluso de una mayor humanización de los registros e interpretación de datos.

«...ahora mismo existe una tendencia a hablar de la humanización de la atención y cuidados... Sin embargo, todavía no he visto que en ninguna de esas iniciativas se hable de este tema...».

En las entrevistas se identificaron también tres razones de peso que aparecieron de forma transversal en los temas anteriores y que recomiendan estratificar y presentar los datos de los resultados por sexo, género o ambos:

a) Una razón a la que se aludió fue evitar sacar conclusiones incorrectas en relación con los datos y los resultados. En algunas entrevistas se hizo referencia a que, cuando se combinan los resultados de los participantes masculinos y femeninos, el promedio de los resultados agregados de dichos participantes puede enmascarar las diferencias entre ambos.

«...los efectos de una intervención en un sexo podrían ser mayores que en el otro; la toxicidad puede diferir; los perfiles de los síntomas pueden diferir; o un sexo podría experimentar más efectos adversos. No tener en cuenta el género también puede llevar a resultados sesgados...».

b) Otra razón a la que se aludió en las entrevistas fue que es necesario presentar los datos por sexo, género o ambos para facilitar el metaanálisis y el manejo adecuado de dichos datos. Cuando no existen diferencias, e incluso cuando los estudios no tienen el poder estadístico suficiente, los datos brutos deberían presentarse para permitir ese análisis y manejo de datos por sexo, género o ambos y que pudiesen además aportarse los cálculos del tamaño de la muestra, pues serían útiles para estudios futuros. Se comentó en algunos casos la necesidad de contar con profesionales expertos/as en el lenguaje que pudiesen evaluar estas situaciones que se están produciendo e incluso formar al personal sanitario en esta línea y evaluar el manejo de datos con fines científicos, clínicos y de gestión.

«...lo cierto es que sería interesante auditar o evaluar los registros sanitarios para ver la calidad desde este punto de vista [...], pero es algo que a lo mejor debería realizar una persona que no venga del campo sanitario, sino alguien externo que no esté sesgado con la forma de ver las cosas que tenemos los que estamos dentro...».

c) Una tercera razón que surgió transversalmente fue la necesidad de repetir muchos ensayos porque los estudios relevantes anteriores no dieron datos desglosados de los participantes del estudio ni presentaron los resultados por sexo, por género ni por ninguno de los dos. Los y las participantes comentaron que todas las tablas y las figuras de la

sección de resultados de una publicación, y también de un registro, deberían identificar claramente la magnitud del efecto según sexo, género o ambos, de tal forma que todos los informes de investigación clínica pudiesen incluir características demográficas básicas sobre los/as participantes del estudio, como la edad y cuántos participantes eran hombres y cuántas eran mujeres. De hecho, se comentó que algunos artículos de investigación se refieren a esta última variable como sexo, y otros, como género, situación que se repitió en la gran mayoría de entrevistas.

«...deberíamos plantearnos la pertinencia de muchas de las investigaciones sobre las cuales leemos en revistas científicas y que nos guían a la hora de tomar decisiones con las personas a las que tratamos...».

## 5. Discusión

Los resultados de esta aproximación cualitativa indican que las cuestiones prácticas sobre cómo estructurar los datos demográficos relacionados con el sexo y el género plantean entre el personal sanitario preguntas importantes sobre qué aspectos se debería recabar datos y por qué. Por ejemplo, ¿cómo afectan el sexo y el género a la salud, por separado y colectivamente? ¿Cómo influye el hecho de que los datos no hayan sido recopilados adecuadamente hasta ahora en la interpretación que se haya hecho de los mismos y cuáles han sido las repercusiones de este sesgo en la salud de la población? ¿La base de la patología es atribuible a genes, hormonas sexuales, exposiciones ambientales relacionadas con el género o a alguna combinación de estos factores? A medida que se perfeccionen las cuestiones relativas al sexo y al género será necesario desarrollar nuevos métodos, incluidas nuevas formas de recabar datos sobre estas variables y analizarlos estadísticamente.

Como hemos podido comprobar en este estudio, la comunicación en el contexto sanitario contiene escasa información respecto a la identidad de género de las personas usuarias de las organizaciones de salud y, en especial, de las mujeres, incluso en especialidades médicas y quirúrgicas centradas únicamente en las mujeres. Esto coincide con la bibliografía consultada y expuesta en nuestra introducción y, por consiguiente, invisibiliza determinadas identidades de género presentes en la sociedad. La obtención de esta información permitiría conocer mejor las barreras a la hora de recibir atención sanitaria y a la hora de determinar las necesidades sanitarias de los colectivos más discriminados de nuestra sociedad.

La caracterización femenina o como mujeres parece ser la punta del iceberg de un problema mayor que afecta a otras identidades. La clasificación binaria habitual no clasifica de manera adecuada, por ejemplo, a las personas trans, lo que distorsiona los resultados y dificulta el diseño de intervenciones, situación especialmente preocupante en la vigilancia del VIH o de

enfermedades de transmisión sexual, sobre la cual cabría preguntarse si las mujeres trans están siendo categorizadas como hombres, mujeres u hombres que tienen sexo con hombres. La clasificación binaria también supone una discriminación porque impide a las personas trans ser registradas con su género sentido. Entender la relevancia de conocer la identidad de género por ser un determinante de la salud parece recomendable según algunos autores (Reisner *et al.*, 2016) y, como se desprende de este trabajo, también recoger ambas variables, definiendo el sexo de manera más clara, por ejemplo, como «sexo asignado al nacimiento», y la identidad de género actual, en cuatro categorías —por ejemplo: masculino, femenino, transgénero y no se identifica ni con el género masculino ni con el femenino ni como transgénero— debido a su sencillez y a la posibilidad de análisis con perspectiva tanto de sexo como de género.

El concepto de sexo se reconoce implícitamente como un factor importante en la investigación clínica y, por ende, en los registros documentales clínico-sanitarios; sin embargo, es necesario estandarizar la forma en que se registran el sexo y el género y dilucidar la forma en que estas características funcionan de forma independiente y conjunta para influir en la salud y en la atención sanitaria. De acuerdo con los hallazgos y recomendaciones extraídas de este estudio y de la bibliografía publicada consultada, las siguientes recomendaciones para la presentación de informes en artículos de investigación y documentación sanitaria pueden mejorar la comprensión y la comparabilidad entre los estudios y ayudar a brindar una atención verdaderamente personalizada: *a*) utilizar el término *sexo* al registrar factores biológicos y utilizar *género* para informar sobre identidad de género o factores psicosociales o culturales; *b*) desglosar los datos demográficos y todos los resultados por sexo, género o ambos; *c*) indicar los métodos utilizados para obtener información sobre el sexo, el género o ambos; y *d*) obviamente, tener en cuenta todas las limitaciones de estos métodos.

Algunas sugerencias que se desprenden de nuestros resultados para la introducción de la variable «identidad de género» en el Sistema de Información de Salud —y que podrían ser aplicables a los formatos de historia clínica existentes en las organizaciones sanitarias— encajan con las 4 sugerencias recopiladas por Gil-Borrelli *et al.* (2018), quienes muestran propuestas llevadas a cabo en otros contextos internacionales:

- a*) un módulo específico de identidad de género con preguntas o categorías que permitan ubicar la identidad de género de una manera precisa, como es el caso del censo de 2021 del Reino Unido en el que se planteó introducir un módulo de género (Government of the UK. Office for National Statistics, 2021; LGBT Foundation, 2021);
- b*) un método que permita registrar la variable «identidad de género» de forma semicuantitativa —masculino, femenino y opción autodefinida—, como podrían ser dos categorías cerradas y una tercera para que la persona encuestada se autodefiniera. A modo de ejemplo, la iniciativa de las Naciones Unidas He4She para avanzar en la igualdad de género recoge la identidad de género de esta manera (UN Women, 2023);
- c*) un método que permita registrar la variable «identidad de

género» en más de tres categorías —masculino, femenino, otras categorías—, por ejemplo, de forma cuantitativa ampliada, es decir, cuatro categorías cerradas que recojan las adscripciones trans más comunes. La Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea recoge la identidad de género de esta manera en la encuesta LGBT, incluyendo entre las respuestas «hombre trans, mujer trans, mujer travesti, hombre travesti, transgénero, variante de género, queer/otros» (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Facebook también permite más de 71 categorías de respuesta en la variable de recogida de género (Facebook Diversity, 2023);

*d*) un método que permita registrar la variable «identidad de género» en tres categorías —masculino, femenino y otros—, por ejemplo, de forma cuantitativa genérica con dos categorías tradicionales y una tercera que permita recoger las no binarias. Los censos de Nepal e India de 2011 recogían la identidad de género en tres categorías (Government of Nepal. National Population and Housing, 2011; Government of India. Registrar General & Census Commissioner, 2011).

Aun así, nuestro estudio se encuentra limitado a un enfoque de tipo cualitativo y con una muestra que, aunque extensa y diversa, no representa todas las realidades vividas en el terreno profesional sanitario español, dejando la puerta abierta a futuras investigaciones que permitan generar más evidencias y propuestas de abordaje.

## 6. Conclusiones

La despersonalización, la escasa identidad de género y la confusión en términos como *género* y *sexo* fueron los hallazgos más recurrentes, haciendo necesario un abordaje que permita una interpretación adecuada de los datos y un enfoque respetuoso con las identidades de las personas.

De acuerdo con todo lo expuesto, convendría realizar una evaluación de los datos sanitarios recopilados a partir de las historias clínicas y de los registros, así como de la investigación, a partir de criterios de calidad, que incluyan la perspectiva de género y que permitan una validación previa a que dichos datos sean interpretados, especialmente de cara a la implementación de *big data* e inteligencia artificial o en general para la toma de decisiones clínicas posteriores.

También se desprende de los resultados la necesidad de incluir contenidos específicos relacionados con este tema en los programas formativos de futuros profesionales del campo de la salud, así como en la formación continua de quienes ya ejercen en la práctica, sin olvidar otras figuras profesionales mixtas, a caballo entre el campo de la salud, la comunicación y el lenguaje, que puedan evaluar la calidad de los registros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carnevale, Antonio; Emanuela Tangari, Andrea Iannone y Elena Sartini (2023): «Will Big Data and personalized medicine do the gender dimension justice?», *AI & Society*, 38 (2): 829-841.
- Clayton, Janine Austin y Cara Tannenbaum (2016): «Reporting sex, gender, or both in clinical research?», *JAMA*, 316 (18): 1863-1864.
- European Commission Directorate-General for Health and Food Safety (2023): *Pilot projects funded by the European Parliament—Health4LGBTI: reducing health inequalities experienced by LGBTI people*. <[https://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/projects/ep\\_funded\\_projects\\_en#-fragment2](https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#-fragment2)> [consulta: 4. VIII. 2023].
- European Union Agency for Fundamental Rights (2023): *Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <[http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-o\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-o_en.pdf)> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Facebook (2023): *Facebook Diversity*. Menlo Park: Autor <<https://www.facebook.com/facebookdiversity/?fref=nf>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Franconi, Flavia y Ilaria Campesi (2014): «Sex and gender influences on pharmacological response: an overview», *Expert Review of Clinical pharmacology*, 7 (4): 469-485.
- Gil-Borrelli, Christian; César Velasco, Marc Martí-Pastor y Pello Latasa (2018): «La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España», *Gaceta Sanitaria*, 32 (2): 184-186.
- Giorgi, Amedeo (1985): *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- GNURSESIM (2023): *Simulating the future of inclusive geriatric care*. <<https://gnursesim.eu/home-2/>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Government of Canada. Canadian Institutes of Health Research. Institute of Gender and Health Online Training Modules (2023): *Integrating Sex and Gender in Health Research*. <<http://www.cihrrisc.gc.ca/e/49347.html>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Government of India. New Delhi Registrar General & Census Commissioner (2011): *Census Schedules*. <<http://censusindia.gov.in/2011-Schedule/Index.html>> [consulta: 8. VIII. 2023].
- Government of Nepal. Kathmandu Central Bureau of Statistics (2011): *National Population and Housing Census*. <<http://cbs.gov.np/nada/index.php/catalog/54>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Government of the United Kingdom. London Office for National Statistics (2021): *Census topic consultation*. <<https://www.ons.gov.uk/census/censustransformationprogramme/consultations/the2021censusinitialviewoncontentforenglandandwales>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- HEALINT/HEALINT4ALL (2023): Assuring quality in International Healthcare Traineeships. <<https://healint.eu/>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Heidari, Shirin; Tomas F. Babor, Paola De Castro, Seram Tort y Mirjam Curno (2016): «Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use», *Research Integrity and Peer Review*, 1 (1): 1-9.
- LGBT Foundation (2021): *LGBT people could finally be acknowledged in the 2021 Census*. <<http://lgbt.foundation/news-articles/lgbt-people-could-finally-be-acknowledged-in-the-2021-census/>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Lynn-Green, Erika E.; Avery A. Ofoje, Robert H. Lynn-Green y David S. Jones (2023): «Variations in how medical researchers report patient demographics: a retrospective analysis of published articles», *Eclinicalmedicine*, 58.
- MOV-E (2023): *Intercultural Communication in Physiotherapy*. <<https://mov-e.education/university-of-applied-sciences-in-tarnow-poland/>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- NEOTERMED (2023): *Neología y terminología en ciencias de la salud: variación y análisis multidimensional del discurso biomédico*. <<https://www.neotermed.org/>> [consulta: 4. VII. 2023].
- National Institute of Health (NIH) (2023): Office of Research on Women's Health. <<http://orwh.od.nih.gov/research/sex-gender>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Pelletier, Roxanne; Nadia A. Khan, Jafna Cox, Stella S. Daskalopoulou, Mark J. Eisenberg, Simon L. Bacon, Kim L. Lavoie, Kaberi Daskupta, Doreen Rabi, Karin H. Humphries, Colleen M. Norris, George Thanassoulis, Hassan Behloul, Louise Pilote y GENESIS-PRAXY Investigators (2016): «Sex versus gender-related characteristics: which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young?», *Journal of the American College of Cardiology*, 67 (2): 127-135.
- Schiebinger, Londa y Marcia L. Stefanick (2016): «Gender Matters in Biological Research and Medical Practice», *Journal of the American College of Cardiology*, 67 (2): 136-138.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2023): *Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud*. <<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Reisner, Sari L; Tonia Poteat, JoAnne Keatley, Mauro Cabral, Tampose Mothopeng, Emilia Dunham, Claire E. Holland, Ryan Max y Stefan D. Baral (2016): «Global health burden and needs of transgender populations: a review», *Lancet*, 388: 412-436.
- Stanford University (2023): *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment website*. <<https://genderedinnovations.stanford.edu/>> [consulta: 4. VII. 2023].
- United Nations Women (UN) (2023): *HeforShe—Stand Together*. <<http://www.heforshe.org/en>> [consulta: 4. VIII. 2023].
- Universidad de Alicante (UA) (2023): *Curso Experto Universitario en Asistente al paciente internacional*. <<https://iulma.ua.es/es/experto-a-universitario-en-asistente-al-paciente-internacional.html>> [consulta: 4. VIII. 2023].

# Campanya de vacunació de la tardor de 2023<sup>1</sup>

## TERMCAT, Centre de Terminologia

La **campanya de vacunació** de la tardor de 2023, amb les **vacunes** contra la **grip** i la **COVID-19**, ha començat a final de setembre. L'administració conjunta de les **vacunes contra la grip i contra la COVID-19** s'adreça especialment a les persones que tenen un alt risc de complicacions si pateixen qualsevol d'aquestes dues malalties i a les que poden transmetre la infecció a aquestes persones en situació de risc, com ara els professionals sanitaris.

La **població diana** inicial són les persones que viuen en residències de gent gran, amb l'objectiu de prevenir les complicacions greus i la mortalitat que poden derivar d'aquestes dues malalties sobretot quan es contrauen simultàniament i, a la vegada, amb el fi de reduir la transmissió de totes dues infeccions. També s'adreça al col·lectiu de persones amb discapacitat residents en institucions tancades o a persones **institucionalitzades** de llarga durada.

En la campanya s'han identificat diversos **grups de risc** que rebran aquestes vacunes. El col·lectiu de població afectada inclou les persones de seixanta anys o més i les persones majors de cinc anys que pateixen malalties cròniques com ara trastorns cardiovasculars, neurològics o respiratoris, obesitat mòrbida, afeccions renals o anèmies. Igualment, es recomana també la vacuna a embarassades, pacients oncològics o amb VIH o que han estat trasplantats, persones amb cèl·liaquia o inflamació crònica i nens amb antecedents de prematuritat, entre d'altres.

Complementàriament, s'hi ha afegit un conjunt remarcable de població que rebrà la recomanació de vacunar-se: les persones que conviuen amb pacients considerats de risc i, com a novetat d'aquest any, els fumadors. A més a més, s'encoratja la vacunació contra la grip de manera independent en certs grups, com ara infants d'entre sis mesos i cinc anys, fumadors, docents

i persones que treballen en granges, explotacions avícoles o porcines o que estiguin en contacte amb fauna salvatge.

La vacuna contra la grip és una **vacuna inactivada** i s'ha elaborat amb quatre tipus de virus de la grip, seleccionats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) cada any, en funció de la probabilitat de circulació en cada temporada epidèmica, calcu-

lada a partir les dades recollides durant l'any anterior. La **vacuna contra la COVID-19 d'mRNA** que s'administra està adaptada a les noves variants òmicron circulants. A més a més, es disposa de dosis de **vacunes proteiques** per a persones que tinguin alguna contraindicació per a les **vacunes d'mRNA** (o vacunes d'ARN missatger).

El període ideal per a vacunar-se són els mesos d'octubre a desembre. La finalitat principal de la campanya de vacunació és immunitzar el grup de població amb possibilitats de complicacions si s'infecta amb aquests virus, com a mesura preventiva essencial per a garantir la salut i el benestar del conjunt de la població i evitar la sobrecàrrega del sistema sanitari.

Us recordem que en el web del TERMCAT podeu consultar diversos docu-

ments amb terminologia específica relacionada amb les vacunes i la vacunació: la **Terminologia de les vacunes**, el **Criteri sobre la denominació catalana de les vacunes** i el **Calendari de vacunacions sistemàtiques**.

La vacuna contra la grip és una vacuna inactivada i s'ha elaborat amb quatre tipus de virus de la grip, seleccionats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) cada any, en funció de la probabilitat de circulació en cada temporada epidèmica

## NOTES

1. Text adaptat a partir dels originals publicats en el portal **Terminologia de les ciències de la salut - demcat**.

# Alguns termes de seguretat alimentària <sup>1</sup>

TERMCAT, Centre de Terminologia

En aquest apunt parlem, des del punt de vista terminològic, d'alguns termes rellevants que podeu consultar en el *Diccionari de seguretat alimentària*, atès que tenir cura de la nostra **seguretat alimentària** és clau per a evitar eventuais problemes de salut, els quals poden anar de simples molèsties a trastorns o malalties greus.

## **al·lèrgia alimentària / intolerància alimentària**

Una **al·lèrgia alimentària** és una reacció adversa a aliments en què hi ha una resposta nociva i exagerada del sistema immunitari a un aliment o a un component d'un aliment. Així, es pot tenir al·lèrgia, per exemple, als crustacis, a les fruites amb closca, als grans de sèsam o a la soia. Els al·lèrgens són les substàncies que indueixen les al·lèrgies alimentàries. Per altra banda, la **intolerància alimentària** és una reacció adversa a aliments que es produeix perquè l'organisme és incapaç de digerir, metabolitzar o assimilar d'una manera natural un aliment o un component d'un aliment; per exemple, la intolerància a la lactosa.

## **toxiinfecció alimentària / intoxicació alimentària / infecció alimentària**

El terme **toxiinfecció alimentària** designa qualsevol malaltia transmesa per aliments en què l'agent causant ingerit és un microorganisme patògen, una toxina o bé una substància química tòxica. És a dir, és un concepte genèric, que inclou tant les **infeccions alimentàries** (en què l'agent causant ingerit és un microorganisme patògen amb capacitat de multiplicar-se dins l'organisme o de produir-hi elements tòxics que poden actuar com un antígen) com les **intoxicacions alimentàries** (en què l'agent causant ingerit és una toxina o una substància química tòxica).

## **perill alimentari / risc alimentari**

Un **perill alimentari** es defineix com un agent biològic, físic o químic que pot causar un efecte advers sobre la salut si és present en un aliment. El *Diccionari de seguretat alimentària* inclou més de dues-centes entrades noves relacionades amb els perills alimentaris. Per exemple, termes relatius als perills biològics (*anisakis, criptosporidi, estreptococ, listèria monocitògena, norovirus, salmonel·la*), als perills químics (*bisfenol A, contaminant orgànic persistent, contaminant de procés, dioxines, ftalats, micotoxines, nanoplàstic, residu de medicaments veterinaris*) i als perills físics (*cos estrany, radiació ionitzant*).

Altrament, **risc alimentari** designa la probabilitat que es produeixi un efecte advers sobre la salut com a conseqüència de l'exposició a un perill alimentari, en combinació amb la gravetat que pugui tenir.

A banda del *Diccionari de seguretat alimentària*, podeu consultar també tres infografies interactives que recullen de manera visual alguns dels termes més rellevants de l'àmbit. Concretament, es tracta de materials referits als **additius alimentaris**, a les **malalties transmeses per aliments** i als **perills alimentaris**. I recordeu que també teniu disponible el *Lèxic d'additius alimentaris*.

## NOTES

1. Text adaptat de l'original publicat en el portal *Terminologia de les ciències de la salut*, del TERMCAT.

# Formantes griegos en el ámbito biosanitario: el caso de (-)pir(et)-

Alejandro García-Aragón\*

A primera vista, el formante griego (-)pir(et)- puede parecer ajeno a los hispanohablantes, pero la realidad es que lo utilizamos constantemente en gran cantidad de palabras pertenecientes a campos tan distintos como la geología, el arte, los transportes, la antropología, la física, la química y, por supuesto, los ámbitos militar y biosanitario (medicina, psicología, psiquiatría, farmacia, etc.). Y es que todos ellos están unidos por el fuego griego<sup>1</sup>: πῦρ, πυρός, /pir, pirós/, es decir, ‘fuego’ y ‘del fuego’.

Los términos más generales que hemos heredado directamente del fuego heleno quizá sean el de *pira*, es decir, ‘hoguera’, ‘fogata’ (πυρά, /pirá/), y el de *piropo* (‘requiebro’, ‘halago’), del adjetivo πυρωπός, /piropós/, de πῦρ + ὤψ, /ops/, ‘que tiene cara o aspecto de fuego’, ‘ígneo’, ‘ardiente’, ‘rojizo’. De hecho, en el campo de la mineralogía hay una piedra preciosa, el granate de color rojo intenso, que recibe este mismo nombre: el piro-po (fig. 1).

Otro mineral que contiene este formante es el sulfuro de hierro, la pirita (πυρίτης, /pirítis/), debido a su brillante color dorado. Sin embargo, hay un mineral que no recibe este candente étimo por su aspecto, sino por lo que se hacía con él: el peróxido de manganeso o pirolusita, de πῦρ + λούω, /lúo/, ‘lavar a fuego’, quizá porque en la Antigüedad se utilizaba para quitar las manchas verdosas y marrones en la producción de vidrio<sup>2</sup>. Más extraño aún es el caso del grupo mineral de los piroxenos (‘[cuerpos] extraños en el fuego’), pues el fundador de la cristalografía, el abate francés René Just Haüy (1743-1822), consideraba la presencia de estos cristales verdosos como algo ajeno a las lavas donde se encuentran<sup>3</sup>.

Pero hay más palabras fogosas en el campo de la geología, como *pirosfera* (‘esfera de fuego’, masa candente que ocupa el centro de la Tierra) o *piroclasto* (‘fuego fragmentado’, es decir, fragmentos de roca ígnea volcánica), e incluso *pirofilacio* (‘el guardián del fuego’, «[E]xtensa caverna llena de fuego que se suponía existente en el interior de la Tierra»).

Siguiendo con la **física** y la **química**, no es de extrañar que hallemos muchas voces relacionadas con esta reacción química, como *pirología* (ciencia que estudia el fuego y sus aplicaciones), *pirometría* (estudio y medición de temperaturas muy elevadas), *pirómetro* (instrumento con el que se mide dichas temperaturas), *piroscopio* (termómetro diferencial con el que se estudia la reflexión y la radicación del calor), *piróforo*, *ra* o *pirofórico*, *ca* (ignífero, que se inflama al contacto con el aire), *piroeléctrico*, *ca* y *piroelectricidad* (aparición de cargas eléctricas en ambas



FIGURA 1. Granate piro-po (fotografía del autor)

caras de ciertos cristales a causa del calor), *pirólisis* (descomposición química por efecto del calor o el fuego), *piromagnético*, *ca* y *piromagnetismo* (alteración de las propiedades magnéticas de ciertos materiales por efecto del calor), *piridina* (compuesto orgánico inflamable) y *pirico*, *ca*, quizá el adjetivo más fogoso y que la Real Academia Española define como «perteneciente o relativo al fuego, y especialmente a los fuegos artificiales». Esto entronca con el **arte**: la pirotecnia, los piromusicales (espectáculos que combinan la pirotecnia con la música), los pirograbados (grabados sobre madera utilizando una punta incandescente) o los pirograbadores (aparatos para realizar pirograbados).

No obstante, la pirotecnia no se limita a este último ámbito, sino que también se extiende al **militar**, pues también es la fabricación y el empleo de materiales explosivos y los materiales explosivos en sí, cosa que hace un pirobolista (literalmente, ‘lanzafuegos’) pero especializándose en minas de voladura. Asimismo, a la **pólvora de algodón** (procedente de «la borra de una planta, impregnada de los ácidos nítrico y sulfúrico») también se la denomina *piroxilina* (literalmente, ‘sustancia leñosa que produce fuego’) y es un piróxilo (‘madera que produce fuego’), es decir, derivados nitrados de sustancias leñosas.

En los **medios de transporte**, encontramos *piróscafo*, que literalmente vendría a significar ‘nave de fuego’, pero procede del italiano y en realidad hace referencia a un buque de vapor. En **psicología** y **psiquiatría** nos encontramos con *pirofobia*, *pirómano*, *piromanía* y *piromaníaco*, *ca*, entre otros. En **antropología**, con *pirólatra*, *pirolatría* (adoración del fuego),

\* Doctor internacional en Traducción e Interpretación, traductor autónomo y término-lexicógrafo, Las Lagunas de Mijas, Málaga (España). Dirección para correspondencia: [alejandrogaragon@gmail.com](mailto:alejandrogaragon@gmail.com).

*piromántico* y *piromancia* (adivinanza a través de los colores, chasquidos y disposiciones de las llamas).

En **biología**, observamos el caso de las plantas pirófilas (‘afines al fuego’), es decir, plantas que propagan el fuego pero que resisten bien a él, incluidas sus semillas, por lo que son pirófitos (‘plantas de fuego’, plantas que resisten al fuego). En este campo puede que encontremos el caso más fantástico de este formante, un curioso tipo de lepidóptero: *piragón* o *piral*, «[m]ariposa que los antiguos suponían que vivía en el fuego y que moría si se apartaba de él».

En los campos de la **medicina** y la **farmacia**, a excepción de la palabra *pirosis* (ardentía), la mayoría de los términos ígneos se refieren a la fiebre, y no siempre emplean el formante *-piret-* (de *πυρετός*, /piretós/, ‘ardor’, ‘fiebre’), a saber: *pirexia* (estado febril, sinónimo poco usual de fiebre, hipertermia), *hiperpirexia* (fiebre superior a los 40 °C), *piretógeno*, *na* y *pirógeno*, *na* (que produce fiebre), *antipirético* (es decir, antitérmico, anti-febril, febrífugo) o *antipirina* (sustancia orgánica antitérmica, analgésica y anti-reumática).

En definitiva, vemos que, en castellano, este étimo griego ha sido (y pensamos que seguirá siendo) muy prolífico, pero es que también lo es, y en mayor grado, en griego moderno. Por sí solo, *πυρ*, /pir/, es un cultismo en la lengua helena actual —a excepción de cuando los griegos abren fuego (*Πυρ!*), y es que la palabra cotidiana para fuego es *φωτιά*, /fotiá/, derivada de *φως*, *φωτός*, /fos, fotós/, ‘luz’, ‘de la luz’—. En cambio, cuando se analizan las fogosas relaciones de *πυρ* con sufijos, prefijos y otros lexemas, se ve que corre como la pólvora a través de su léxico, de derivado en derivado y de compuesto en compuesto (fig. 2).

Así, *πυρ*, como si fuera el mismo Prometeo, dador del fuego (o *Προμηθέας Πυρφόρος*), va arrojando luz semántica y coherente entre palabras y términos helenos que están relacionados

con el concepto del fuego, tejiendo una constelación o mapa étimo-cognitivo<sup>4</sup> que ayuda a la memoria pero que se extingue al traducirse al castellano. Si no, analícense estas traducciones: *antorcha*, *arder*, *artillería*, *balística*, *bombero*, *calentar*, *candente*, *cañón*, *cerilla*, *cohete*, *detector de incendios*, *detonar*, *disparar*, *disparos*, *encendido*, *enrojecimiento*, *extintor*, *fiebre*, *fuegos artificiales*, *hoguera*, *ígneo*, *ignífugo*, *incandescencia*, *incendio*, *inflamación*, *meter fuego*, *misil*, *munición*, *pedernal*, *pegar tiros*, *pelirrojo*, *pira*, *pólvora*, *polvorín*, *proyectil*, *quemar*, *rojizo*, *santabárbara*, *tener fiebre*... Todas comparten un concepto común, pero solo quedan cenizas de alguna mecha conductora.

NOTAS

1. En su uso no metafórico, el fuego griego (*ελληνικόν πυρ*, /elinikón pir/) era un compuesto incendiario que se utilizaba para abrasar las naves y que se inventó en el Imperio bizantino —no en Grecia, como indica el *Diccionario de la lengua española* (DLE) de la Real Academia Española (RAE)—. Tenía la capacidad de seguir ardiendo sobre el agua. Curiosamente, en griego actual es más conocido como *υγρόν πυρ*, /igrón pir/, ‘fuego líquido’.
2. Nos resulta sorprendente que el DLE —en su 23.<sup>a</sup> edición, versión 23.7, en línea— contenga un grave error etimológico en la entrada de *pirolusita*, pues indica que proviene «[d]e *piro-* y el gr. *λύσις lysis* ‘descomposición’». De ser esto cierto, habría dado como resultado en español la palabra *pirolisita*, una piedra relacionada con la pirólisis, cosa que, hasta donde sabemos, no existe. De hecho, la palabra griega para *pirolusita* es *πυρολουσίτης*, /pirolusitis/, no *πυρολυσίτης*, /pirolisitis/, pues no procede de *λύω*, /lío/, ‘descomponer’ (entre otros significados), sino de *λούω*, /lúo/, ‘lavar’.
3. De nuevo, nos resulta chocante ver que el mismo diccionario de la RAE contenga otro error etimológico en otra entrada mineralógica, en este caso en la de *piroxena*, ya que señala que proviene «[d]e *piro-* y el gr. *ξένος xénos* ‘huésped’». Es evidente que *ξένος* también puede significar ‘huésped’, pero no en este caso, pues es otra acepción a la que se alude al hablar del origen de esta voz, una mucho más frecuente: *ξένος* aquí es ‘extraño’, ‘ajeno’, ‘insólito’, ‘raro’, pero no ‘huésped’. No obstante, parece que el DLE enmienda esta situación en la entrada de *piroxeno*: «Del fr. *pyroxène*, de *pyro-* ‘piro-’ y el gr. *ξένος xénos* ‘extranjero’, ‘extraño’, ‘huésped’, por considerar R. S. Haüy, creador del término, que su presencia en lavas era accidental». Se puede constatar en ambas etimologías y definiciones que *piroxena* y *piroxeno* son sinónimos... aunque tampoco lo indique el diccionario.
4. García-Aragón, Alejandro (2014): «An Etymo-Cognitive Approach to Modern Greek Vocabulary Learning», en N. Lavidas, T. Alexiou y A. M. Sougari (eds.): *Major Trends in Theoretical and Applied Linguistics*, volumen 3. London: Versita/De Gruyter, pp. 33-50. <<https://doi.org/10.2478/9788376560915.p3>> [consulta: 01.XII.2023].

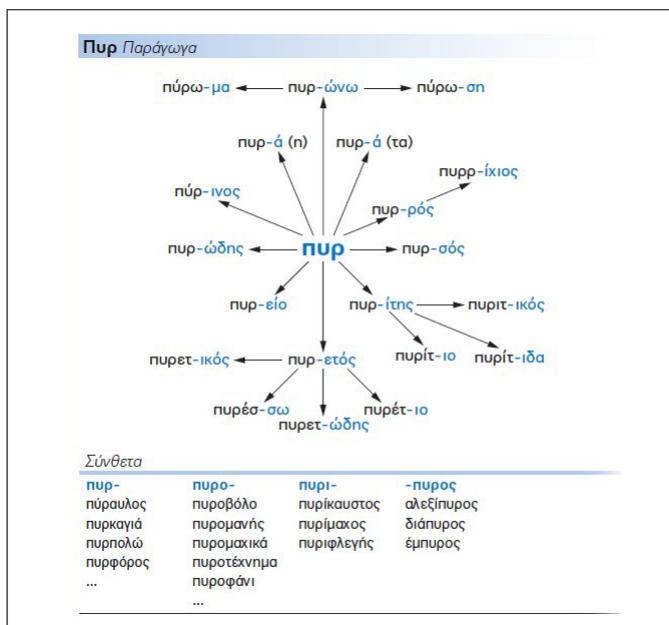


FIGURA 2. Palabras del griego moderno emparentadas con *πυρ*, ‘fuego’ (cultismo), del diccionario de *Babiñotis* *Λεξικό των Παραγώγων και των Συνθέτων της Νέας Ελληνικής* (2016).

# El verd és el color de l'esperança i del coronavirus també!

M. Isabel Guardiola\*

**ROSA ESTOPÀ (COORD.) (2022): *El coronavirus és verd! Imaginaris de la pandèmia. La construcció d'un discurs científic en la població infantil i juvenil a través dels mots.*** Barcelona: Editorial Octaedro; 214 pàgines. ISBN: 978-84-19506-40-5. Preu: 24,80 €.



Entre el 2020 i el 2021 hem assistit a una pandèmia mundial que ens ha somogut. Tots els especialistes i els analistes afirmen que l'impacte de la covid-19 en la nostra societat és inqüestionable. A diferència d'altres crisis sanitàries, però, el ressò en els altres àmbits com l'econòmic, el social, el polític, el laboral, l'educatiu, el cultural i, fins i tot, el lingüístic és també indubtable i a les hores d'ara, encara ens en ressentim. Com ha ocorregut amb la malaltia que va entrar sense avisar a les nostres vides, des del punt de vista de la llengua ens hem vist obligats a abraçar un vocabulari d'especialitat que, gràcies a la sobreexposició als

mitjans de comunicació en un món globalitzat com el nostre, hem hagut d'incorporar i assimilar de la nit al matí.

El llibre que ressenyem va en aquesta línia descrita, ja que té per objecte d'estudi «els termes més utilitzats durant la pandèmia» i, en concret, «observar com han estat categoritzats, explicats, assumits pels escolars» (p. 16). I per a fer-ho s'han tret «a la llum els imaginaris i els coneixements científics que tenen els nens, els preadolescents i els adolescents al voltant de la pandèmia a través de les explicacions i dels dibuixos que són capaços d'articular sobre els 22 termes més freqüents» (p. 16): *aïllament, antivacunes, brot epidèmic, cas positiu, confinament, coronavirus, contagi, covid-19, distància social, epidèmia, gel hidroalcohòlic, grup bombolla, mascareta, pandèmia, PCR, pneumònia, quarantena, respirador artificial, test d'antígens, UCI, vacuna i virus.*

Aquest estudi s'emmarca en el projecte LEXCOVID<sup>1</sup>, de la Fundació Catalana per a la Recerca i la Innovació de la Generalitat de Catalunya, i el projecte LEXMED<sup>2</sup>, del Ministeri de Ciència i Innovació, coordinats per Rosa Estopà (UPF), directora de la Càtedra Pompeu Fabra. Els projectes tenen la gràcia que es fonamenten en la col·laboració de centres educatius no universitaris d'arreu de l'Estat.

En aquest llibre, la investigadora principal, Rosa Estopà, ha sigut capaç d'acomboiar 14 professionals de camps ben diversos (medicina, pedagogia i ciències de l'educació, filologia i lingüística) que ens aporten dades i reflexions de diversos testimonis de la comunitat infantojuvenil al voltant de l'imaginari i de la visió del món sobre la covid-19. Després de la «Presentació» (p. 9-10) del volum a càrrec del professor de medicina Jonathan McFarland, i de la «Introducció» (p. 11-26) sobre el projecte LEXCOVID que redacta Rosa Estopà mateix, el capítol «Difusió social del vocabulari de la pandèmia i el seu reflex en la cultura popular» (p. 27-44), del metge i traductor mèdic Fernando A. Navarro, se centra a analitzar la manera inaudita en què la terminologia especialitzada, fins i tot la més especialitzada, relacionada amb la covid ha entrat en la llengua col·loquial a través de les xarxes socials (mems o campanyes de les «paraules de l'any») i també de cançons i acudits populars.

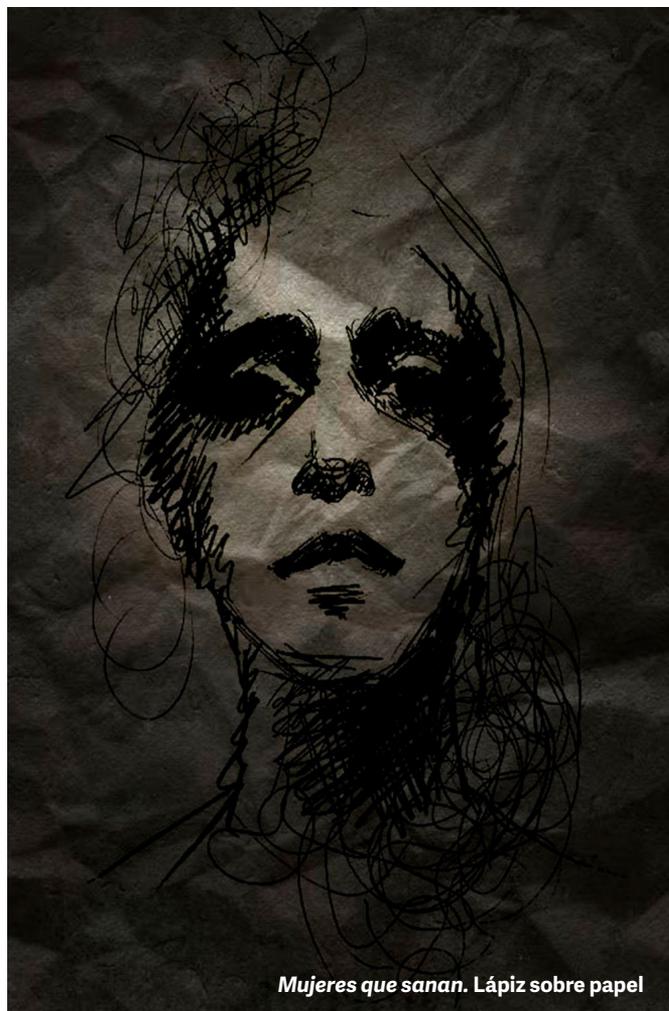
Els capítols 2-4 se centren en l'imaginari i la conceptualització terminològica al voltant de la pandèmia en cada etapa del col·lectiu escolar analitzat. Així doncs, en el segon capítol «Del coronavirus al test d'antígens: un nou vocabulari circula pels centres educatius» (p. 45-62), quatre professionals de l'ensenyament no universitari, Imma Creus, Cristina Estopà, Joan Parés i Núria Velàzquez, fan un panorama general amb les definicions dels termes triats que ajuden a representar la realitat que s'ha

\* Universitat d'Alacant. Adreça per a correspondència: [maribel.guardiola@ua.es](mailto:maribel.guardiola@ua.es).

viscut durant la (post)pandèmia, i hi reflexionen sobre el paper que hi pot jugar l'escola davant de la falta/excés d'informació, de l'existència d'informació errònia, d'una realitat distorsionada i les tensions psicològiques i emocionals que s'hi observen. En aquesta mateixa línia, en el tercer capítol, «Els imaginaris terminològics sobre la pandèmia: mirades des de la infància» (p. 63-83), Ona Domènech-Bagaria (UOC-IULATERM) estudia les definicions del corpus elaborades per xiquets dels dos darrers cicles de Primària (8-12 anys) i arriba a la conclusió que les vivències comunes, adobades pel conjunt de sobreinformacions, generen uns imaginaris terminològics compartits que sense dubtes s'han de tenir ben presents en l'elaboració de productes terminològics per a aquestes edats. Tanca aquest bloc el capítol del catedràtic de teoria de l'educació Jordi Planella, que ens planteja en «Els imaginaris terminològics sobre la pandèmia: mirades des de l'adolescència» (p. 85-99) l'altra cara de la moneda: com els imaginaris socials d'aquesta etapa fonamental de la vida traspuen formes de resistència cap a accions biopolítiques que els han volgut controlar.

Els capítols 5-8 giren al voltant de la percepció sobre el coneixement i la construcció de definicions de determinats termes que s'han plantejat als grups que participen en el projecte i arriben, si fa no fa, a conclusions semblants. Així doncs, la lingüista Ana Terroba ens proposa en el capítol «Límits en la terminologia de la covid-19 entre l'aïllament i el confinament» (p. 101-116) dues definicions de *aïllament* i *confinament* a partir de les dades extretes de les enquestes fetes al col·lectiu triat i que ajudarien a polir les confusions i vacil·lacions que presenten. En el sisè capítol, «Mateixos mots en edats diferents: la progressió del coneixement científic» (p. 117-133), Isabel Santamaria, també lingüista, planteja l'anàlisi de l'impacte de la pandèmia de covid-19 a partir de les definicions de dos termes triats de manera aleatòria, *coronavirus* i *UCI*, i arriba a la conclusió que «factors com ara l'edat i, en conseqüència, el nivell d'aprenentatge, influeixen a l'hora de definir un terme» (p. 131). D'altra banda, Ludovic Masson (IULATERM) arriba a conclusions semblants pel que fa als termes *PCR* i *vacuna* en el capítol «*PCR* i *vacuna*: des dels nens fins als experts» (p. 135-148) i, com en els casos anteriors, conclou que la gran exposició a la informació ha generat confusions diverses. Finalment, Rosa Estopà, en «Mutacions terminològiques: estudi dels termes *virus* i *vacuna* abans i després d'una pandèmia» (p. 149-168), planteja a través de l'anàlisi dels termes *virus* i *vacuna* que la sobreinformació i les vivències de la pandèmia afecten el coneixement dels xiquets, tot i les confusions manifestes.

Tanquen el volum dos capítols que tracten un altre vessant de la terminologia d'especialitat: el paper que poden jugar en la presentació de les dades les il·lustracions i les infografies. Així doncs, Jorge M. Porrás-Garzón i Laia Vidal-Sabanés (IULATERM) en el capítol que dona nom al llibre, «*El coronavirus és de color verd o vermell?* Imaginaris a partir dels dibuixos sobre termes de la pandèmia de covid-19» (p. 169-183), demostren que les il·lustracions són fonamentals en les obres lexicogràfiques, especialment a l'hora d'adquirir o transferir coneixements. Per acabar, novament Rosa Estopà i Laia Vidal-Sabanés plantegen en «La infografia terminològica, una eina educativa»



Mujeres que sanan. Lápiz sobre papel

(p. 185-203) l'ús d'aquesta estratègia comunicativa, la infografia, adaptada a cada nivell escolar perquè ajude a revertir els problemes derivats de la infoxicació a què s'ha vist sotmès aquest grup poblacional.

Comptat i debatut, aquest volum suposa una fita cabdal en la investigació al voltant de la necessitat d'avançar en la comprensió de la construcció i l'adquisició del coneixement d'especialitat, puntal necessari, d'una banda, per millorar el procés d'aprenentatge escolar i, d'una altra, per a l'elaboració de productes lexicogràfics i terminològics apropiats per a cada etapa escolar, dels que seran, en definitiva, els professionals del futur que hauran de gestionar, si escau, situacions com la que hem viscut.

## NOTES

1. «Imaginaris de la pandèmia: la construcció d'un discurs científic en la població infantil a través de la conceptualització dels mots» (FCRI-2022): <<https://www.upf.edu/es/web/iulaterm/lexcovid>>.
2. «Lèxic mèdic i definició: la construcció dinàmica del significat terminològic a través d'un corpus lexicogràfic escolar», programa Generación del Conocimiento del Ministerio de Ciencia i Innovación (PID2021-125906NB-I00): <<https://www.upf.edu/web/iulaterm/lexmed>>.

# Sobre el lenguaje de la medicina en español: recomendaciones, etimología, anglicismos y otras singularidades

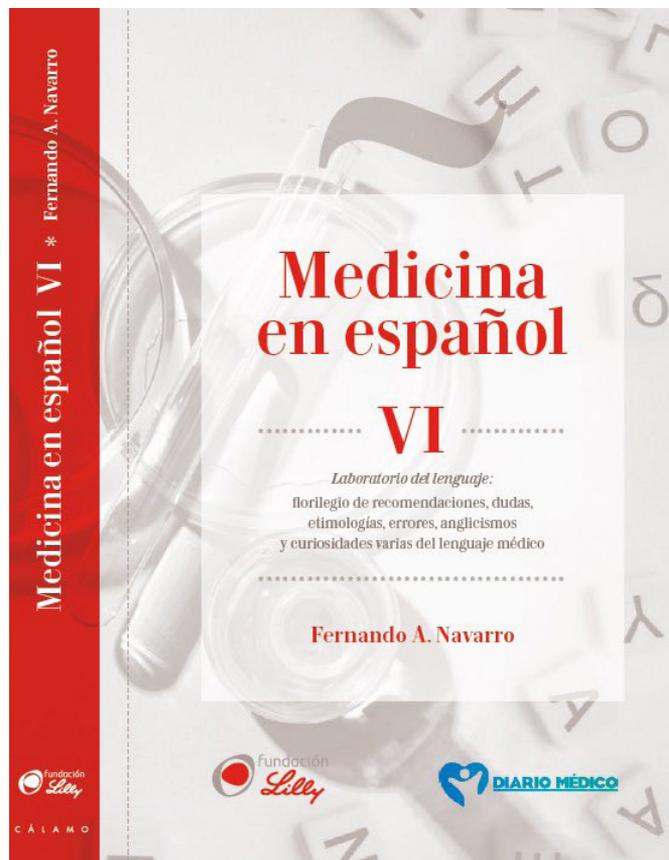
Ovidia Martínez Sánchez\*

**FERNANDO A. NAVARRO (2022):** *Medicina en español v1. Laboratorio del lenguaje: florilegio de recomendaciones, dudas, etimologías, errores, anglicismos y curiosidades varias del lenguaje médico.* Palencia: Ediciones Cálamo; 360 pp. ISBN: 978-84-16742-33-2.

Las palabras tienen un poder transformador, capaz de sanar heridas y encender la esperanza, sobre todo si las contextualizamos en el vasto universo de la medicina, donde la precisión y la comunicación son vitales. En este campo, el español emerge como un idioma colmado de historia y significado. Y así lo corroboran los datos: el 70 % de los documentos científicos del ámbito hispanohablante se publican actualmente en España<sup>1</sup> y el español es la lengua en la que más textos de carácter científico se publican después del inglés. Por tanto, es evidente la relevancia y el alcance del español en el mundo de la medicina. Como bien señaló Ludwig Wittgenstein en su *Tractatus logico-philosophicus*, «los límites de mi lenguaje significan los límites de mi mundo», esta conexión entre lenguaje y medicina se vuelve aún más crucial y, cabalmente, esa conexión es la esencia de *Medicina en español v1*.

Fernando Navarro, médico y traductor, publica la sexta entrega de su célebre *Medicina en español*, cuya finalidad es acercar al lector el placer del lenguaje. Este tomo, como los cinco anteriores, bebe directamente del *Laboratorio del lenguaje*, la sección que desde 2006 mantiene *Diario Médico* sobre etimología, historia, dudas léxicas y gramaticales, literatura, problemas de traducción y chascarrillos médico-lingüísticos. La Fundación Lilly respalda la edición de esta publicación como parte de la iniciativa MEDES (MEDicina en Español) con el objetivo de «contribuir a mejorar el conocimiento y uso del lenguaje médico en español y a concienciar a la comunidad científica sobre la importancia de utilizarlo de forma apropiada y precisa», subrayaba José Antonio Sacristán, en la presentación de la sexta edición.

En *Medicina en español v1*, Navarro desmonta errores comunes y malentendidos en el lenguaje médico, proporcionando explicaciones claras y soluciones prácticas. También examina las influencias, anglicismos y otros préstamos lingüísticos que ha experimentado la medicina, especialmente en relación con el inglés y otros idiomas extranjeros. Esta perspectiva histórica y comparativa añade un elemento fascinante a la obra y ayuda



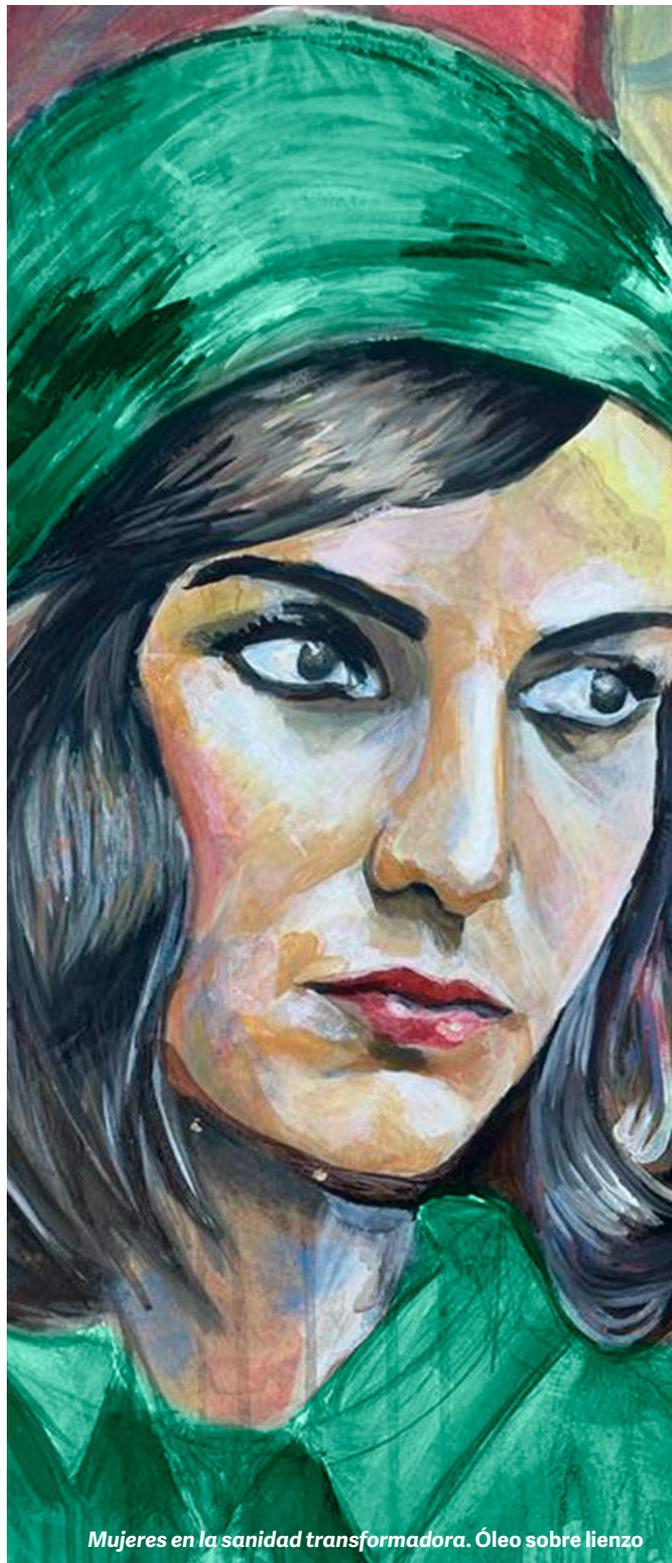
a comprender mejor la evolución de la terminología médica en español. La obra reproduce fielmente la estructura y el espíritu de los demás volúmenes de la colección, por lo que nos apoyaremos en ejemplos de la obra para mostrar esa autenticidad y novedad respecto a las entregas anteriores. Cada capítulo aborda un tema particular, lo que permite al lector adentrarse en áreas específicas de interés y encontrar respuestas a sus preguntas más apremiantes. Todo el contenido en este libro es novedoso y actual, aunque hay reenvíos a números anteriores, por lo que es muy útil tener los diferentes tomos a mano.

En la sección «¿De dónde viene?», se introduce el origen de los términos, es decir, la etimología de los conceptos que todo médico conoce o puede conocer y usa a diario. Algunos ejemplos son *glargina*, *tuberculina*, *espalda* y *quimera*. Gracias a esto, podemos explorar históricamente las influencias griegas y latinas en nuestra lengua a través de anécdotas e historias llamativas. Además, encontramos en este capítulo el apartado de «Extrañas parejas», en el que se analizan y relacionan, en oca-

\* Universidad de Alicante, Alicante (España). Dirección para correspondencia: [ovidia.martinez@ua.es](mailto:ovidia.martinez@ua.es)

siones, la procedencia de ambos términos. Pongamos el caso de *albúmina* (proteína) y *albinismo* (condición genética), donde este último deriva del latín *albinus* ('blanco', 'blanqueado'), un adjetivo derivado de *albus* ('blanco mate'). Palabras como *alba*, *álbum* o *albúmina* tienen esta misma raíz latina, de ahí que *albúmina* tenga ese vínculo con *albinismo*.

El español, al igual que el resto de lenguas, se encuentra en un estado constante de evolución. Continuamente surgen neologismos mediante recursos propios o foráneos que describen



Mujeres en la sanidad transformadora. Óleo sobre lienzo

nuevas realidades, mientras que otras palabras caen en desuso y desaparecen del lenguaje hablado, convirtiéndose en arcaísmos. A tal efecto, «Lengua viva» es una recopilación de palabras que comienzan a tener o tienen su propio espacio en español, como *gorditas*, *vacunatorio* o *doula*, y palabras que empiezan a estar o están en desuso, como *plesímetro*, *mortandad* o *pulsista*. Otro título que aparece representado dentro de este capítulo es el de las *palabras del año 2021*, donde no solo encontramos las palabras de ese año escogidas por instituciones o editoriales, en español, como *vacuna*, elegida por la Fundación del Español Urgente (Fundéu), sino que también las encontramos en vasco, con *aldaera* ('variante'), promovida por la Real Academia de la Lengua Vasca y el Centro Vasco de Terminología y Lexicografía; *vax* ('vacuna') escogida por el *Oxford Dictionary*; *Wellenbrecher* ('rompeolas'), elegida por la Gesellschaft für deutsche Sprache, en Alemania. Es notable el hecho de que la pandemia de COVID-19 se refleja en los vocablos escogidos en diversas lenguas como palabras del año.

En «Del hombre al nombre» se aclaran algunos términos que pertenecen al lenguaje médico que incluyen el apellido de alguna persona relevante que intervino en su incorporación al campo de la medicina. A través de estos términos, lingüísticamente conocidos como *epónimos*, aprendemos en este capítulo cómo surgió o se delimitó una nueva enfermedad, instrumento, ley o síndrome. Algunos ejemplos son el *síndrome de Down*, término nombrado así por los médicos de los años sesenta gracias a John Langdon Down, o los *quevedos*, en referencia a Francisco de Quevedo por ser uno de los primeros en usar ese tipo de anteojos en Madrid en la época de los Austrias.

El capítulo IV, «Dudas razonables», se exponen aquellas confusiones graves que tienen su origen en el uso incorrecto y prolongado a lo largo del tiempo de palabras médicas, lo cual ha producido incertidumbre en los profesionales de la medicina sobre estos tecnicismos. En este capítulo didáctico, el autor ilustra diversas cuestiones de interés, como la equiparación de significados de ensayos *aleatorizados* o *aleatorios*; la forma adecuada de plural del término *test* en español, ya sea *tests* o *test*; el género gramatical de *diabetes mellitus*; la posible diferenciación semántica entre *suero*, *vacuna* o *antídoto*; y el uso de *tratamiento terapéutico* y su posible redundancia, entre otros ejemplos significativos.

Para «Lenguaje jergal» se introducen una amplia variedad de figuras retóricas empleadas en el lenguaje médico, como metáforas o hipérboles propias de este grupo de hablantes. Igualmente, menciona Navarro el uso desmesurado de siglas sin expandir en documentos médicos. La «Jerga R», la «jungla de las siglas médicas» o «la jerga de los pacientes» son los títulos que preceden a los ejemplos de este capítulo. Dos ejemplos muy recomendables que el lector debería leer por el humor que los acompaña son, en primer lugar, «Beatriz y el colirio desaparecido», una anécdota que le ocurrió a Marián García, farmacéutica, sobre la problemática de escribir siglas jergales en un documento médico para una paciente; y, en segundo lugar, «Siglas chulas», en el que, para crear el nombre de una institución, colegio, etc. se recomienda escoger uno cuya sigla sea fácil de leer y no tenga connotaciones perjudiciales.

A continuación, citando textualmente a Rodilla Gutiérrez (2003: 86), catedrática de Historia de la Ciencia, afirma que «ha existido una extraordinaria y fructífera relación a lo largo de la historia entre la medicina, la literatura y otras formas de actividad creadora». Esta cita nos abre paso al capítulo literario «Medicina y literatura», como es habitual en esta colección, donde se ofrece una muestra de bibliografías de médicos escritores en los que ha existido esa relación entre ambas disciplinas a lo largo de la historia. Estas obras pueden abrir al médico nuevas perspectivas para entender su propia profesión, como el *manga* japonés de Osamu Tezuka; *Pabellón de reposo* (1934), de Camilo José Cela; *Los ojos de Heisenberg* (1966), de Frank Herbert o el *Diario del año de la peste* (1722), de Daniel Defoe. Incluso es posible encontrar poesía en el lenguaje médico, según asegura Navarro, y puede descubrirse en el poema incluido *Clínica Perio*, de Margarita Hernando de Larramendi, donde aborda su enfermedad periodontal de la forma más lírica posible.

En «Bien decir» se manifiesta el afán por la precisión y la claridad en la elección de las palabras debido a la confusión por el uso de tecnicismos fonética o gráficamente similares o por la proximidad del campo semántico. Por ende, esta sección aclara los pormenores de la nomenclatura normalizada propia del ámbito médico. Asimismo, se analiza si *intoxicación* y *envenenamiento* representan un mismo concepto o si el uso intercambiable de *personas de edad avanzada*, *la tercera edad* o *personas mayores* podría considerarse eufemístico. También se aborda la cuestión de qué resulta más apropiado, referirse a una persona con *discapacidad* o *capacidades diferentes*.

«¡Qué difícil es el inglés!» ofrece ejemplos de palabras, ideas y expresiones procedentes del inglés que se han vuelto cotidianas en el lenguaje de los médicos españoles. Las palabras, cuando se trasladan de unos idiomas a otros, a veces no son lo que aparentan, y, en este capítulo en particular, nos enfrentamos a un falso amigo o *faux-ami*. Si queremos referirnos a la terapia que en inglés recibe el nombre de *cupping*, ¿usamos el mismo vocablo en español o hablamos de *aplicar ventosas*? ¿Es *intoxication* en inglés *intoxicación* en español o más bien *intoxication* traducido al español es *borrachera*? ¿Cómo es el término equivalente en español de *real-world evidence*; *evidencia del mundo real* o *datos de la vida real*? No solo en este capítulo vemos que las apariencias engañan en inglés, sino también en muchos otros idiomas, como el alemán, italiano, catalán, portugués...

En el capítulo sobre «Humor y Lenguaje», Navarro explora la confluencia de humor, lenguaje y medicina, convencido de que «pensar seriamente el humor es uno de los modos más eficaces de acercarnos a la auténtica realidad» (p. 244). Nos presenta el *santoral cómico* con ejemplos de lo más jocosos, como que el santo de los enfermos graves es san Severo; el santo de los farmacéuticos, san Francisco de Sales; el de las enfermedades infecciosas, san Basilio; y de los médicos naturistas, santa Valeriana. Nos comenta la serie estadounidense de *Los supersónicos* (*The Jetsons*), de Hanna-Barbera, y los llama *precursores de la telemedicina*. Se nos expone un pequeño experimento llevado a cabo con el traductor automático Google Translate, en el cual se introduce una cita en español, se traduce a diversas lenguas y luego se vuelve a traducir al español. El resultado es sorpren-

dente, pues carece completamente de sentido, generando una amalgama de oraciones desprovistas de significado alguno.

El libro finaliza con «*Varia et curiosa*», un variado anecdotario con curiosidades del vocabulario médico especializado. Desde *House cura también en la vida real*, en el que se nos presenta a Jürgen R. Schäfer, médico que ha resuelto casos complejos inspirado en los métodos de la serie televisiva *House*, hasta la problemática tan anecdótica de crear definiciones universalmente aceptadas de palabras como las que designan a los colores, donde pone de ejemplo el color amarillo. Puede resultar difícil crear definiciones para conceptos como los colores debido a su naturaleza subjetiva y a su percepción variable en diferentes culturas y contextos. Asimismo, esclarece otras historias, como la que resumo a continuación: sabemos que la mejor lengua para Twitter es el chino, ya que, al tener cada tuit un límite de caracteres, se opta por una lengua breve, y aprendemos que la peor lengua para escribir un tuit es el español, por la gran cantidad de preposiciones y artículos que emplea.

El valor de esta obra radica en su capacidad para abordar tanto el campo de la medicina como todo lo que lo rodea. Se aprende de la historia de la medicina, de cómo ha evolucionado el oficio desde antaño hasta ahora. Se profundiza en aspectos lingüísticos del lenguaje médico tanto en español como en muchas otras lenguas. Además, el autor proporciona numerosos ejemplos y referencias bibliográficas que enriquecen aún más la obra y la convierten en una herramienta inestimable para traductores o revisores médicos en su quehacer diario. A través de los diez capítulos que componen *Medicina en español VI*, Navarro ofrece ejemplos, anécdotas e historias que cautivan al lector, revelando la faceta más humana de la medicina. Este libro, así como el resto de tomos, no solo está dirigido a profesionales de la salud, sino también al público lego o semilego en medicina, incluidos lingüistas, periodistas, traductores y otros interesados, quienes se fascinarán con las peculiaridades de nuestro idioma, el español.

## NOTAS

1. Según el informe *El español, una lengua viva* publicado por el Instituto Cervantes en 2022.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gutiérrez Rodilla, Bertha (2003): «Lo literario como fuente de inspiración para el lenguaje médico», *Panace@*, 4 (11): 61-67.
- Wittgenstein, Ludwig (2017): *Tractatus logico-philosophicus / Investigaciones filosóficas sobre la certeza* (traducción y edición de Isidoro Reguera Pérez). Madrid: Editorial Gredos (ISBN 978-84-249-3774-4). <<https://lenguajeyconocimiento.files.wordpress.com/2014/04/wittgenstein-gredos-tractatus-investigaciones-y-sobre-certeza.pdf>> [consulta: 10. VI. 2023].

# La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: el caso de la reproducción asistida

Ana Reyes Herrero\*

**ROSA ESTOPÀ Y MERCÈ LORENTE (2022) (EDS.):** *La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: el caso de la reproducción asistida*. Barcelona: Institut de Lingüística Aplicada de la Universitat Pompeu Fabra; 207 pp. ISBN: 978-84-9984-623-1. Precio: 24,04 €.



El lenguaje y la medicina son dos ramas de conocimiento que están estrechamente relacionadas, y cada cambio, avance o descubrimiento científico supone un cambio terminológico, pues, como dicen las autoras, «no hay ciencia sin palabras».

Puesto que la ciencia evoluciona constantemente y con bastante rapidez, el lenguaje científico está también en continua transformación para poder representar y denominar las nuevas realidades. Pese a la ingente cantidad de estudios sobre diferentes cuestiones relacionadas con la terminología especializada, Estopà y Lorente centran la atención en lo poco que se ha indagado acerca de las tendencias en la variación y en los cambios en el uso de la terminología de un ámbito concreto, y es por eso que centran su proyecto en la reproducción asistida, campo de la medicina que ha progresado rápidamente desde la década de los ochenta en España.

De este modo, *La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: el caso de la reproducción asistida* recoge diez capítulos que incluyen las contribuciones teóricas y metodológicas del proyecto «TERMMED: Evolución del conocimiento científico en medicina: el cambio léxico y semántico», que analiza la relación entre la evolución científica y el cambio léxico a través de un corpus textual dividido por períodos temporales.

Los dos primeros capítulos nos adentran en los fundamentos teóricos del proyecto. Por un lado, en «Una teoría multidimensional de los neologismos», Cabré propone un marco teórico global de carácter multidimensional que reflexione sobre el neologismo de manera holística. Es necesario que la teoría delimite el objeto de estudio, el neologismo, y que lo contemple como un objeto poliédrico y desde todas sus dimensiones, siempre y cuando se respeten «la condición de univocidad» y «la condición de no contradicción». No obstante, el objetivo es crear una teoría lingüística centrada en «la observación, análisis y explicación» de los neologismos. Este marco teórico se basa en la propuesta de base lingüístico-comunicativa conocida como teoría comunicativa de la terminología (TCT), propuesta por Cabré (1999). En ella se establece que el objeto de estudio de la terminología son los términos especializados que aparecen en textos tanto orales como escritos. Además, no se centra solamente en el lenguaje, sino también en la comunicación y el conocimiento. Por otro lado, en «El cambio léxico en terminología», Lorente profundiza en lo anterior, pero esta vez desde el punto de vista del cambio terminológico. Se plasman sus principios fundamentales y se dice que se trata de un proceso natural en el que actúan tanto factores internos como externos, fundamentándose en las aportaciones de destacados autores.

\* Universidad de Alicante, Alicante (España). Dirección para correspondencia: [ana.reyes@ua.es](mailto:ana.reyes@ua.es).

Las bases del proyecto TERMMED aparecen brevemente desarrolladas por Estopà y Lorente en el tercer capítulo, «El proyecto TERMMED: aspectos metodológicos». Puesto que la medicina es un campo muy amplio y antiguo, se ha seleccionado una especialidad que tiene una fecha de nacimiento clara y reciente: la reproducción asistida. Además, se explica cómo se creó el corpus, con qué programas se hizo la extracción terminológica y, finalmente, la división terminológica por períodos temporales. Para realizar esta delimitación temporal, las autoras se han basado en la bibliografía dedicada a la historia de la reproducción asistida para señalar aquellos hitos científicos que han tenido lugar a lo largo de los años en esta especialidad. En aras de una mayor productividad, se ha dividido el equipo en paquetes de trabajo, cada uno de los cuales se dedicará al estudio de un aspecto concreto.

En el capítulo «De la generalidad a la especificidad del conocimiento: el rol de las unidades terminológicas sintagmáticas», Cabré, Estopà, Montané y Porras-Garzón argumentan que, en los inicios de una disciplina, el objetivo es fijar aquellos términos básicos y fundamentales, capaces de expresar precisión, especificación y concisión. No obstante, conforme este conocimiento avanza, se crean términos poliléxicos («constelación») derivados de los términos base («satélites»). Tras esta premisa, se pretende establecer la correlación entre la especificidad del conocimiento y la especificidad de las unidades, y para ello han expuesto los resultados de 5 unidades monoléxicas. Para el análisis se ha realizado una documentación lexicográfica para ver la presencia en el *Diccionario de términos médicos* (DTM) de la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANM), se ha observado la diversidad y frecuencia de uso en el corpus y se ha evaluado la generación de términos satélite de cada uno de ellos.

La creación constante de nueva terminología implica, en muchas ocasiones, la coexistencia de palabras sinónimas y homónimas. De esta manera, llega un momento en el que se tiende a usar unos términos más que otros, y esto repercute en su obsolescencia y posible desaparición. El siguiente capítulo, «La obsolescencia terminológica», escrito por Montané, Lorente, Porras-Garzón y Xu, pretende establecer las causas preliminares generalizables por las cuales algunos términos del corpus se han vuelto obsoletos. Para ello, prestan atención a la terminología presente en los períodos temporales intermedios del corpus y toman los más recientes para ver así las razones de este cambio. Se han dividido los términos en cuatro subámbitos temáticos: esterilidad, fertilidad e inseminación; embarazo y aborto; terapias, tratamientos y medicamentos; y visibilización de las personas afectadas o involucradas. Dentro de cada uno de estos grupos, se han observado escenarios de obsolescencia terminológica. Se han detectado cambios en todos los escenarios establecidos, pero cabe mencionar que estos cambios no se producen solamente por el avance científico, sino también por cambios socioculturales y legales y por cambios gramaticales, entre otras razones.

En «Estabilidad y variación de las estructuras morfológicas y sintácticas», Lorente, Arnau y Vidal han realizado una selección de 4000 candidatos al estatus de término encontrados en

el corpus. El objetivo es poder evaluar si presentan variación terminológica y si a lo largo de los años esta variación se reduce o no. Se ha demostrado que los patrones sintagmáticos son los básicos y que la reproducción asistida sigue la tendencia de la lengua general y del discurso médico y que, además, el cambio terminológico es exclusivamente de carácter léxico.

El uso de las abreviaciones en el campo de la medicina ha aumentado considerablemente a lo largo de los años, y su uso provoca, en muchas ocasiones, confusión en el lector. Es por eso que, en «Sistemas de abreviación en reproducción asistida: camino de la especialización», Terroba y da Silva analizan los resultados de un corpus exclusivo de abreviaciones. Así, se podrá ver si siguen las normas de uso y si pueden dar lugar a ambigüedad. Como planteaban en la hipótesis, el uso de abreviaciones aumenta a lo largo de los años y su uso puede causar confusión en el texto.

Tal y como comentan las autoras Domènech, Estopà y Santamaría en «La terminología de la reproducción asistida en los diccionarios», una de las formas más útiles para ver la evolución y la aceptación terminológica es ver su presencia en los diccionarios. Es por eso que en este paquete de trabajo se ha analizado la terminología de la reproducción asistida recogida en diccionarios de lengua general. Se han seleccionado los términos más usados del corpus TERMMED y se han documentado 32 términos relacionados con la reproducción asistida en diccionarios de lengua general al igual que en dos diccionarios especializados, prestando especial atención a variaciones de significado y variantes. Además, se ha comparado la presencia de esta misma terminología en diccionarios especializados y se han contrastado las entradas.

Debido a que cada herramienta informática de extracción terminológica sigue estrategias y patrones propios, en «Herramientas de búsqueda y análisis en el proyecto TERMMED», Vivaldi, Torres Moreno, Torres Rivera, Terroba y da Silva exponen cada uno de los tres sistemas informáticos que se han usado: Terminus 2.0, YATE y WikiYate. Los resultados de cada uno de los extractores se han combinado para así poder crear un listado de los candidatos al estatus de término.

Para finalizar, en el último capítulo, Torres Rivera y Torres Moreno exponen tres estrategias (el gráfico de dispersión, el gráfico de correlación y el grafo de similitud) con el fin de compilar y representar los candidatos a término del corpus para así poder ver su distribución a lo largo de los años y su presencia en los textos.

En síntesis, *La terminología, espejo de la evolución del conocimiento científico: el caso de la reproducción asistida* reúne las diversas contribuciones del equipo de trabajo y del equipo de investigación derivadas del proyecto TERMMED. Gracias a estas contribuciones se ha podido evaluar el objetivo común: ver la correlación entre la evolución del conocimiento científico de la reproducción asistida y el avance de la terminología que conforma esta especialidad de la medicina. En vista de lo expuesto anteriormente, hemos podido observar una vez más que, efectivamente, el avance científico implica un avance terminológico, pues es necesario nombrar las innovaciones y nuevos descubrimientos, para los que se crea nueva terminología.

## Nuestra ilustradora: el rostro de las mujeres de Ana de los Ríos

María Luisa Rodríguez Muñoz\*

«Observando la pintura y analizando los matices de la zona en sombra me doy cuenta de que ese es el lugar en el que he vivido siempre, y que antes de intentar salir a la luz necesito entender qué sucede en esas construcciones que las mujeres hemos levantado en las tinieblas»

PAULA BONET, 2017

*El síndrome de Yentl*, lo llaman. En 1991, Bernardine Healy pone nombre a la invisibilidad de las mujeres en la investigación de enfermedades cardiovasculares. Antes, la nada. No existían ensayos con sujetos femeninos, se nos protegía con el silencio, nuestra condición era no existir en la estadística. La presión de la Office of Research on Women's Health (ORWH) lleva a la FDA a publicar en 1993 instrucciones para el estudio, evaluación, diseño y análisis de las diferencias por cuestión de sexo de los ensayos (Gutiérrez Cía y Obón Azuara, 2017: 41). La EMA se resiste, pero las críticas en los 90 no cesaron y alcanzan su articulación normativa en la Conferencia de Pekín sobre la mujer. El grupo ETAN, el grupo Helsinki y los programas Marco de innovación e investigación en la Unión Europea desempeñan un importante papel a la hora de reclamar que la protección de la mujer implica su participación. La OPS (2009) y la OMS (2018) le dan cuerpo oficial a la política de igualdad de género en los procesos de trabajo, y surgen guías para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud, como la de la Escuela Andaluza de Salud Pública, de 2010. Estamos en 2023 y aún queda mucho por hacer, como testimonia este monográfico: androcentrismo, insensibilidad, cuestionamiento u omisión de género en los problemas de investigación, modelo del Olimpo en la construcción del conocimiento y la difusión del saber científico. El diagnóstico y las recomendaciones son claras, pero cuesta ver el rostro de la mujer desde un modelo inclusivo porque eso supone realizar cambios estructurales y pasa por ver y escuchar, en primer lugar, a las protagonistas, lo cual, en ciertas ocasiones, no es cómodo ni agradable.

Por tanto, entendemos perfectamente que, cuando le pedimos que ilustrara este especial, Ana de los Ríos nos devolviera dibujos de mujeres, aunque hubiera trabajado durante mucho tiempo la abstracción. No deseaba perderse en la mancha o en lo etéreo: quería representar formas claras y visibilizar la figura



de las féminas de una forma reconocible para el espectro más amplio posible de la población. Eso sí, no recoge estereotipos: ni musas en el estudio ni ángeles infantiles encamados en el hospital. Al principio, llegaron propuestas coloristas y contundentes, con un toque de Chagall en su autorretrato de 1914, y fue descendiendo en gama cromática y aumentando en número y grosor los trazos hasta la total negrura que cerca unos ojos cerrados que buscan refugio en los párpados (pág. 3). En la segunda y tercera tanda, sus protagonistas transmiten firmeza y parecen estar en lucha. Ana representa sus emociones dibujándolas con toques expresionistas que recuerdan un poco a Schiele y Kokoschka por su clarividencia y la capacidad de reflejar el estado de ánimo y hasta el alma de los personajes. Esta evolución de las entregas es lógica y evoca a la experimentada por la artista Paula Bonet: de la figuración de sus primeras ilustraciones hasta los aguafuertes de la *La sed* que se expusieron en *Una habitación oscura* y los óleos de *Roedores*. *Cuerpo de embarazada sin embrión*. El dolor va deformando la imagen para ganar vehe-

\* Traductora-intérprete jurada y profesora de Traducción e Interpretación, Universidad de Córdoba (España). Dirección para correspondencia: [mlrodmun@gmail.com](mailto:mlrodmun@gmail.com).

mencia y transmitir lo que no tiene nombre, lo que solo ellas ven porque no se colocó la linterna de la ciencia hacia ese lado. No obstante, Ana nunca desborda la forma humana, no quiere que olvidemos quiénes están y por qué. Las visibiliza con la crudeza de lo real que sí está y amplía su significado con pocos aditamentos. Al colocar a las mujeres en primer plano, el público dialoga de forma íntima e irremediable con ellas. Los rostros serios y preocupados parecen cuestionar la brecha salarial en el sector biosanitario, los constructos sociales que, a base de repetirse, generan un sesgo de sedimentos históricos difíciles de mover y que están detrás de diagnósticos lentos y desajustados de enfermedades crónicas, prescripciones a mansalva de sedantes y antidepressivos y traumas por episodios dolorosos de violencia (psicológica, física, sexual, obstétrica, entre otras de carácter sistémico). La más absoluta oscuridad en las ilustraciones es la que permite ver a mujeres del personal sanitario con ojos duros, angustiadas sobre papel gris y líneas arremolinadas, algunos rayos de luz y el gesto cansado. Las médicas y enfermeras a las que Marta Morón dio vida en el número 51 y en el suplemento de la covid de 2020 siguen ocupándose de unidades enteras a doble turno. Su ejemplo inspira a la niña que observa con atención a su compañera de lámina que, a buen seguro, ha tenido que forjar su liderazgo a base de trabajo extenuante y máximo cuidado para construir su femineidad en un entorno desabrido.

Sirva este monográfico para impulsar el cambio y leer la serie hacia atrás: negro, claroscuros, líneas gruesas, finas, tonos fríos, cobre con sed de rojo, colores brillantes. Abrir la puerta y la ventana, descansar en una habitación luminosa, ocupar el espacio de nuestro volumen... Aspiramos a ser en los números y en las letras con la linterna en el techo sin cristales, donde corre el aire y bajamos la guardia porque el ágora también es nuestra desde la cuna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonet, Paula (2016): *La sed*. Barcelona: Lunwerg.
- Bonet, Paula (2017): «Paula Bonet. Una habitación oscura», *La Fábrica*. <<https://www.lafabrica.com/noticias/paula-bonet-pared-roja/>> [consulta: 3. XI. 2023].
- Bonet, Paula (2018): *Roedores. Cuerpo de embarazada sin embrión*. Barcelona: Literatura Random House.
- Flores-Domínguez, Carmina; Diego Meraz Ávila y Denise Niza Benardete Hararid (2019): «La mujer en la medicina del siglo XXI», *Educación Médica*, 20 (5): 325-328. <<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-la-mujer-medicina-del-siglo-S1575181318301232>>.
- García Calvente, María del Mar; María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante y María del Río Lozano (2010): *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Gutiérrez Cía, Isabel y Blanca Obón Azuara (2017): «Perspectiva de género en la investigación en medicina. Una perspectiva ética y legal», *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 40: 38-45.
- Naciones Unidas (2023): «La violencia de género es una de las

violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo», *Centro Regional de Información de las Naciones Unidas para Europa Occidental* [UNRIC]. <<https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>> [consulta: 5. X. 2023].

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018): *Género y salud*. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>> [consulta: 5. X. 2023].
- Organización Mundial del Trabajo [OIT] (2022): «Las mujeres del sector de la salud y de los cuidados ganan un 24 por ciento menos que los hombres», *OIT Noticias*. <[https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_850974/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_850974/lang-es/index.htm)> [consulta: 5. X. 2023].
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009): *Política de igualdad de género*. <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/6070>> [consulta: 3. XI. 2023].
- Terán Terán, Isabel (2021): «Mujeres invisibles para la medicina, también en la investigación de la COVID-19», *RTVE*. <<https://www.rtve.es/noticias/20210520/no-hay-suficientes-datos-desagregados-por-sexos-efectos-covid-19/2090693.shtml>> [consulta: 5. X. 2023].

## INFORMACIÓN DE LA ARTISTA

Ana de los Ríos Ortiz es diseñadora gráfica y una apasionada profesora de Artes Plásticas en Guadalajara. Graduada en Bellas Artes con Mención en Animación y Diseño por la Universidad de Granada en 2017, actualmente cursa el Máster de Fotografía Artística de la Universidad Internacional de La Rioja. Ha trabajado como diseñadora gráfica para distintas empresas e instituciones durante cuatro años y ha participado en una exposición grupal escultórica en Granada.

## EXPERIENCIA PROFESIONAL

- ▶ Diseñadora gráfica para la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de Granada. Granada, 2016-2017.
- ▶ Diseñadora gráfica para Grupo2000. Granada, 2016-2017.
- ▶ Diseñadora gráfica para Real Madrid Club de Fútbol. Madrid, 2017-2018.
- ▶ Exposición grupal de proyectos escultóricos *A la calle*. Casa de Zafra, Granada, 2019.
- ▶ Diseñadora gráfica para Grupo Vermatic. Granada-Melilla, 2019-2021.

## DATOS DE CONTACTO

Instagram: @anadelosrios\_  
Correo electrónico: [anaadlro@gmail.com](mailto:anaadlro@gmail.com).