

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE IDIOMAS  
FACULTAD DE HUMANIDADES



Análisis de los parámetros de funcionalidad en la traducción del folleto médico *“Get the facts about gynecologic cancer”*

Para obtener el Diploma de  
Especialidad en Traducción e Interpretación

Presenta  
Velia Rojas Rubio

Tijuana, B.C. a 13 de junio de 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE IDIOMAS  
FACULTAD DE HUMANIDADES



Análisis de los parámetros de funcionalidad en la traducción del folleto médico "Get the facts about gynecologic cancer"

Para obtener el Diploma de Especialidad en Traducción e Interpretación

Presenta  
Velia Rojas Rubio

Aprobado por:

Dra. Rosío del Carmen Molina Landeros  
Director del Trabajo Terminal

Mtro. Juan Carlos Lugo Torres  
Codirector del Trabajo Terminal

Mtra. María del Rocío Ríos Garduño  
Lector del Trabajo Terminal

Tijuana, B.C. a 13 de junio de 2017

*Por ti y para ti Gael...*

## **Agradecimientos**

A Dios, por darme todo lo necesario para realizar este proyecto.

A mis profesores por su total apoyo y disposición para ayudarme, en particular a mi Directora, Dra. Rosío Molina por orientarme desde la investigación del anteproyecto en el primer semestre, lo cual que fue la base de todo lo que se adicionó después.

A mi Codirector, Mtro. Juan Carlos Lugo por leerme desde el principio y siempre aportarme nuevas perspectivas e ideas, en especial por ayudarme a reformular un planteamiento del problema menos anecdótico.

A mi Profesora, Dra. Leticia Valdez por animarme desde el principio y más aún cuando el trabajo parecía desdibujarse, gracias por todo su tiempo y paciencia para ayudarme a reestructurarlo y quedarme así con un tema que me facilitó este camino.

A mi Lectora, Mtra. Rocío Ríos quien además de ayudarme con sus observaciones finales a mi trabajo terminal, en su rol de coordinadora, también fue la primera que me recibió en la UABC y me hizo sentir en casa, gracias por apoyarme con todos los trámites de principio a fin.

A mi esposo, por su gran e invaluable apoyo, sobre todo con nuestro hijo, gracias por el trabajo en casa, por estar pendiente de tareas, uniformes, en fin, por el día a día de un año de mucho esfuerzo y gran satisfacción...lo logramos!

Muy especialmente a mi hijo, gracias Gael por todo! No me cabrían aquí los verbos y adjetivos para describir todas las cosas que hiciste para que me fuera posible culminar este proyecto, si lo logré en gran parte fue por ti...gracias mi niño!

A mi familia en Veracruz, Xalapa, Pachuca, que a pesar de la distancia física que nos separa siempre estuvieron a una llamada o a un mensaje animándome, escuchándome, compartiendo paso a paso cada etapa de este curso. En especial a mis padres por enseñarme a perseverar.

A mi amiga, la Sra. Virginia Valdez por su desinteresada y bella amistad, amigas pocas y como usted muy pocas. Gracias por haber estado conmigo desde el día uno cuando me llevó a tramitar mi examen TOEFL y por todas las veces que me ayudó a cuidar a Gael, mil gracias.

I would like to acknowledge Allison Cossman and Cinthia Gelb from the CDC's in Atlanta for all their support and information about the brochures.



## Índice General

Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	8
1. Introducción.....	9
1.1 Antecedentes.....	10
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Justificación.....	18
2. Marco Teórico.....	19
2.1 Enfoques Teóricos de la Traducción.....	19
2.1.1 Enfoques lingüísticos.....	19
2.1.2 Enfoques textuales.....	20
2.1.3 Enfoques cognitivos.....	20
2.1.4 Enfoques comunicativos y socioculturales.....	20
2.1.5 Enfoques filosófico y hermenéutico.....	21
2.2 Modelos funcionalistas.....	23
2.2.1 La teoría del <i>Skopos</i> .....	23
2.2.2 Modelo de Nord.....	25
2.2.3 Modelo de Reiss.....	30
2.3 Divulgación científica.....	32
2.3.1 Los folletos médicos.....	33
2.3.1.1 Las funciones de los folletos médicos.....	34
2.3.1.2 La estructura de los folletos médicos.....	35
2.3.1.3 Los participantes.....	35
2.4 Traducción de folletos médicos.....	36
2.5 Competencia traductora.....	40

3. Metodología.....	45
4. Resultados del Proyecto.....	47
4.1 Análisis de los Factores Extratextuales.....	47
4.1.1 El emisor.....	47
4.1.2 La intención.....	48
4.1.3 El receptor.....	48
4.1.4 El medio.....	49
4.1.5 El lugar.....	49
4.1.6 El tiempo.....	49
4.1.7 El motivo.....	50
4.1.8 La función textual.....	50
4.2 Análisis de los Factores Intratextuales.....	52
4.2.1 El tema.....	52
4.2.2 El contenido.....	52
4.2.3 Las presuposiciones.....	52
4.2.4 La estructura textual.....	54
4.2.5 Los elementos no verbales.....	54
4.2.6 El léxico.....	55
4.2.7 La sintaxis.....	56
4.2. Las marcas suprasegmentales.....	56
4.3 Comparación de resultados.....	57
4.3.1 Comparación de Factores Extratextuales.....	57
4.3.2 Comparación de Factores Intratextuales.....	61
5. Conclusiones.....	66
Referencias.....	68
Anexos.....	72

## Índice de tablas y figuras

Tabla 1 El emisor.....	57
Tabla 2 La intención.....	57
Tabla 3 El receptor.....	58
Tabla 4 El medio.....	58
Tabla 5 El lugar.....	58
Tabla 6 El tiempo.....	59
Tabla 7 El motivo.....	59
Tabla 8 La función fática.....	60
Tabla 9 La función apelativa.....	60
Tabla 10 La función referencial.....	61
Tabla 11 El tema.....	61
Tabla 12 El contenido.....	62
Tabla 13 Las presuposiciones.....	62
Tabla 14 La estructura textual.....	63
Tabla 15 Los elementos no verbales.....	63
Tabla 16 El léxico.....	64
Tabla 17 La sintaxis.....	64
Tabla 18 Las marcas suprasegmentales.....	65
Figura 1 El origen de hispanos en Estados Unidos.....	15
Figura 2 Ubicación electrónica del folleto.....	49

## Resumen

Este trabajo se centra en el análisis de los parámetros de funcionalidad de la traducción al español del folleto médico, “*Get the facts about gynecologic cancer*”, para lo cual se establecen en primer lugar, las características de este género textual y la importancia que tiene la traducción dentro del área de la divulgación médica. En segundo lugar, bajo el enfoque de la teoría funcionalista, se desarrolla el análisis de los parámetros extratextuales e intratextuales de dicho folleto, para posteriormente contrastarlos con la versión original en inglés y por último, presentar las conclusiones para valorar de qué manera la traducción de este texto logra cumplir con la función de su género textual.

**Palabras clave:** *traducción, funcionalismo, folleto médico, divulgación médica, género textual.*

## 1. Introducción

La traducción es una actividad humana que se realiza desde tiempos remotos, cuyo principal motivo es, sin duda, facilitar la comunicación entre personas de distintas lenguas y culturas. Por otro lado, la medicina, es una disciplina también existente desde hace siglos, que de acuerdo a la página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017, parr. 1), tiene como objetivo central preservar y restaurar la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad. Ambas actividades han ido de la mano desde tiempos inmemoriales y:

Nowadays, the more widespread access to information [...] together with the current tendency toward educating the patient, who is assuming a more active role when making decisions about his/her health, have increased the demand for texts that facilitate the transfer of medical knowledge to a wide, non-specialized, heterogeneous audience (Muñoz, 2012, p. 187).

Lo anterior implica una gran tarea para los traductores, ya que existe un sinfín de materiales en inglés, la *lingua franca* para la comunicación científica actual (Ruiz, 2008, p. 233), que precisan ser traducidos, el folleto médico, no es la excepción a esta situación. Para efectos del presente trabajo, hemos seleccionado la traducción al español de un folleto médico en inglés del área de ginecología para analizarla desde una perspectiva funcional. Partiremos de la descripción de la divulgación médica, haciendo especial énfasis en los folletos de salud, revisando su estructura, funciones y destinatarios. Abordaremos los aspectos teóricos que sustentan esta investigación, mediante la descripción de los conceptos más importantes de la corriente funcionalista y sus principales autores, brindando particular atención al modelo de análisis textual propuesto por Nord (1988) con el que se valorarán los factores extratextuales e intratextuales de la traducción del folleto médico, lo cual sumado a la comparación que se realizará contra el texto original, constituye la parte central de este trabajo. Finalmente, se expondrán las conclusiones derivadas de dicho análisis, en las cuales se valorará de qué manera la traducción logra la función de su género textual. En la sección de anexos, se incluyen ambos folletos y en el apartado de referencias la bibliografía citada durante los diferentes capítulos.

## 1.1 Antecedentes

En el artículo “Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto folletos de salud e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos”, escrito por María Blanca Mayor Serrano en el 2005, quien actualmente trabaja diversos temas de la traducción en el área de la divulgación médica, comunicación médico-sanitaria y la alfabetización en salud, se realiza un contraste entre folletos de salud, el cual destaca la importancia de este género textual no solo en el ámbito editorial sino también en el proceso de formación de traductores. Aquí la autora menciona algunas definiciones de folletos de salud (las cuales se abordarán en el capítulo siguiente) y estudia sus factores externos como la función comunicativa predominante del texto, los participantes en la comunicación y en la recepción, los actos del habla y la producción textual, así como sus factores internos de macroestructura y elementos metacomunicativos, para lo cual utiliza un corpus constituido por 60 folletos médicos, 30 en inglés y 30 en español. La autora selecciona específicamente los *marcadores discursivos*, como objeto de estudio, y analiza los siguientes: los introductores del tema discursivo, los de señalización de cambio de tema discursivo, y los reformuladores recapitulativos. Después de la descripción de las características de cada uno de ellos, la autora concluye con una reflexión sobre la importancia del uso de este tipo de textos en la didáctica de traductores médicos, tomando como ejemplo el caso que menciona Navarro y Hernández, 1997, como se cita en Mayor, 2005, p. 139:

[...] si un médico lee expresiones como «vientre», «anginas», «pulmonía», «boca del estómago», «cardenal», «sabañones o «enfermedades renales», conocerá en seguida que el traductor es alguien ajeno a la medicina. Por el contrario, el uso de sus equivalentes especializados, «abdomen», «amigdalitis», «neumonía», «epigastrio», «hematoma», «perniosis» o «nefropatías», podría confundir al paciente en un texto destinado a él.

Es por esto que Mayor (2005) sugiere que “se debe crear conciencia al estudiante de traducción que la comunicación médica no es exclusiva entre especialistas, sino entre ellos y el público en general, sea cual sea el contexto y canal elegido para establecerla” (p. 138). Esa variedad de receptores y sus distintas necesidades dan pie a la producción de diversos materiales de divulgación científica con ciertas características, las cuales de acuerdo a Mayor (2005) deben de ser consideradas por el traductor para decidir cómo presentar las unidades léxicas y



terminológicas de una especialidad determinada, con la intención de ajustar sus traducciones a la escritura de la comunidad médica (p. 239).

Otro de sus trabajos que se relaciona con la presente investigación es el desarrollado en 2003, en el que estudia artículos de revistas divulgativas, que al igual que el folleto médico, están dirigidos al público lego y ambos géneros comparten entre sí varias características en común. Este artículo describe cómo los elementos metacomunicativos ayudan a aclarar la intención del autor del texto y facilitan al lector la recepción de la información. Para este estudio, Mayor (2003b) configura un corpus con 20 artículos de revistas divulgativas en inglés y 20 en español y los elementos que analiza son: la definición, la sinonimia, la explicación, la introducción de nuevos términos y la introducción de siglas. La autora resalta la importancia de estos elementos porque “constituyen un instrumento idóneo [...] para garantizar el éxito de la comunicación [...]” (Mayor, 2003b, p. 97). Por último, Mayor (2003b) también hace referencia a que se deben conocer “las pautas de escritura típicas de la comunicación médica [...] así como su variedad formal en ambos sistemas lingüísticos, pues un uso incorrecto de las mismas podría entorpecer el éxito de la comunicación y oscurecer la claridad del discurso divulgativo” (p. 106).

Por otra parte, en un análisis contrastivo de folletos médicos realizado por Faya (2015) se resalta la importancia de estudiar sobre la traducción de estos textos, ya que como explica la autora, “las investigaciones realizadas sobre los folletos médicos son muy escasas. Aún lo son más, las que versan sobre la traducción de dichos textos” (p. 348). Su estudio está basado en un corpus constituido por un total de 200 folletos médicos, de los cuales 100 son del Reino Unido y 100 de España. Al igual que se hará en nuestro trabajo, la autora toma como guía los elementos del modelo de análisis de Nord y revisa los aspectos formales como el tipo de papel, elementos gráficos, extensión del folleto, variabilidad de las fuentes y estilos así como la macroestructura; y los elementos lingüísticos como el registro, la longitud y construcción de frases, las repeticiones y la terminología. Ella concluye con una identificación de las características del género textual en ambos idiomas y se detectan las similitudes y diferencias entre ellos, a fin de que sean directrices para los traductores y las implementen durante la traducción de estos textos, para cumplir con las características de dicho género en la cultura meta correspondiente.

Otro de los trabajos que se suma a nuestros antecedentes es el realizado por García y Muñoz (2015) titulado: “Los folletos de información oncológica en contextos hospitalarios: la

perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios”, desarrollado en España por el Grupo Gentt, cuyo objetivo es revisar los géneros dirigidos a enfermos de cáncer para proponer una redacción que se ajuste mejor a sus necesidades. Lo hemos considerado ya que nuestro folleto también se enmarca en la temática del cáncer. En su artículo, las autoras explican el concepto de *traducción heterofuncional*: “es la que implica la reformulación y la recontextualización; ya sea, inter o intralingüística, de un género, normalmente especializado, en otro dirigido a un tipo de público distinto y con una función diferente” (García y Muñoz, 2015, p. 226).

Los resultados rescatan principalmente las siguientes realidades: el perfil heterogéneo de los pacientes oncológicos, que la mayor parte de la información que se brinda es oral (razón por la que los folletos son importantes a manera de refuerzo), que la elaboración de los folletos la realizan voluntarios de enfermería sin seguir criterios definidos, y los temas y características deseables en los folletos oncológicos. Además de estos aspectos, el artículo concluye remarcando que existe un vacío en la información dirigida a estos pacientes, especialmente en lo que respecta a los efectos secundarios de los tratamientos, los cuidados en el hogar, la sexualidad, etc.; y señala que “sería deseable que los traductores se prepararan durante su formación para realizar este tipo de traducciones entre lenguas y dentro de una misma lengua; contando siempre con el asesoramiento de los profesionales sanitarios” (García y Muñoz, 2015, p. 230).

Existen también algunas tesis relativamente nuevas que se relacionan con la temática de nuestro trabajo, como la elaborada por Aguilera Cifuentes (2016) de la Universidad de Barcelona titulada “Análisis comparativo de las traducciones al español de folletos de salud de los organismos de salud pública en los EE. UU”; en donde ofrece un panorama general sobre la documentación para pacientes, enfocándose específicamente en los folletos de salud. La autora describe las características principales de los folletos, los elementos a considerar para su elaboración y los criterios a seguir para traducirlos, sustentado gran parte de su investigación en los diversos trabajos de Mayor Serrano. La parte medular de esa tesis es un análisis de folletos para pacientes (seis en inglés y sus correspondientes seis traducciones al español) basado en la clasificación y el concepto de error que propone Hurtado Albir en su libro publicado en 2001 “Traducción y Traductología”. En ella se muestran los principales errores en las traducciones de los folletos y propone una traducción alternativa para cada caso.

Al igual que los folletos que serán utilizados en nuestro análisis, los doce textos antes

mencionados provienen de organismos de salud pública de los Estados Unidos, país en el que “el español es la segunda lengua mayoritaria y en 2011, los hispanos ya representaban el 17% del total de la población estadounidense, constituyendo así el grupo minoritario más grande de la nación” (Aguilera, 2016, p. 10). Actualmente, de acuerdo a la publicación del 23 de febrero de este año del diario *El País*, se estima que dicha población comprende unos 60 millones de habitantes, lo que representa un 19%. La autora concluye que la mayor cantidad de errores detectados en esos folletos fue a nivel terminológico y que “el mayor reto a la hora de trasladar conocimiento especializado a un público lego es la densidad terminológica que presentan los textos médicos” (Aguilera, 2016, p. 50). Si bien nuestro trabajo no se centra en la búsqueda específica de errores, parte del análisis nos llevará a la microestructura, donde la desteterminologización se verá reflejada en mayor o menor medida y es bueno tener en cuenta que es precisamente ahí donde debemos poner especial atención debido al género textual involucrado.

En otra tesina titulada “La traducción médica: análisis de textos no especializados con el fin de formular directrices para el traductor principiante”, la autora Inge Groenewoud (2011) analiza tres diferentes textos: el folleto médico, el consentimiento informado y el prospecto médico, todos ellos comparten la característica de ser textos de divulgación médica. En su obra se describen las características de los tres diferentes tipos de textos; sus funciones, intenciones y estructura. Posteriormente, con base en el modelo circular de Nord (2005), la autora hace un análisis de cada uno de ellos para detectar posibles problemas en el proceso de traducción y es aquí donde la vinculación de esta investigación con la nuestra se vuelve aún más estrecha ya que nosotros utilizamos el mismo modelo de análisis y uno de los textos que la autora estudió que es el folleto médico.

Una vez aplicado el modelo, se realiza la traducción de ciertos fragmentos de cada tipo de texto y concluye aportando una serie de directrices para los traductores principiantes, las cuales divide en específicas y generales. Entre las *directrices específicas* se encuentran las relacionadas con: las equivalencias culturales, en las que resalta la importancia del uso de metáforas, las unidades de medida entre distintos sistemas métricos y elementos culturales específicos; por ejemplo, ciertos platillos o comidas que son propios de la cultura fuente pero no se conocen en la cultura meta. Otras de las directrices específicas son las que tienen que ver con la terminología médica, la denominación de las medicinas y las abreviaciones. En cada caso describe brevemente qué hacer ante posibles escenarios que involucren estos elementos. En cuanto a las *directrices*

*generales*, menciona las siguientes cuatro: preferir la estructura de oraciones cortas para facilitar la lectura y/o comprensión, evitar ambigüedades y explicitar cosas implícitas, tener presente el Skopo y el público meta, y la importancia del uso de adverbios, pronombres y explicitaciones para fomentar la cohesión del texto.

Si bien otros autores han propuesto directrices para la traducción de este tipo de textos, incluso más extensas y elaboradas, Groenewoud (2011) explica que las que ella propone son muy útiles para los traductores principiantes y aunque no son muy innovadoras, su objetivo es solo ofrecer apoyo a los traductores que están por iniciarse en el área de la traducción de textos médicos (p. 120).

## 1.2 Planteamiento del Problema

La comunicación por escrito en contextos hospitalarios es de vital importancia tal como señalan algunos autores (García y Muñoz, 2015 y Jacobson, 2001) ya que entre otras cosas, sirve de apoyo a la comunicación oral que generalmente se proporciona a los pacientes y familiares. Sin embargo, contar con textos divulgativos apropiados no siempre es fácil, ya que a pesar de la gran oferta que existe en esa área, muchos de ellos no cumplen las expectativas de los lectores o no logran sus objetivos; en el caso de los folletos de salud, a menudo presentan “una serie de dislates que no sólo generan confusión entre los ciudadanos, sino que también contribuyen a que aumente la incultura del pueblo” (Mayor, 2004, p. 66). En Estados Unidos, estos folletos son objeto de traducción (o adaptación) en numerosas instituciones, como la *Organización Panamericana de la Salud*, los *CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, la *American Cancer Society*, etc. y están destinados especialmente a las comunidades hispanohablantes (Mayor, 2004, p. 67). Esto último representa un reto para los traductores ya que los hispanos en ese país no son un bloque homogéneo, de acuerdo a una publicación de la BBC del 15 de Marzo del 2016 la comunidad se configura de la siguiente manera:

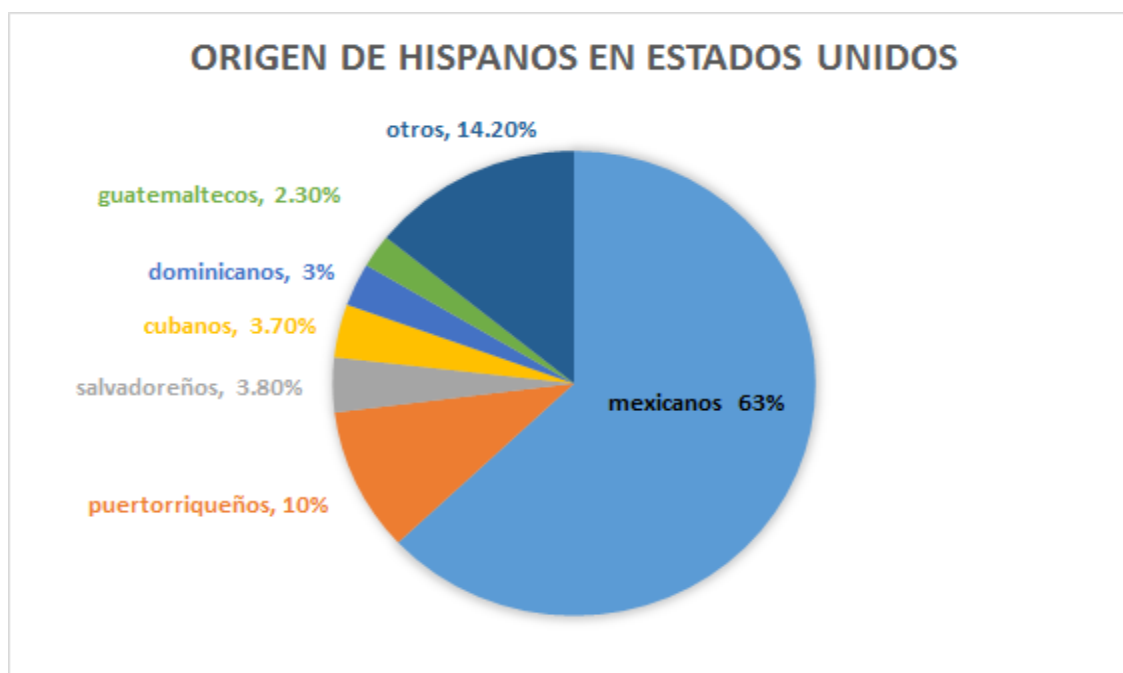


Figura 1. Origen de hispanos en Estados Unidos. Fuente:

[www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160304\\_internacional\\_elecciones\\_eeuu\\_2016\\_cifras](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160304_internacional_elecciones_eeuu_2016_cifras)

Esa amplia variedad de nacionalidades implica un reto mayor para el traductor, ya que su texto meta va dirigido a un público diverso y multicultural, de tal manera que debe asegurarse, entre otras cosas, de redactar en un español que tanto los cubanos como los mexicanos puedan entender, de integrar las variantes del idioma en una versión más homogénea ya que “el lenguaje es un elemento clave para la difusión e intercambio de información entre ambas partes (médico-paciente), que presenta problemas y particularidades tanto a nivel intralingüístico como en la comunicación entre diferentes idiomas” (Echauri, 2015, p. 267).

Por último, y no menos importante, el esfuerzo de los traductores ante estas realidades obedece también a que en ese país existe una reglamentación establecida y de acuerdo a “las leyes federales y estatales vigentes, los proveedores tienen la responsabilidad de proporcionar acceso a información lingüística y culturalmente adecuada [...]” (Jacobson, 2001, p. 64). Además, “el Departamento de Salud de Estados Unidos reconoce el derecho del cliente a acceder a cuidados sanitarios con servicios lingüísticos apropiados, y la Oficina de Derechos Civiles sostiene que esos servicios incluyen la interpretación y la provisión de materiales traducidos” (Woloshin et al., 1995 y Perkins et al., 1998, como se cita en Jacobson, 2001, p. 64).



### 1.3 Objetivos

A continuación, se presenta el objetivo general del actual trabajo así como los objetivos específicos que apoyan al desarrollo del primero, esto con la intención de guiar la investigación a través de una serie de pasos ordenados que en conjunto logren darle la estructura y formalidad que este tipo de documento requiere.

#### 1.3.1 Objetivo general

Analizar los parámetros de funcionalidad en la traducción del folleto médico “*Get the facts about gynecologic cancer*” bajo la teoría del Skopos para valorar la función comunicativa del texto meta.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar la traducción del folleto médico “*Get the facts about gynecologic cancer*” con el modelo de análisis textual de Christiane Nord (1988) para identificar los parámetros extratextuales e intratextuales.
- Comparar la versión en inglés con la versión en español del folleto por medio del cotejo de los resultados del análisis anterior para distinguir las similitudes y diferencias de la traducción con el texto original.
- Valorar la función comunicativa del texto meta con base en los parámetros analizados para establecer de qué manera logra la función del género textual.

## 1.4 Justificación

Los fines académicos que motivan nuestro estudio son primordialmente contribuir en la investigación del área de la traducción de folletos médicos, que como señalan algunos autores no es abundante (Faya, 2015, p. 348) ni de gran interés pragmalingüístico y didáctico a pesar de las dimensiones editoriales alcanzadas por esta clase de texto y del empleo de los mismos como material didáctico en algunos programas de traducción (Mayor, 2005, p. 132). En este vacío de información, “apenas existen investigaciones basadas en el estudio de este género (el folleto médico) en un contexto real y en las que se tengan en cuenta las necesidades concretas de un determinado perfil de pacientes” (García y Muñoz, 2015, p. 226). Lo anterior pone en evidencia la importancia de nuestro trabajo para sumar, en la medida de lo posible, a la discusión y el análisis de este género textual. En este sentido, pretendemos que nuestra aportación sea propositiva, ya que durante la búsqueda de información de este tema, encontramos una cantidad importante de artículos y tesis que insisten en señalar los errores de las traducciones, lo cual respetamos y entendemos, puesto que la traducción de textos médicos involucra el cuidado de la salud de las personas e incluso está de por medio la vida, pero a diferencia de esos documentos, buscamos la otra perspectiva, ya que obviamente también deben de existir traducciones que son dignas de comentarse por el buen trabajo que representan.

En esta investigación apostamos por analizar un trabajo que, de primera mano, nos pareció interesante y completo; sin embargo, estamos conscientes de que para llegar a una conclusión válida, se deben tener en cuenta criterios teóricos que brinden solidez a nuestros argumentos, tal como apunta Reiss (1971, como se cita en García, 1994, p. 48) quien señala que una crítica debe basarse en criterios y categorías válidas, además debe ser constructiva y proponer alternativas a los errores encontrados. Por todo esto, consideramos importante para nuestra formación como traductores realizar un ejercicio que nos ayude a ir más allá de simples conjeturas y conclusiones superficiales. No pretendemos determinar si una traducción es adecuada o no, sino que buscamos analizar y determinar cómo la traducción al español de un folleto médico en inglés cumple su función que, primordialmente, es de carácter informativo y persuasivo, lo que nos llevará a conocer criterios y elementos que en un futuro, nos permitan no sólo valorar traducciones ajenas sino las propias, de tal forma que seamos autocríticos y contemos con herramientas que nos permitan hacerlo de forma objetiva.

## 2. Marco Teórico

Con la intención de contextualizar la presente investigación, mencionaremos brevemente las diversas perspectivas de la teoría de la traducción partiendo de la clasificación que propone Hurtado (2001), la cual contempla cinco enfoques: 1) Lingüísticos, 2) Textuales, 3) Cognitivos, 4) Comunicativos y Socioculturales; 5) Filosóficos y Hermenéuticos.

### 2.1 Enfoques teóricos de la traducción

#### 2.1.1 Enfoques lingüísticos.

Están basados en la aplicación de ciertos modelos lingüísticos que incide en la descripción y comparación de lenguas sin entrar en consideraciones de índole textual. Son estudios que, en lo que respecta a la traducción, describen y comparan lenguas (Hurtado, 2001, p. 126). Los diferentes modelos lingüísticos que existen son: La *lingüística comparada* que utiliza las categorías de la gramática tradicional y efectúa comparaciones entre las lenguas de unidades aisladas, por ejemplo léxico, elementos morfológicos y sintácticos (Hurtado, 2001, p. 126). Las *estilísticas comparadas* que aplican al análisis comparado los estudios efectuados en estilística interna. La mayor aportación de este modelo son los procedimientos técnicos de traducción, los cuales son clasificados por sus pioneros Vinay y Darbelnet (1958) como: préstamo, calco, traducción literal, transposición, modulación, equivalencia y adaptación (Hurtado, 2001, p. 126). Estas categorías han sido retomadas por muchos autores: Vázquez Ayora (1977), García Yebra (1982), Ballard (1987), Newmark (1988), Van Hoof (1989), entre otros (Hurtado, 2001, p. 261). Las *comparaciones gramaticales*, son un tipo muy común, y utiliza diferentes submodelos como las categorías de la gramática oracional y algunos procedimientos de las estilísticas comparadas (Hurtado, 2001, p. 126). La *aplicación al estudio de la traducción de diferentes modelos de análisis lingüístico*, por ejemplo: la aplicación que hace Garnier (1985) de la sistemática de Guillaume, la aplicación de Catford (1965) de la teoría de los niveles de Halliday y la aplicación que efectúa Vázquez Ayora (1977) del modelo transformacional (Hurtado, 2001, p. 126). Los *enfoques semánticos*, con autores como Nida (1975) y Kade (1973) quienes han utilizado este tipo de análisis para los lenguajes de especialidad y Durisin (1972) en la traducción literaria (Hurtado, 2001, p. 127). Por último, 6) los *enfoques semióticos*, que consideran la traducción como proceso de transformación entre sistemas de signos, por ejemplo la consideración de Ljdukanov (1969) de la traducción como proceso cibernético de signos, o la relación que establece Arcaini (1986)

entre signo lingüístico y signo icónico (Hurtado, 2001, p. 127).

### **2.1.2 Enfoques textuales.**

Hurtado (2001) explica que en estos enfoques se aborda la traducción como operación textual poniendo de relieve el papel de las tipologías textuales. Bajo este enfoque se introducen términos como: superestructura, macro y microestructura, textualidad, textura, coherencia y cohesión textual, tipologías textuales, intertextualidad, etc. En este contexto la atención pasa de comparar lenguas a comparar textos (p. 127). Mientras que algunos autores inciden más en los aspectos intratextuales de análisis, otros añaden los aspectos extratextuales que intervienen en la traducción. Muchos de estos autores, por el énfasis que ponen en los elementos contextuales son también exponentes del enfoque comunicativo y sociocultural (Hurtado, 2001, p. 128).

### **2.1.3 Enfoques cognitivos.**

Son aquellos estudios que se centran en el análisis de los procesos mentales que efectúa el traductor. Dentro de este enfoque existen diversas tendencias como: la teoría interpretativa o teoría del sentido, los análisis psicolingüísticos, los análisis de los comportamientos mentales del traductor, la aplicación de estudios en psicología cognitiva al análisis de la traducción, además de estudios de índole más experimental que analizan de modo empírico los mecanismos del proceso traductor utilizando fundamentalmente la técnica de *Thinking-Aloud Protocol* (Hurtado, 2001, p. 128).

### **2.1.4 Enfoques comunicativos y socioculturales.**

Hurtado (2001) menciona que estos enfoques se orientan a destacar la función comunicativa de la traducción, consideran con especial atención los aspectos contextuales que rodean la traducción y señalan la importancia de los elementos culturales y de la recepción de la traducción (p. 128). En cuanto al papel de los aspectos socioculturales se destacan las aportaciones de los traductólogos bíblicos (Nida y Taber, 1969; Margot, 1979) primeros en incorporar el término *equivalencia cultural*. El enfoque variacional de Hewson y Martin (1991) resalta las relaciones entre cultura y traducción y considera a esta última como una *ecuación cultural*. Las teorías funcionalistas hacen hincapié en la importancia de la finalidad de la traducción como la teoría del *Skopos* de Reiss y Vermeer (1984); la teoría de la acción traductora de Holz-Mänttari (1984); el funcionalismo y lealtad de Nord (1988); la teoría polisistema de Toury (1980), entre otros (Hurtado, 2001, p. 129).

Algunos autores enfocan sus estudios en los elementos extratextuales que rodean el acto traductor como: los parámetros situacionales de análisis de la traducción que propone House (1977); el análisis peritextual de Larose (1989); las dimensiones del contexto de Hatim y Mason (1990, 1997); el modelo comunicativo-funcional de Lvóvskaya (1997). Por su incidencia en los aspectos socioculturales e ideológicos se incluyen también en este enfoque los análisis de la traducción desde perspectivas feministas y los relacionados con la traducción y el poscolonialismo (Hurtado, 2001, p. 129).

### **2.1.5 Enfoque filosófico y hermenéutico.**

Bajo este enfoque se agrupa a autores que estudian la dimensión hermenéutica o aspectos filosóficos de la traducción, como los representantes de la hermenéutica bíblica (Schökel, 1987; Schökel y Zurro, 1977). Se refiere también a estudios que manifiestan escepticismo ante la utilización del método científico para estudiar la traducción y que analizan temas como su naturaleza, orígenes, posibilidad y validación, sus relaciones con la retórica, la filosofía, los estudios culturales, la literatura comparada, entre otros (Hurtado, 2001, p. 131). Desde esta óptica filosófico-hermenéutica, surgen planteamientos con autores como Steiner (1975) quien define la traducción como un *movimiento hermenéutico*, o la propuesta de Ortega (1996) de una teoría hermenéutica de la traducción. Por último, en este grupo también se incluyen las reflexiones *deconstructivistas* de Derrida (1985) y las *teorías canibalistas*, surgidas en Brasil, que aplican el tabú del canibalismo a la traducción (Hurtado, 2001, p. 132).

Otro autor que contribuye a analizar el contexto de las teorías de la traducción es Bolaños Cuellar (2016), quien clasifica las teorías en dos grupos: las *teorías no lingüísticas contextuales* y las *teorías lingüísticas textuales*. Las primeras hacen hincapié en el aspecto comunicativo e incluye los enfoques: *anecdóticos*, *biográficos*, *neo-hermenéuticos*, que exponen reflexiones subjetivas de traductores, poetas, escritores, filólogos y filósofos, para quienes la comprensión, la interpretación del original y la traducción son actos individuales. En estos enfoques no se presta atención a la relación entre el original y la traducción ni a las expectativas de los lectores del texto de llegada. Tampoco distinguen entre traducciones, versiones y adaptaciones. Paepke (1986), Stolze (1992) y Kupsch-Losereit (1994) son autores representativos de este enfoque (Bolaños, 2016, p. 11). El enfoque *conductista*, considera que se pueden producir respuestas idénticas en los receptores de la lengua original y la lengua meta, aunque esto no se pueda verificar. Los

conductistas desconocen la existencia del texto original y, por tanto, no lo relacionan con la traducción. Tampoco distinguen entre traducción y adaptación. Autores como Nida (1964), Nida y Taber (1969), Carroll (1966) y MacNamara 1967 figuran entre sus autores principales (Bolaños, 2016, p. 11). El enfoque *literario*, en él se da poca importancia al texto original. No se puede determinar cuándo un texto es una traducción ni con qué criterios se evalúa. Supone que la traducción pertenece exclusivamente al sistema literario de la linguo-cultura meta. Autores como Even-Zohar y Toury (1981), Hermans (1985), Toury (1985), van den Broek (1986), Holmes (1988) y Bassnett y Lefevere (1990) se enlistan entre sus exponentes (Bolaños, 2016, p. 12). Otro de los enfoques es el *postmodernista* o *deconstructivista*, en el cual se intenta desenmascarar las relaciones de poder desiguales que se reflejan en la traducción desde el inglés y hacia él y en la promoción del inglés como lengua hegemónica a la que se traduce. No se intenta responder a la pregunta de cuándo un texto es una traducción o no. Graham (1985), Spivak (1988), Venuti (1992), Niranjana (1992), Genzler (1993), Bhabha (1994) Arrojo (1994) son autores que se encuadran en este enfoque (Bolaños, 2016, p. 12). Por último, el enfoque *funcionalista* o *teoría de la acción y recepción*, en el que se afirma que el propósito de la traducción es lo más importante y se evalúa una traducción de acuerdo con las normas de la cultura meta. Los autores Reiss y Vermeer (1986) desarrollan la teoría del Skopos o propósito. Holz-Mänttari (1984) y Hönig y Kussmaul (1982) también se cuentan entre los autores funcionalistas (Bolaños, 2016, p. 12).

Por otro lado, el segundo grupo de las *teorías lingüísticas textuales*, ponen de relieve el aspecto puramente verbal de la operación de transferencia y se considera que el texto de partida, su estructura lingüístico-textual y su significado potencial en los diferentes niveles, son el factor más importante, de hecho, el factor constitutivo de la traducción. La variante más importante en la traducción es el tipo de texto al cual pertenece el texto de partida por cuanto determina todas las elecciones posteriores que el traductor debe hacer. En este enfoque se integran investigaciones sobre sociolingüística, teoría de actos de habla, análisis del discurso y pragmática. Los autores Koller (1972), Wilss (1974/1977), Neubert (1994), Hatim y Mason (1990), Bell (1991), Baker (1992), Gerzymisch-Arbogast (1994) y House (1997) se identifican en este enfoque (Bolaños, 2016, p. 12).



## 2.2 Modelos funcionalistas

Hurtado (2001) agrupa las propuestas de análisis de la traducción desde una perspectiva funcionalista en tres bloques: la teoría del Skopos formulada por Vermeer y Reiss (1984), la teoría de la acción translativa de Holz-Mänttari (1984) y la del funcionalismo y lealtad propuesta por Nord (1988).

### 2.2.1 La teoría del *Skopos*.

Esta teoría es la que ha desempeñado el papel más importante en el desarrollo de la corriente funcionalista (Hurtado, 2001, p. 529). Sus representantes son los lingüistas y traductólogos alemanes Hans J. Vermeer y Katharina Reiss. “*Skopos*” es una palabra griega que significa “propósito” y según esta teoría, el principio primordial que condiciona cualquier proceso de traducción es la finalidad a la que está dirigida la acción traslativa (Nord, 2009, p. 8). Reiss y Vermeer resumen los fundamentos de esta teoría en las siguientes afirmaciones ordenadas jerárquicamente:

- 1) Un translatum está condicionado por su *escopo*.
- 2) Un translatum es una oferta informativa en una cultura y lengua finales a partir de una oferta informativa en una cultura y lengua de origen.
- 3) Un translatum reproduce una oferta informativa en una cultura y lengua de origen de un modo no reversible unívocamente.
- 4) Un translatum debe ser coherente en sí mismo.
- 5) Un translatum debe ser coherente con el texto de partida (Hurtado, 2001, p. 530).

En esta teoría, “un translatum (es decir, un texto traducido) es una oferta informativa formulada por un traductor en una cultura meta, sobre otra oferta de información formulada por otra persona en la cultura y lengua de partida” (Nord, 2009, p. 9). Por consiguiente, la traducción queda definida como una oferta informativa sobre otra oferta informativa (Hurtado, 2001, p. 530). Nord (2009) explica que de esa oferta informativa, “el receptor selecciona los elementos que considera importantes o relevantes para sí en la situación receptiva” y de la oferta informativa en lengua base, “el traductor selecciona aquellos elementos que pueden ser significativos y “funcionales” para el público de la cultura meta” (p. 9). Derivado de estos conceptos, surge el de

“coherencia intratextual” el cual se refiere a que el texto final debe ser coherente con la situación en que es recibido (Hurtado, 2001, p. 530). En palabras de Vermeer (1984, como se cita en Nord, 2009, p. 9), “el texto meta debe cumplir la exigencia de “coherencia intratextual”, lo que implica que sea comprensible para el receptor meta y que éste lo encuentre significativo para la situación y cultura en que lo recibe”.

Además del término de *Skopos*, se utilizan otros como equivalentes: fin (*ziel*), objetivo (*zweck*), función (*funktion*) e intención (*intention o absicht*) (Hurtado, 2001, p. 531). Sin embargo, con la intención de evitar confusión entre los términos, Nord (2009) propone una distinción importante entre intención y función. La primera está relacionada con el emisor, “el cual quiere alcanzar una finalidad determinada con su texto [...] mientras que el receptor usa el texto para una determinada función, según sus propias expectativas, necesidades, bagaje general y condiciones situacionales (p. 9). De tal manera que en un caso ideal, Nord considera que ambos términos serían análogos o incluso idénticos.

En el contexto de la teoría del *Skopos*, existen otros dos términos importantes de señalar, adecuación y equivalencia. El primero se refiere a “las cualidades de un texto con respecto al encargo de traducción: el texto meta debería ser “adecuado a” las exigencias del encargo” (Nord, 2009, p. 11).

De este modo, la adecuación en la traducción de un texto (o elemento textual) de partida se refiere a la relación que existe entre el texto final y el de partida teniendo en cuenta de forma consecuente el objetivo (escopo) que se persigue con el proceso de traducción (Hurtado, 2001, p. 531).

La equivalencia, se refiere “al resultado del proceso traslativo, la relación entre dos textos (o, en rangos inferiores, dos palabras, frases, estructuras sintácticas, etcétera) que tienen el mismo valor comunicativo (basándose en el significado etimológico del término: *equi-valente*, es decir, de igual valor)” (Nord, 2009, p. 11). En relación a este término, Hurtado (2001) explica que de acuerdo a esa definición, “la equivalencia es, pues, un tipo especial de adecuación, cuando se mantiene la misma función” (p. 532).

Nord (2009) explica también que en esta teoría, la traducción implica un propósito comunicativo específico y es vista como una interacción comunicativa intercultural mediada, en

la que el papel de intermediario o mediador le corresponde al traductor o intérprete (p. 4). Hurtado (2001) remarca que en el funcionalismo a la hora de tomar decisiones, el traductor ha de considerar siempre la función de los elementos individuales en el conjunto del texto, apoyándose en el cotexto, el contexto situacional, las circunstancias socioculturales y el género textual, además, estas decisiones también dependen de la combinación lingüística en cuestión (p. 533).

### **2.2.2 Modelo de Nord.**

Puesto que el principio fundamental de la teoría de Skopos enuncia que: el objetivo comunicativo determina los medios traslativos, Nord (2009) explica que aplicado radicalmente implicaría la justificación de cualquier objetivo para la traducción de un texto base (p. 12). Lo que a ella le parece algo extremo, por lo cual propone su propia variante del modelo funcionalista que considera “una especie de compromiso entre el concepto tradicional basado en la equivalencia y el concepto funcionalista radical” (Nord, 2009, p. 13). En su propuesta, establece como principios orientadores la funcionalidad y la lealtad. El primero comprendido como la idoneidad del texto para un determinado fin y el segundo como el respeto a las intenciones y expectativas de las personas involucradas en el acto traslativo (Nord, 2009, p. 13). Sobre este último amplía:

Lealtad no significa que el traductor siempre haga lo que esperan los otros, sino que negocie el encargo con el cliente (si va en contra de su lealtad con los receptores) o que explique y justifique sus estrategias traductorales a los receptores del texto meta, si son distintas de las que esperan ellos (Nord, 2009, p. 13).

Dentro de su propuesta, Nord desarrolla un modelo de análisis textual aplicable a todos los géneros textuales e idiomas, el cual destaca la idea de mantener la intención del texto original en la traducción. Su modelo se denomina *análisis circular* porque cada apartado se ve influido por las fases siguientes, pudiendo ser corregido y mejorado, este recorrido circular del proceso traductor consta de una serie de movimientos circulares más pequeños que denomina <bucles>, los cuales se dan periódicamente entre las fases individuales de análisis, esto implica que cada vez que el traductor da un paso adelante vuelve hacia factores ya analizados, de modo que cada elemento captado en el transcurso del proceso puede confirmarse o corregirse posteriormente (Hurtado, 2001, p. 536).

El modelo de análisis textual está integrado por factores extratextuales e intratextuales que son interdependientes y que están relacionados entre sí. Los factores extratextuales incluyen los siguientes elementos:

- 1) El emisor, considerando todos los datos que informan sobre su intención, por ejemplo, su origen social, variantes dialectales o idiolectales que utiliza, periodo histórico en el que ha vivido, etc.
- 2) La intención, es decir, qué pretende el emisor con el texto (expresar su opinión, manifestar sentimientos, influir sobre el comportamiento del receptor).
- 3) El receptor, que implica valorar sus conocimientos previos y expectativas.
- 4) El medio o canal, ya sea oral o escrito en el que aparecerá la traducción.
- 5) El lugar de producción del texto (su ubicación geográfica).
- 6) El tiempo, en relación al momento de producción y recepción del texto.
- 7) El motivo, razón por la que se ha escrito el texto. Este factor está íntimamente relacionado con la intención del emisor y con la función textual)
- 8) La función textual, que es un factor central; el traductor ha de analizar la función principal del texto, definiendo a qué tipo de texto pertenece (Hurtado, 2001, p. 536).

Los factores intratextuales están determinados por los factores externos, ya que estos influyen de modo decisivo en la estructura formal del texto. Los factores internos son:

- 1) El tema de que trata el texto.
- 2) El contenido, es decir, lo que expresa el autor sobre un determinado tema.
- 3) Las presuposiciones, que es la información y los conocimientos que el autor presupone en el receptor.
- 4) La estructura textual, que abarca la macroestructura y la microestructura.
- 5) Los elementos no verbales, ilustraciones, planos, graficas, etc.
- 6) El léxico, que implica uso de variedades dialectales, idiolectales, registro, etc.)
- 7) La sintaxis, considerando el tipo de oraciones, construcciones, elipsis así como desviaciones de la norma y función de determinados recursos utilizados.
- 8) Las marcas suprasegmentales, que dan un determinado tono al texto y que influyen en el ritmo, pausas y entonación (Hurtado, 2001, p. 537).

Continuando con las aportaciones de Christiane Nord al funcionalismo, describiremos su modelo de las cuatro funciones comunicativas básicas en el proceso de traducción, el cual se basa en los conocidos modelos de las funciones lingüísticas propuestos por el psicólogo alemán Karl Bühler (1934/1950) y el estructuralista ruso Roman Jakobson (1967). Comenzaremos por la función *fática* ya que ella propone que es la más importante, porque tiene que ver con el canal, y si este no funciona, las otras funciones tampoco llegarán a su fin.

La función *fática* es responsable de cómo se desarrolla la comunicación entre el emisor y el receptor; la cual se establece mediante un saludo (*hola, buenos días, qué tal*) o mediante marcadores conversacionales (*oiga, dígame*). Para mantener el canal abierto, se usan partículas como *¿sabes?, ¿verdad?* Las recapitulaciones (*en resumidas cuentas, a fin de cuentas*) o las fórmulas de despedirse (*hasta luego, gracias por su atención, atentamente, cordiales saludos*) sirven para terminar el contacto (Nord, 2010, p. 244). Estos ejemplos muestran que la función *fática* se basa en formulaciones o incluso fórmulas convencionales. Aunque, de acuerdo con la autora, hay quien opina que la función *fática* carece de contenido, es una función verdaderamente crucial pues define la relación social entre los participantes mediante las formas de tratamiento (Nord, 2010, p. 244). La autora detalla que la función *fática*:

Depende en gran medida de la convencionalidad de las formas (o fórmulas) empleadas. Cuanto más convencional la forma lingüística, menos nos llama la atención. El problema traslativo reside en el hecho de que lo que es convencional en una cultura, a veces no lo es en la otra (Nord, 2009, p. 15).

La función *referencial* se refiere al objeto de la comunicación. En la textualización, esto se nota en la distribución de las informaciones en temáticas (conocidas) y remáticas (nuevas). Así, la comunicación referencial se basa, en parte, en conocimientos compartidos entre emisor y receptor. Si el emisor da demasiadas informaciones desconocidas, el receptor no podrá enlazarlas con lo que ya conoce sobre el tema, así que no entenderá el texto; y si el emisor dice solamente cosas conocidas, el texto carecerá de interés, y el receptor dejará de escuchar o leer. Esto significa que en la traducción, donde el público destinatario de la cultura meta tiene a veces unos conocimientos cuantitativa o cualitativamente distintos de los del público destinatario del texto base, hay que ajustar o cambiar a veces este balance entre lo conocido y lo nuevo (Nord, 2010, p. 245). A manera

de ejemplo, la autora propone los siguientes casos:

Si el referente es un hecho o estado de cosas desconocido por el receptor (por ejemplo, un accidente en la carretera), la función del enunciado será informativa; si se trata de una lengua o de un uso específico del lenguaje, la función puede ser metalingüística; si el enunciado se refiere a la manera más adecuada de usar una lavadora, la función será instructiva; si el referente es todo un campo de saber (por ejemplo, la Geografía), se tratará de una función descriptiva (Nord, 2009, pp. 15-16).

La función *expresiva* se refiere al emisor, que puede expresar su actitud frente a las cosas y los fenómenos del mundo, o sus emociones, sentimientos positivos o negativos, etc. Algunas características de esta función son la emotividad (expresión de emociones) o la evaluación; así como la ironía. Por ejemplo: ¡Ay, Dios mío! (emoción), fue un hecho absolutamente gratuito que acabáramos viviendo a orillas del mítico Titicaca (evaluación), Cómo no matar a sus hijos (El médico de cabecera, título de libro - ironía) (Nord, 2010, pp. 245-246). Por otro lado, igual que en la función fáctica, según Nord (2010) para poder interpretar la expresividad como positiva o negativa tenemos que basarnos en un sistema de valores común. Como los sistemas de valores son específicos de las culturas, podemos encontrar problemas de traducción al respecto si hay divergencia de valores entre las dos culturas (p. 246).

La función *apelativa* se refiere al receptor o destinatario y se basa en su sensibilidad, experiencia, bagaje general y cultural, sus emociones, valores, etc. De acuerdo con Nord (2010) esta función causa más problemas de traducción que las otras tres funciones (p. 246). Algunas características son la persuasión, la función de petición, de aviso o la alusiva. Precisamente en las alusiones, la intertextualidad, se ve muy bien en qué se basa esta función, pues si el receptor no conoce el texto aludido, no entenderá lo que quiere decir el autor. Veamos los ejemplos que presenta la autora:

¿Qué significa Avant? Una vida llena de posibilidades con toda la tecnología exclusiva de Audi. (Texto publicitario, subfunción persuasiva).

Sírvanse tramitar el pedido a través de una agencia de transportes. (Correspondencia comercial, subfunción de petición).

Atención. Lea estas instrucciones antes de utilizar el aparato. (Instrucciones de uso).



El hombre, con la técnica, recuerda al aprendiz de brujo de la balada de Goethe. (Alusión). (Nord, 2010, p. 246).

Por último, en relación a las propuestas que esta autora funcionalista hace a esa corriente de pensamiento está una tipología de traducciones, la cual brinda dos opciones posibles o legítimas si producen un texto meta que logre el “escopo” y que cumpla con la obligación del traductor de “ser leal para con todas las personas involucradas en la interacción traslativa: el cliente, el autor del texto base, los receptores del texto meta y, finalmente, también consigo mismo, con sus propios principios éticos” (Nord, 2016, p. 18). Esta tipología distingue entre *traducción documento* y *traducción instrumento*. Los cuales vamos a describir brevemente ya que son retomados en nuestro apartado de conclusiones.

La traducción documento es “básicamente un metatexto, es decir: un texto que informa sobre otro texto” (Nord, 2016, p. 18). La autora explica que esta traducción tiene como finalidad “producir, en lengua meta, una especie de documento de (ciertos aspectos de) una interacción comunicativa, en la que se comunican un emisor y un receptor de la cultura base bajo condiciones de esta cultura por medio de un texto” (Nord, 2009, p. 20). En este tipo de traducción, existen cuatro formas de traducir: la traducción *interlineal* que tiene como finalidad la reproducción del sistema de la lengua base y se enfoca en sus estructuras léxicas y gramaticales, por ejemplo en la lingüística contrastiva. La segunda forma es la traducción *literal*, cuya finalidad es reproducir la forma del texto base y se enfoca en las unidades léxicas del mismo; un ejemplo de esta forma de traducción son las citas literales en textos periodísticos. La tercera forma es la traducción *filológica*, cuyo fin es la reproducción de forma y contenido del texto base, aquí el enfoque se centra en las unidades sintácticas de ese texto y su ejemplo serían las obras clásicas de la antigüedad. Por último, la traducción *exotizante*, que busca la reproducción de forma, contenido y situación del texto base enfocándose en las unidades textuales del mismo, como en la prosa literaria contemporánea (Nord, 2009, p. 20).

La traducción instrumento es aquella que está destinada a una interacción en la lengua y cultura meta producida mediante el procesamiento adecuado de la oferta de información del texto base (Nord, 2016, p. 18). Al respecto la autora aclara de manera muy sencilla:

Al leer una traducción-instrumento, los lectores no suelen darse cuenta de que el texto que tienen enfrente es una traducción. La forma del texto se ajusta normalmente a las normas

y convenciones de la cultura meta, en lo que se refiere al tipo textual, género, registro y tenor (Nord, 2009. p. 25).

En este tipo de traducción se pueden detectar las funciones referencial, expresiva, apelativa y fática que previamente explicamos en el modelo cuatrifuncional. A diferencia de la traducción documento que tiene cuatro formas de traducción, en este tipo solo hay tres: la traducción *equifuncional*, en la que la finalidad es efectuar las funciones del texto base para el lector meta y su enfoque se encuentra en las unidades funcionales del texto base, tal es el ejemplo de las instructivos para el uso de un aparato. La segunda forma de traducción es la *heterofuncional*, cuya finalidad es efectuar funciones parecidas a las del texto base y se enfoca en las funciones transmisibles del mismo, por ejemplo el caso de *El Quijote* traducido para un público infantil. Finalmente se encuentra la traducción *homóloga*, en la que se pretende lograr un efecto similar al del texto base, aquí el enfoque radica en el grado de originalidad, como en la poesía traducida por un poeta de la cultura meta (Nord, 2009, p. 23).

### **2.2.3 Modelo de Reiss.**

Como explicamos en la introducción, el presente trabajo se compone básicamente de tres fases: análisis de la traducción, contraste con el original y valoración de la funcionalidad. Esta estructura, se basa en el modelo de crítica de la traducción presentado por la autora pionera del funcionalismo Katharine Reiss (1971).

La propuesta de este modelo contempla empezar por el análisis del texto de llegada porque si el crítico es buen conocedor de la lengua original puede descubrir irregularidades provocadas por esta en la lengua de llegada, de tal manera que la búsqueda de excesos o ausencias de elementos que son propios de la lengua a la que se traduce es el primer paso de la crítica. Posteriormente para valorar la coherencia de todo el conjunto de la traducción sería necesario recurrir al texto de partida, donde el crítico se debe dirigir específicamente a la función y decidir si esta se ha respetado en la traducción. Una vez analizados el texto de llegada y el texto de partida teniendo en cuenta las características de su tipo textual, el crítico puede profundizar en el análisis de las categorías lingüísticas: a nivel semántico (micro y macrocontexto), en el campo léxico (adecuación), en el plano gramatical (corrección/incorrección en el plano morfológico y sintáctico). A todos estos

puntos de análisis hay que añadir lo que la autora denomina los “determinantes lingüísticos” que son: la situación, el tema, el tiempo, el lugar, el receptor, las implicaciones afectivas, etc. (Reiss, 1971, como se cita en García, 1994, p. 49).

Las fases que integran el modelo de crítica de Reiss (1971) se pueden resumir de la siguiente manera:

1.- Análisis del texto de llegada, es decir, de la traducción.

2.- Análisis del texto de partida, que comprende:

a) un juicio valorativo según el tipo textual atendiendo a lo propio de cada texto: en los textos con predominio de contenido, se valorará en primer lugar si se ha sabido transmitir de forma adecuada el contenido. En los textos con predominio de la forma, el crítico habrá de decidir la idoneidad de la forma dada en la traducción. En los textos con predominio de la apelación, hay que observar si los elementos apelativos siguen presentes en la traducción.

b) un análisis de las instrucciones intralingüísticas donde se valorará la equivalencia a nivel semántico, la adecuación a nivel léxico, la corrección a nivel gramatical y se decidirá si existe correspondencia entre el texto de partida y el texto de llegada en cuanto al estilo.

c) un análisis de los determinantes extralingüísticos referentes a la situación inmediata, al tema tratado, al tiempo y lugar, al receptor, al autor y sus implicaciones afectivas. (Reiss, 1971, como se cita en García, 1994, pp. 49-50).

### 2.3 Divulgación científica

Es un hecho que la comunicación entre médicos y pacientes ha existido desde siempre, pues es parte del ejercicio de la profesión médica, sin embargo, la dinámica entre estos participantes ha ido cambiando notablemente durante el paso de los siglos. En un principio, la aparición de la imprenta en el Renacimiento favoreció que un mayor número de personas tuvieran acceso al conocimiento especializado, aunque la verdadera difusión del saber se produjo a partir del último tercio del siglo XIX con las mejoras técnicas en los procedimientos de impresión, que redujeron costos y propiciaron el nacimiento de los medios de comunicación de masas (Gutiérrez, 1998, como se cita en Campos, 2013, p. 48). Esto obviamente le dio la posibilidad al público en general de acceder a información de diversa índole, entre ellas la médica; de tal forma que la relación médico-paciente comenzó a experimentar un cambio notable. Campos (2013) explica:

Hasta finales del siglo pasado el médico era el único que informaba al paciente acerca de su salud y decidía en qué medida debía ofrecerle dicha información, con la aparición de las nuevas tecnologías la situación ha cambiado. Hoy en día, los pacientes tienen acceso a multitud de recursos y, además, quieren participar de forma más activa en el cuidado de su salud (p. 48).

Esto pone de manifiesto la presencia de una nueva exigencia social, de la cual surge la divulgación científica. Ferreira y Bruno (2014) lo plantean de la siguiente manera: “la divulgación científica nace de una necesidad social, es decir, la necesidad cada vez mayor de gran parte de la sociedad por adquirir conocimiento científico” (p. 6). Autores como García y Muñoz (2015) explican que esa necesidad hoy en día surge en una realidad caracterizada por “la democratización del acceso a la información y la actual tendencia a la educación del paciente” (p. 225). De tal forma que siendo su origen una demanda de carácter social, la divulgación científica, consiste “no solo en hacer llegar a un público no especializado y amplio el saber producido por especialistas en una disciplina científica, sino también en la educación y formación cultural de la ciudadanía” (Mayor, 2003a, p. 59).

Además de presentar esta definición, es importante señalar que la divulgación ha encontrado diversos canales para cumplir su propósito. De acuerdo con Calsamiglia (1997), tiene dos canales fundamentales: uno es institucional y tiene lugar en los establecimientos dedicados a los estudios primarios, medios y superiores, instituciones que pretenden poner las bases para la

transmisión del saber en nuestra cultura y ejercen un control y una evaluación sistemática de su adquisición o apropiación por parte de los individuos (párr. 2). El otro canal es el de los medios de comunicación: prensa, revistas, libros, televisión, radio, Internet. Es de acceso libre, no implica una evaluación y tiende estar más ligado al entorno y a los acontecimientos de actualidad. El primer canal lo conocemos como el ámbito de la enseñanza y el segundo es el de la divulgación en sentido específico (Calsamiglia, 1997, párr. 2).

En ambos canales, “las noticias médicas y de salud han adquirido en los últimos años un protagonismo indiscutible, que se traduce en su creciente presencia en el ámbito de la información general cotidiana” (Mayor, 2003a, p. 59). Esta divulgación médica tiene como uno de sus factores más importantes el “conseguir que [el paciente] comprenda la información que recibe de los profesionales sanitarios, tanto verbalmente como a través de documentos de carácter informativo” (Campos, 2013, p. 48), como los folletos de salud, que son el objeto de estudio de este trabajo.

### **2.3.1 Los folletos médicos.**

Para tener una idea más clara de lo que son los folletos médicos, es importante conocer las características de estos textos, por lo cual en este apartado mencionaremos algunas de sus definiciones, sus funciones, su estructura y sus participantes (emisor y receptor).

Las guías para pacientes, también llamadas folletos de salud o información para pacientes son textos que han pasado por un proceso de desterminologización, el cual es “un fenómeno formal, comunicativo y cognitivo que se manifiesta a través de una serie de procedimientos relacionados con el tratamiento de las unidades léxicas especializadas y centrados en garantizar la accesibilidad de un texto especializado a unos destinatarios no expertos” (Campos, 2013, p. 49).

Por lo tanto, tal como apuntan Montalt y González (2007, como se cita en Groenewoud, 2011, p. 14) “se puede decir que las guías informativas, de verdad son reelaboraciones y recontextualizaciones de textos ya existentes y pertenecientes a los géneros más especializados. Son textos que refuerzan la información que se brinda en las instituciones de salud, la cual tanto pacientes como profesionales sanitarios, coinciden en señalar que la mayoría de las veces se proporciona de forma oral (García y Muñoz, 2015, p. 228).

Mayor (2007) explica que “los folletos de salud constituyen uno de los medios más utilizados para la educación sanitaria del paciente” (p. 23) y los define como textos que “dotan al

paciente de una información básica sobre el origen, forma de transmisión y posibilidades de tratamiento de una enfermedad en concreto, y ponen a su disposición aquellos conceptos que se estiman necesarios para facilitarle la comunicación con su médico” (Mayor, 2005, p. 136). Otra definición bastante cercana a la anterior es la que propone Groenewoud (2011):

Un librito, destinado a los pacientes y/o a sus familiares y amigos, que contiene un texto informativo sobre un tema médico que, en general, es alguna afección o enfermedad, con los tratamientos posibles, los factores de riesgo y las consecuencias y consejos para la vida en el futuro (p. 7).

### ***2.3.1.1 Las funciones de los folletos.***

Los folletos, al igual que otros textos destinados a los pacientes, no son unifuncionales. Entre sus funciones principales está la *comunicativa*. En este sentido Mayor (2005) explica que esta consiste en:

Transmitir a los destinatarios informaciones de carácter médico, dar recomendaciones para la prevención de enfermedades y para la actuación ante estados de convalecencia e intentar, en cierto modo, influir en la conducta del receptor por medio del mensaje que se le envía (p. 133).

De la mano con esta función está la *informativa*, ya que tal como explican Montalt y González (2007), los folletos buscan “proveer a los pacientes de la información más importante - y más relevante - sobre una enfermedad o afección determinada - síntomas, causas, tratamientos, etcétera - o sobre un medicamento o procedimiento diagnóstico” (citado en Groenewoud, 2011, p. 10). Por su parte, Mayor (2005) señala también que en los folletos:

La persuasión es, uno de los actos de habla más destacados. Viene motivada por el afán por parte del emisor de que su mensaje sea de utilidad para aquellas personas que padecen una enfermedad determinada o que pueden padecerla, con el fin de transmitirles las medidas de prevención que deben adoptarse para evitar su aparición o progresión y ayudarles a comprenderla y a enfrentarse a ella para buscar una solución (p. 133).

Por último, esta autora también señala que otra de las funciones de este tipo de textos “es la *educación* sanitaria del paciente, sus familiares, los cuidadores y los ciudadanos en general”

(Mayor, 2007, p. 28). Educación que ha tenido un giro en las últimas décadas “a raíz del cambio de paradigma en la relación médico-paciente, quien ha asumido un papel más activo en el cuidado de su salud” (García y Muñoz, 2015, p. 225).

### ***2.3.1.2 La estructura de los folletos.***

En su estudio del 2005, Mayor destaca la flexibilidad y la diversidad de la macroestructura de los folletos de salud tanto en inglés como en español, por lo que resulta prácticamente imposible establecer un modelo prototípico (p. 135) y explica que lo más aconsejable es adoptar una estructura de tipo dialogante para que al lector se le facilite la recepción de la información y satisfaga su curiosidad e interés sobre enfermedades, servicios sanitarios o medicamentos (Mayor, 2007, p. 24).

La autora explica que el uso de interrogantes es uno de los rasgos característicos de los folletos, lo que convierte al texto en una especie de diálogo implícito (Mayor, 2005, p. 135) y esto resulta idóneo para dividirlo en bloques y secciones bien delimitados, cuyos párrafos, por cierto, no han de ser muy largos (Mayor, 2007, p. 24). Otra característica de su estructura es el uso de “números, letras o ciertas viñetas (las más empleadas son las denominadas topos o bolos [♣ ♦ ♥ ♠ •]), bien para destacar el comienzo de párrafos especiales, como los apartados y subapartados, bien para indicar o resaltar una relación de conceptos” (Mayor, 2007, p. 24). En cuanto a estos apartados, Montalt y González (2007, como se cita en Groenewoud, 2011, p. 14) detallan una lista de ellos, los cuales pueden variar en cuanto al orden e incluso ser omitidos, los más comunes son: investigación, tratamiento, complicaciones, sinopsis, prevalencia; diagnosis, riesgos, prevención, causas y síntomas.

### ***2.3.1.3 Los participantes.***

En la comunicación que se establece por medio de los folletos los participantes son muy diversos. Por un lado, están los emisores que “están configurados por organizaciones y organismos de salud pública, empresas químico-farmacéuticas, asociaciones para el estudio, prevención y tratamiento de enfermedades, compañías de seguros de salud, colegios de médicos y farmacéuticos y los mismos médicos” (Mayor, 2005, p. 133); y por otro lado, están los receptores que pertenecen a “un público amplio, heterogéneo y no especializado” (Muñoz, 2012, p. 187) “conformado en su mayor parte por pacientes y familiares de estos” (Mayor, 2005, p. 133).

En sus investigaciones, Campos (2013) también aborda este aspecto y de forma concreta expone que “el emisor suele ser un experto en la materia, mientras que el perfil de los destinatarios es muy variado, pues las guías van dirigidas a todo tipo de pacientes, cuidadores o familiares” (p. 49). Obviamente entre emisor y receptor existe una dinámica, la cual muchas veces es presentada como “una relación entre un experto y el no experto, por tanto es una relación asimétrica del saber [...] y no solo se puede interpretar como una relación asimétrica y jerárquica sino también como el encuentro entre dos mundos diferentes que se han de entender” (Calsamiglia, 1997, párr. 19).

#### **2.4 Traducción de folletos médicos**

A continuación presentamos algunas consideraciones importantes en cuanto a la traducción de los folletos de salud, ya que como cualquier otro material de divulgación presenta particularidades propias de su género.

De acuerdo con Faya (2016), en la traducción de los folletos médicos coexisten varios Skopos, primeramente el que el traductor busca con su propio trabajo que por ejemplo pueden ser, tener experiencia o ganar un ingreso. En segundo lugar, el Skopos que el texto meta tiene en la situación meta; el cual en el caso de los folletos médicos usualmente es informar o educar al lector sobre algún tema médico. El tercer tipo de Skopos tiene que ver con las estrategias de traducción, en el caso de estos textos la estrategia principal es adaptar la información al grado de conocimiento que se presupone tiene el lector de una cierta cultura (pp. 97-98).

Del último Skopo se deriva la importancia de dedicar un espacio para presentar los procesos de desteterminologización que el traductor tiene a su disposición para asegurar que la información que debe transmitir sea comprendida por el público lego que lee este tipo de material divulgativo.

La desteterminologización puede definirse de manera muy concreta como “el proceso mediante el cual se diluye el significado de un término al pasar al lenguaje común” (Meyer y Mackintosh, 2000, como se cita en Campos, 2013, p. 49). Entre estos procesos se encuentran los siguientes: definición, paráfrasis, sinonimia, analogía, hiperonimia y la ejemplificación. A continuación definiremos cada uno de ellos y presentaremos algunos ejemplos que ilustran cómo estos recursos pueden facilitar la comprensión de términos especializados.

La definición es “a statement which describes a concept and permits its differentiation from other concepts within the system of concepts” (ISO 1087, como se cita en Campos, 2013, p. 50). La autora presenta diversos ejemplos, entre ellos los siguientes:



La **biopsia** es la obtención de un fragmento más o menos grande del tumor que se sospecha cancerígeno para su estudio microscópico. El **linfedema** se define como la acumulación de fluido rico en proteínas en los tejidos blandos como resultado de la disfunción del sistema linfático de la extremidad, dando lugar a edema, inflamación crónica y fibrosis (Campos, 2013, p. 50).

En la paráfrasis reformulativa se pretende establecer una relación de equivalencia entre A y B, de forma que B se entienda como una explicación de A. Puede ir entre guiones, paréntesis, etc. y estar introducida por marcadores reformulativos como *es decir, o sea, dicho de otra forma*, etc. (Campos, 2013, p. 50). Entre los ejemplos que distingue la autora están los siguientes dos:

La autoexploración, **es decir**, la observación y palpación de las mamas, es una medida recomendada para la detección precoz del cáncer de mama. El tejido glandular mamario, en el que se origina habitualmente el cáncer de mama, está expuesto a una serie de agresiones **carcinogénicas** (generadoras de cáncer) a lo largo de la vida de la mujer (Campos, 2013, p. 50).

La sinonimia consiste en “utilizar equivalentes populares de un término para hacerlo más comprensible al destinatario no experto: los sinónimos preceden o suceden al término, entre paréntesis o coordinados mediante conjunciones o marcadores reformulativos” (Campos, 2013, p. 51). Algunos de los ejemplos sobre este proceso son: “To estimate the likelihood that the cancer will spread or come back (**recur**)”, “Groups of lymph nodes are near the breast in the underarm (**axilla**)”, “For them, cancer has become a chronic (**on-going**) health problem” (Campos, 2013, p. 51).

En la analogía se establece una relación de igualdad, de semejanza o comparación de identidad —metáfora— con otro concepto, generalmente más cercano al receptor lego en la materia (Campos, 2013, p. 51). Veamos los siguientes casos a manera de ejemplo: “cells are the **building blocks** that form tissues, which in turn make up the organs of the body”, “conectadas entre sí por unos conductos finos (galactóforos) con apariencia de **ramilletes**” (Campos, 2013, p. 51).

La hiperonimia es un recurso mediante el cual se persigue explicitar el significado de un término a través de otro más general que lo englobe y mencione ciertos rasgos de él (Campos, 2013, p. 51). Por ejemplo: “es el caso del **fármaco** conocido como **bevacizumab**”, “Si vas a recibir radioterapia, necesitarás colocar el brazo en la posición correcta, de tal modo que el **aparato** pueda administrarte el tratamiento de forma adecuada” (Campos, 2013, p. 51).

Por último, el proceso de ejemplificación, que consiste en “añadir ejemplos que sirven para ilustrar un concepto complejo para el lector. Por lo general suelen introducirse entre paréntesis o mediante expresiones del tipo *como, por ejemplo, o such as*” (Campos, 2013, p. 51). Entre los ejemplos que la autora propone están: “Tamoxifen (**Nolvadex and others**) is the standard treatment for most premenopausal women”, “Prosthesis: a device, **such as an artificial leg**, that replaces a part of the body”, “Doctors can use imaging procedures (**such as a mammogram, an ultrasound or MRI**)” (Campos, 2013, p. 51).

Después de la descripción y ejemplificación de todos estos procesos con los que cuenta el traductor para su labor, Campos (2013) concluye exponiendo que:

Dada la creciente importancia social de los géneros divulgativos, en general, y de los textos médicos dirigidos a pacientes, en particular, es esencial que los profesionales que se dedican a traducir dichos materiales adquieran conciencia de las características del género «guía para pacientes», de sus particularidades en cada cultura en la que se inscribe y de la importancia de satisfacer las expectativas de los destinatarios de dichas guías para conseguir transmitirles eficazmente la información, salvando la brecha de conocimientos que inicialmente separa al emisor del receptor mediante el uso adecuado de procedimientos de desteterminologización (p. 52).

Por otro lado, nos gustaría concluir este apartado con un aspecto que involucra a todos los textos del área de la traducción médica, ya sea especializados o de divulgación, nos referimos a la disyuntiva de la siguiente pregunta: ¿Quién debe traducir?, ¿El traductor interesado en medicina?, ¿O personal bilingüe del área médica? Muñoz (2014) explica que:

Tradicionalmente, han sido los profesionales de la medicina con conocimientos de idiomas los que se han encargado de satisfacer las necesidades de traducción médico-sanitaria, hecho que se ha debido, en gran parte, a la juventud de los estudios de traducción y a la escasa oferta de formación especializada. Afortunadamente, en los últimos años la situación ha empezado a cambiar gracias a la inclusión progresiva de la traducción médica en la formación universitaria de posgrado (p. 165).

Este debate lo han abordado diversos autores quienes con sus aportaciones nos ayudan a comprender cómo se percibe esta dualidad desde diversas perspectivas, veamos algunas de ellas. Lee-Jahnke (2005) considera que tanto los traductores como los médicos tienen ventajas y desventajas, los primeros tienen que adquirir conocimiento especializado y por ende necesitan más retroalimentación de la comunidad médica, mientras que los segundos, si bien entienden el tema, les faltan las técnicas de traducción (p. 81). En su opinión, este autor expresa “my own experience has shown that a good translator, i.e., one who masters the techniques of translation, research and documentation, will, by and large, produce a better translation” (Lee-Jahnke, 2005, p. 81). Balliu (1998, como se cita en Muñoz, 2009, p. 159) propone la fusión de los perfiles antes señalados, ya que a su juicio son necesarios tanto los conocimientos filológicos como los médicos e ilustra sus afirmaciones con los ejemplos de Rabelais y Littré, ambos médicos dedicados a la vertiente filológica y traductológica. Mata (1998, como se cita en Muñoz, 2009, p. 159) señala que si ambos perfiles no adquieren los conocimientos que les faltan, fracasarán en el ejercicio de la traducción médica. Navarro (2000, como se cita en Montalt, 2007, p. 214) afirma que el traductor profesional especializado en textos médicos —ya provenga de la medicina, de la traducción o de otras disciplinas del saber— es a quien yo llamo “traductor médico”.

Como se puede observar, las opiniones están divididas y autores como Lee-Jahnke (2005) se preguntan “Why then is the subject worthy of discussion? Medical translation has always been of major importance within the field of translation, because a large number of texts are translated and hence this area represents a large share of the market (p. 81). De tal forma que Montalt (2007) propone:

Superar la tan discutida dicotomía de quién ha de ocuparse de la traducción médica, un médico con conocimientos de idiomas o un traductor con conocimientos de medicina. Esta

dicotomía es, desde mi punto de vista, poco operativa y estéril. Únicamente contribuye a alejar las dos comunidades de conocimiento, los traductores y los médicos, que, en realidad, se complementan y se necesitan mutuamente (p. 215).

Esta discusión nos lleva indudablemente al tema de las características que debería tener el traductor médico, lo cual abordaremos con más detalle en el siguiente apartado.

## 2.5 Competencia traductora

Antes de presentar las diversas nociones de este término, comenzaremos por referir en primer lugar el concepto simple de competencia, el cual de acuerdo al *Diccionario de la lengua española* (2014) se define como “la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”, lo cual nos lleva a inferir que el término *competencia traductora* implica que el traductor debe poseer cierta “pericia o aptitud” para llevar a cabo su labor. Veamos como lo definen algunos autores.

Bell (1981, como se cita en Hurtado, 2001, p. 382) define la competencia traductora como “los conocimientos y habilidades que debe poseer el traductor para llevar a cabo una traducción. Wills (1997, como se cita en Hurtado, 2001, p. 382) la describe como “la unión de una competencia de recepción en la lengua original y una competencia de producción en la lengua meta, en el marco de una “supercompetencia” que supone la habilidad de transferir mensajes de una lengua a otra”). Por último la definición del grupo PACTE (2001) que la considera “el sistema subyacente de conocimientos, aptitudes y habilidades necesarios para traducir” (p. 41).

Además de estas definiciones, las cuales nos dan una idea más específica de lo que es una competencia aplicada al área de la traducción, existen diversos modelos sobre el funcionamiento de la competencia traductora, sin embargo Jiménez (2013), apunta que “only two research groups have engaged in extensive empirical research efforts in order to validate the proposals, the PACTE group in the Autonomous University of Barcelona and the TRANSCOM group led by Göpferich” (p. 41), de tal manera que solamente haremos mención a los modelos propuestos por estos grupos.

El modelo holístico de PACTE parte de los siguientes presupuestos: que la competencia traductora es diferente a la competencia bilingüe, que consta de diversos componentes (lingüísticos, extralingüísticos, etc.), que esos componentes son de diverso nivel (conocimientos epistémicos, operativos, habilidades, etc.) y que dentro de esos componentes las estrategias tienen

una gran importancia (Hurtado, 2001, p. 394). En cuanto a los componentes de la competencia traductora este grupo distingue las siguientes subcompetencias: competencia bilingüística, competencia extralingüística, competencia de transferencia, competencia instrumental y profesional, competencia psicofisiológica y competencia estratégica (Hurtado, 2001, p. 395).

De manera breve resumiremos en que consiste cada una de ellas para tener un panorama general de lo que propone este modelo. La *competencia bilingüística* consiste en los sistemas subyacentes de conocimientos y habilidades necesarios para la comunicación lingüística en dos lenguas. A su vez, está integrada por otras competencias que son: la gramatical, la textual, la ilocutiva y la sociolingüística. La *competencia extralingüística* está formada por los conocimientos implícitos y explícitos acerca del mundo en general y de ámbitos particulares. Esta competencia está integrada por los siguientes conocimientos: sobre la traducción, biculturales, enciclopédicos y temáticos (Hurtado, 2001, p. 395). La *competencia de transferencia* ocupa el lugar más importante pues en esta es donde se integran todas las demás (PACTE, 2001, p. 41). Consiste en la capacidad de recorrer el proceso de transferencia desde el texto original hasta la elaboración del texto final (Hurtado, 2001, p. 395). La *competencia instrumental y profesional* está formada por los conocimientos y habilidades relacionados con el ejercicio de la traducción profesional. Esta competencia está integrada por varios ámbitos: uso de las fuentes de documentación, uso de las nuevas tecnologías, conocimiento del mercado laboral y del comportamiento del traductor profesional (Hurtado, 2001, p. 396). La *competencia psicofisiológica* consiste en la habilidad de aplicación de mecanismos psicomotores, cognitivos y actitudinales de todo tipo. Consta de: facultades cognitivas de memoria y atención, diferentes actitudes psicológicas y habilidad de desarrollar procesos de creatividad, razonamiento lógico, análisis, síntesis, etc. (Hurtado, 2001, p. 396). La *competencia estratégica* consiste en los procedimientos individuales utilizados para resolver los problemas encontrados en el desarrollo del proceso traductor (Hurtado, 2001, p. 396). En la interrelación con las demás, esta ocupa un lugar central por el papel regulador y compensador del resto de las subcompetencias, ya que subsana deficiencias en ellas y sirve para resolver problemas (PACTE, 2001, p. 41).

Por otro lado, la propuesta del grupo TRANSCOM, se basa en los modelos de Honig y PACTE lo cual se observa claramente ya que cuatro de las seis subcompetencias se corresponden perfectamente con las del grupo PACTE, según explica Jiménez (2013):

Both models include the strategic subcompetence as a key element, the communicative competence in the TRANSCOM model corresponds to the bilingual subcompetence, the tools and research competence with the instrumental subcompetence, the strategic subcompetence and the domain competence correspond approximately to PACTE's extra-linguistic subcompetence (pp. 45-46).

Las dos subcompetencias que difieren entre ambos modelos son las relacionadas al desarrollo de las habilidades cognitivas. El modelo TRANSCOM incluye la subcompetencia llamada "translation routine activation competence" que representa el conocimiento y la habilidad para aplicar algunas operaciones de transferencia que frecuentemente ocurren entre pares específicos de lenguas, por ejemplo al traducir "I hereby certify" por "Por la presente certifico". La última es la referida como "psychomotor competence" relacionada con la habilidad de leer y escribir usando la tecnología (Jiménez, 2013, p. 46).

Estos modelos brevemente explicados, aunado a otros tantos que por la naturaleza de este trabajo no pueden ser abordados, dan cuenta de que existe una amplia variedad de elementos que integran el perfil del traductor. A continuación, presentaremos algunos que en particular distinguen al traductor médico.

En virtud de que los estudios centrados en las competencias del traductor médico son escasos (Muñoz, 2014, p. 166), esta autora española desarrolla una investigación cualitativa en el 2014 basándose en el modelo de competencias del grupo PACTE y tomando como participantes a traductores que se dedican profesionalmente a la traducción médica y que representan los perfiles formativos más comunes (traductores formados en lenguas y traductores formados en medicina). De este trabajo, Muñoz (2014) presenta las siguientes características sobre las competencias del traductor médico:

- tener conocimientos médicos básicos, lo cual está vinculado a un profundo conocimiento de la terminología y la fraseología médicas y del tema que se traduce;
- conocer las principales fuentes documentales del ámbito médico, saber identificar los recursos fiables y dominar las estrategias de documentación avanzadas;
- tener un profundo conocimiento del mercado de la traducción médica;

- dominar las lenguas de trabajo, especialmente la materna;
- saber socializar con expertos y colegas del ramo;
- ser capaz de ajustarse a las características del encargo y a los plazos de entrega;
- tener sentido común y una excelente capacidad de organización (p. 179).

En otro de sus trabajos, la autora involucra como participantes de su investigación a profesionales que realizan traducciones médicas en el ámbito hispano, rescatando entre otras cosas, la característica de la exclusividad. “Para que un traductor pueda ser llamado traductor médico ha de dedicarse prácticamente en exclusiva a este tipo de traducción” (Muñoz, 2009, p. 162).

Por otro lado, Montalt (2007) en su reflexión sobre la enseñanza de la traducción médica en el Espacio Europeo de Educación Superior, destaca cuatro pilares fundamentales del traductor médico: la adquisición de conocimientos médicos, la socialización profesional, la consulta documental y humana y la redacción. En relación al primero señala “es fundamental disponer de un bagaje conceptual básico previo para poder afrontar la comprensión del texto de partida con garantías de éxito” (p. 216). Sin estos conocimientos previos, considera que resulta imposible entender la mayor parte de las nociones médicas y sin una buena comprensión del texto de partida, no es factible una traducción fiable. En cuanto a la socialización profesional se refiere a la capacidad de “diálogo tanto entre el traductor y otros traductores como entre el traductor y miembros de otras comunidades de conocimiento, en este caso, comunidades de profesionales de la salud o comunidades de pacientes” (Montalt, 2007, p. 216). En lo que respecta a la consulta, explica que el bagaje de conocimientos médicos previos no siempre es suficiente para resolver los problemas de comprensión, dado el elevado grado de especialización y de novedad de mucha de la información médica, lo cual obliga a “la consulta de fuentes de información fiables: tratados, enciclopedias, diccionarios, glosarios, artículos de investigación, tesis doctorales y un sinnúmero de recursos documentales” (Montalt, 2007, p. 217). Además de esta consulta documental, señala que los traductores médicos han de recurrir a expertos en la materia, lo cual implica destrezas de socialización. Por último, el pilar de la redacción, del cual considera “es primordial el dominio de la lengua meta en sus múltiples registros y estilos, así como la capacidad de redactar textos pertenecientes a los diversos géneros textuales propios de la comunicación escrita en los ámbitos médico-sanitarios” (Montalt, 2007, p. 217).

Todas estas características nos brindan una idea más específica de los rasgos que un traductor médico debe tener y aunado a lo expuesto anteriormente en este apartado y el resto del capítulo, esperamos haber cubierto los fundamentos básicos de la parte teórica que sustenta todo nuestro trabajo.



### 3. Metodología

El enfoque metodológico que guiará la investigación será de carácter cualitativo, puesto que se sostendrá básicamente en “una lógica y en un proceso inductivo de exploración y descripción” (Hernández, Fernández y Baptista 2010, p. 9). Esto en virtud de que el ejercicio principal es un análisis textual, el cual, es un método descriptivo para identificar y comparar normas y convenciones comunicativas válidas en distintas comunidades culturales (Nord, 2009, p. 5). Realizamos este proceso de análisis de forma manual sin la intervención de algún programa de cómputo en particular, solo la herramienta de búsqueda (Ctrl+F) para ubicar con facilidad fragmentos específicos dentro del texto.

El objeto de estudio son dos folletos médicos del área de la medicina ginecológica, elaborados en Estados Unidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). El primero de ellos en idioma inglés, se titula “*Get the facts about gynecologic cancer*” y el segundo es la traducción al español titulada “Infórmese sobre el cáncer ginecológico”. Aunque la extensión total del folleto es de 32 páginas y en un primer momento consideramos la posibilidad de analizarlo todo, para efectos de este trabajo, teniendo en cuenta principalmente el factor tiempo, se decidió tomar una muestra que comprende las primeras once páginas, las cuales incluyen los siguientes apartados: la presentación del folleto, las generalidades sobre el cáncer ginecológico, los síntomas, las preguntas frecuentes y lo que sería el subtema número uno “cáncer de cuello uterino”. En cuanto a la muestra es importante recordar que “en los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia” (Hernández, et al. 2010, p. 394). Una de las razones para seleccionar el subtema de la muestra, es que dentro del folleto es uno de los dos con mayor número de páginas, se le han dedicado cuatro hojas al igual que al subtema de “cáncer de ovario”. Además porque es uno de los tipos de cáncer más relevantes, ya que de acuerdo al último informe anual del *Instituto Nacional del Cáncer* en Estados Unidos publicado el pasado 31 de marzo de este año, a pesar de la disminución de los índices de mortalidad en el periodo del 2010 al 2014 en 13 de los 18 tipos más comunes de cáncer en la mujer, los casos del cáncer cervicouterino aumentaron.

El primer paso en la estructura de trabajo es una lectura completa de la muestra ya descrita. Tal como señala García (2007) este paso es importante porque de la lectura se obtiene información

lingüística, textual, cultural y temática del texto (p. 138). Posteriormente, la parte central de nuestro análisis está apoyado en la teoría de *Skopos*, desarrollada por Vermeer y Reiss (1984/1996), en la que el énfasis recae en la finalidad de la traducción. Bajo esta corriente de pensamiento, Nord (1988) desarrolla un modelo de análisis textual el cual se aplicará para conocer los parámetros extratextuales de la traducción del folleto médico que son: el emisor, su intención, el receptor, el medio o canal, el lugar, el momento en el que está escrito el texto, así como el motivo y la función del mismo. Continuaremos con los parámetros intratextuales para conocer el tema, contenido, presuposiciones, composición del texto, elementos no verbales, el léxico, la estructura de las oraciones y los elementos suprasegmentales, así como el efecto comunicativo que estos elementos interconectados producen.

Una vez realizado este análisis, se procederá a contrastar los resultados con la versión original del folleto utilizando tablas comparativas de cada uno de los parámetros estudiados para finalmente establecer cuáles son los elementos y características que permiten que la traducción logre su función como género textual. Esto se determina principalmente por medio de los resultados obtenidos en el análisis y el contraste del factor extratextual de la *función*. Esta estructura de trabajo: análisis del texto de llegada, comparación con el texto de partida y valoración, se basa en el modelo de crítica propuesto por Reiss (1971) el cual ya ha sido explicado más ampliamente en el capítulo anterior de Marco Teórico.

## 4. Resultados del Proyecto

En este capítulo iniciaremos con la presentación del análisis textual de la traducción del folleto médico “*Get the facts about gynecologic cancer*”, siguiendo el modelo de Nord (1988). Cabe señalar que el folleto cuenta con un total de 32 páginas, pero como ya se mencionó en la metodología, sólo analizaremos de las páginas uno a la once, las cuales contienen los apartados: “Portada”, “Presentación del folleto”, “Índice”, “Generalidades sobre el cáncer ginecológico”, “Síntomas”, “Preguntas frecuentes” y el subtema de “Cáncer de cuello uterino”, esto con la intención de ajustar el proyecto a los tiempos establecidos para la elaboración del mismo. Habiendo señalado lo anterior, comenzaremos describiendo los factores extratextuales.

### 4.1 Análisis de los factores extratextuales

#### 4.1.1 Emisor.

Este folleto es elaborado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en el marco de la campaña *Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos*. De acuerdo a la página oficial en internet de los CDC, estos fueron creados el 1 de julio de 1946 con el propósito original de prevenir que el paludismo (malaria) se propagara por Estados Unidos y actualmente son uno de los trece componentes operativos más importantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Hoy en día, los CDC son la primera agencia de promoción de la salud, prevención y preparación del país y una agencia líder mundial en el área de la salud pública. La agencia sigue a la vanguardia de los esfuerzos de salud pública destinados a prevenir y controlar las enfermedades crónicas e infecciosas, las lesiones, los riesgos ocupacionales, las discapacidades y las amenazas para la salud (CDC, 2017, párr. 1-4).

En la portada del folleto se observan los logotipos asociados al emisor, aparece el de la campaña *Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos*, el del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (*Department of Health & Human Services USA*) y el de los CDC, además del teléfono 1-800-CDC-INFO y su página web en español.

### 4.1.2 La intención.

Si bien la intención básica de este tipo de género textual es la de informar, existen otras intenciones claramente identificadas en la hoja destinada a la presentación del documento:

Al leer este folleto usted **aprenderá** sobre los diferentes tipos de cáncer ginecológico y aquí **encontrará información** sobre [...] (s.n., resaltado nuestro). La información que se incluye en este folleto **le ayudará a reconocer** cualquier señal de advertencia de modo que pueda consultar con su médico al respecto (s.n., resaltado nuestro).

La persuasión es una de las intenciones características de este tipo de textos; ya que, el emisor espera que el lector actúe según los consejos del folleto, esto queda de manifiesto cuando emite las siguientes recomendaciones:

- a) préstele atención a su cuerpo y sepa lo que es normal para usted.
- b) tome decisiones que conduzcan a un estilo de vida saludable.
- c) conozca los antecedentes de salud de su familia y dígaselos a su médico.
- d) si está en la edad recomendada para recibir la vacuna contra el VPH, póngasela.
- e) hágase la prueba de Papanicolaou periódicamente y hable con su médico para saber si la prueba del VPH es adecuada para usted (p. 5).

Otros ejemplos de carácter persuasivo son: “protéjase contra el VPH, pregúntele a su médico [...], use condones durante las relaciones sexuales, limite el número de parejas sexuales, visite a su médico de forma periódica [...] y no fume [...]” (pp. 9-10).

### 4.1.3 El receptor.

A diferencia de los dos puntos anteriores, el folleto no señala de forma precisa quién es el receptor, sin embargo, podemos deducir que al ser un versión en español, el lector meta son las mujeres de habla hispana que viven en Estados Unidos. Personal de las oficinas centrales de los CDC en Atlanta, nos proporcionaron vía correo electrónico el rango de edad del público al que va dirigido el folleto, el cual es de los 35 a los 65 años. Además, por el tema y contenido de la información, pudiéramos acotar un poco más el receptor y definir que particularmente se busca llegar a las mujeres que ya iniciaron su vida sexual.

#### 4.1.4 El medio.

El folleto traducido aparece en la página de internet en español del CDC en la sección “Materiales para imprimir” y es el primero de los cuatros textos que se enlistan (ver figura 2). El archivo PDF puede descargarse, imprimirse o leer en línea, de tal manera que el lector tiene varias posibilidades de conservar la información y consultarla cuantas veces sea necesario.

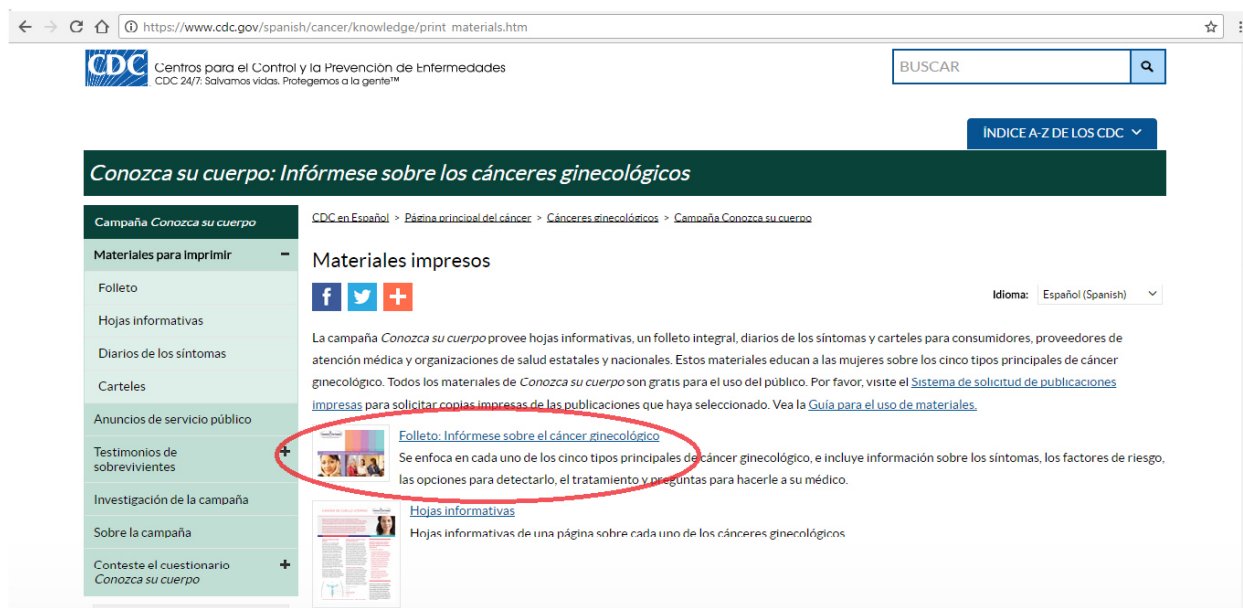


Figura 2. Ubicación electrónica del folleto. Fuente: [www.cdc.gov/spanish/cancer/knowledge/print\\_materials.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/knowledge/print_materials.htm)

#### 4.1.5 El lugar.

Aunque en el folleto no se especifica exactamente el lugar donde se realizó la traducción, en la última página se registra el domicilio de las oficinas centrales del CDC, el cual se ubica en 4770 Buford Highway, Mailstop K64, en Atlanta Georgia, Estados Unidos. Siendo este el organismo responsable de ambos textos tomaremos esta ubicación como referencia del lugar de traducción.

#### 4.1.6 El tiempo.

En lo que respecta al momento de producción de la traducción, el dato se encuentra también en la última hoja; al pie de la misma se registra el número de publicación del folleto, identificado como #22-0756 con fecha de mayo del 2011, siendo hasta el momento en que se redacta el presente trabajo, la versión más actualizada del documento.

#### 4.1.7 El motivo.

Este factor implica el por qué se ha escrito el texto, la respuesta a esta pregunta se encuentra señalada en el párrafo inicial de la página destinada a la presentación del folleto donde se explica:

Este folleto se preparó con el fin de apoyar la campaña *Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). La campaña ayuda a que las mujeres obtengan información importante sobre los cánceres ginecológicos, su cuerpo y su salud (s.n).

La campaña es una iniciativa que respalda la Ley para la Educación y Concientización sobre los Cánceres Ginecológicos de 2005 (*Gynecologic Cancer Education and Awareness Act*), también conocida como la Ley de Johanna, que fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 2006 y promulgada en enero del 2007 (p. 1).

#### 4.1.8 La función textual.

Basado en el modelo cuatrifuncional de las funciones comunicativas de Nord (2009) presentado en el Marco Teórico, en la traducción se ha detectado que la función fática, la cual está pensada para abrir y mantener el contacto entre emisor y receptor, se establece mediante una serie de preguntas que van hilvanando a manera de diálogo toda la información presentada en el folleto.

A partir de la segunda página se presenta al menos una interrogante que abre la comunicación entre el lector y el emisor. Tales cuestionamientos buscan asemejar la conversación entre paciente y médico, si bien algunos de ellos son un tanto generales como: “¿qué causa el cáncer?”, “¿qué es el cáncer ginecológico?”, “¿quién puede contraer cáncer ginecológico?” (p. 3). Otros son de carácter más personal, como los siguientes ejemplos: “¿qué puedo hacer para disminuir **mi** probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino? (p. 9, resaltado nuestro), “¿qué significado tiene el resultado de **mi** prueba de Papanicolaou?” (p. 11, resaltado nuestro). Observamos también que todas las interrogantes son expresadas desde la voz de la paciente y aluden a las posibles preguntas que harían durante una consulta médica.

Puesto que la función *fática* también sirve para definir el tipo de relación social que existe entre los comunicantes, en nuestro análisis hemos observado que la comunicación es de tipo formal, ya que todo el documento está redactado en tercera persona del singular “usted” y de

acuerdo a la Real Academia Española, “esa es la forma empleada en la norma culta de América y de España para el tratamiento formal; en el uso más generalizado, *usted* implica cierto distanciamiento, cortesía y formalidad” (Diccionario panhispánico de dudas, 2005). A continuación presentamos algunos ejemplos: “para mantener una buena salud en general **coma** una dieta rica en frutas y verduras, **haga** ejercicio con regularidad, **mantenga** un peso saludable, **evite** fumar y **tenga** relaciones sexuales seguras” (p. 5, resaltado nuestro). En ningún apartado se observan variantes en el uso de la persona gramatical.

La función *referencial* presentada por Nord (2009), también ha sido detectada en el texto meta, ya que el tema principal es el cáncer ginecológico; sus generalidades, síntomas, factores de riesgo y pruebas de detección, y como explica la autora, al ser un hecho o estado de cosas desconocidas por el receptor, la función referencial se considera de carácter informativa. Otra función detectada es la *apelativa*, por el uso frecuente de imperativos en el texto, los cuales tienen la clara intención de influenciar en el receptor o en su disposición a actuar, un ejemplo de esto lo encontramos en el mismo título del folleto “Infórmese sobre el cáncer ginecológico”. Bajo el marco de esta función, en el folleto existen otro tipo de enunciados que si bien no son estrictamente imperativos, también apelan a la sensibilidad del lector. Presentamos a continuación los siguientes fragmentos:

A veces es difícil reconocer los síntomas [...]. Por eso es importante **prestarle atención a su cuerpo** y saber lo que es normal para usted (p. 6, resaltado nuestro).

Los síntomas podrían ser causados por alguna otra causa que no sea cáncer, pero la única manera de saberlo es **visitando a un médico** (p. 7, resaltado nuestro).

En relación a la función *expresiva*, no encontramos ejemplos en los que el emisor exprese sus sentimientos o emociones en relación al tema, tampoco detectamos comentarios u opiniones que critiquen las decisiones de las pacientes, los médicos o las instituciones de salud relacionadas con esta enfermedad. Tampoco existen elementos irónicos o burlescos de parte del emisor, por lo cual deducimos que esta función no está presente en el texto.

## **4.2 Análisis de los factores intratextuales**

### **4.2.1 El tema.**

El tema principal del folleto es el cáncer ginecológico. En relación a esta enfermedad se abordan sus generalidades, síntomas, preguntas frecuentes, qué hacer en caso de recibir un diagnóstico de cáncer y los cinco tipos de cáncer más común que son el de cuello uterino, de ovario, de útero, de vagina y de vulva. Como se observa, todo el contenido guarda estrecha relación con el tema ya mencionado, lo cual apunta a una característica importante de coherencia. El tema es fácilmente identificado en la parte central de la portada: “Infórmese sobre el cáncer ginecológico”.

### **4.2.2 El contenido.**

Las secciones en las que está dividido el contenido vienen identificadas en el índice de la página uno y son las siguientes: 1) Generalidades sobre el cáncer ginecológico, 2) Síntomas del cáncer ginecológico, 3) Preguntas para hacerle a su médico, 4) Cáncer de cuello uterino, 5) Cáncer de ovario, 6) Cáncer de útero, 7) Cáncer de vagina, 8) Cáncer de vulva, 9) Diagnóstico del cáncer ginecológico, 10) Recursos y 11) Glosario.

Previo al Índice de la página uno, están dos páginas sin numeración: la primera que es la portada y una segunda titulada “Acerca de este folleto” donde se explica el fin con el que se preparó el folleto y lo que se espera lograr en los lectores. Posterior a la última página del glosario, numerada con el 28, hay dos hojas adicionales, la primera es para los agradecimientos y la segunda contiene la dirección de los CDC, un par de fotografías y el número de publicación y fecha del folleto. De tal manera que hay 28 páginas numeradas, dos paratextos iniciales y dos finales, lo que hace un total de 32 páginas.

### **4.2.3 Las presuposiciones.**

En lo general, el texto no da por sentado que los lectores tienen mucho conocimiento previo sobre el tema. A pesar de que el cáncer es uno de las enfermedades de las que más se habla hoy en día, la primera pregunta con la que inicia el folleto es precisamente ¿Qué es el cáncer? Hacemos esta observación para notar que a lo largo de la lectura hemos detectado que casi siempre se parte de lo más básico, dejando así la menor cantidad posible de huecos de información. Además, dentro de las páginas analizadas en cuatro ocasiones se incluye un recuadro que indica: “las definiciones de las palabras en negritas y cursiva se encuentran en un glosario al final del folleto (vea la página 26)”, de tal manera que los términos que no son explicados en la lectura, pueden ser revisados en



el glosario, evitando así que existan muchas presuposiciones en el texto.

Sin embargo, observamos que en la página cuatro se hace mención a los *condones* y se presupone que el lector sabe lo que son, porque no se da una definición de ellos ni está referenciado para que el lector lo busque en el glosario. Ejemplo:

Los condones pueden reducir el riesgo de contraer VPH si los usa cada vez que tiene sexo y de la manera correcta. Sin embargo, los condones no protegen completamente contra el VPH ya que el VPH puede infectar lugares que el condón no cubre (p. 4).

En la página cinco cuando se explica en relación a la *vacuna* contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), se presupone que el lector sabe lo que estas son, puesto que se limita a indicar que protegen contra ese virus y las dosis y edades recomendadas para su aplicación. Ejemplo:

La vacuna protege contra los tipos de VPH que suelen causar con más frecuencia cáncer de cuello uterino, vagina y vulva. La vacuna se da en una serie de tres dosis. Esta se recomienda para niñas de 11 y 12 años de edad (p. 5).

Otra presuposición en esa misma página es en relación a *cómo* se practican las pruebas de Papanicolaou y del VPH; sólo se explica lo que las pruebas detectan y lo que no, pero no se brinda información sobre el hecho de que son vía vaginal o que se deben practicar en cierto momento del periodo menstrual. Ejemplo:

Prueba de Papanicolaou: Esta prueba puede detectar cambios precancerosos en el cuello del útero que se pueden tratar para prevenir el cáncer de cuello uterino. La prueba no detecta el cáncer de ovario, útero, vagina o vulva. Consulte a su médico si observa cualquier signo o síntoma que no sea normal para usted.

Prueba del VPH: Detecta la infección por el virus del papiloma humano. El examen puede hacerse junto con la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 30 años. También se usa para obtener más información cuando los resultados de la prueba de Papanicolaou no son claros (p. 5).

#### **4.2.4 La estructura textual.**

En las páginas seleccionadas se observan seis apartados con títulos escritos en tipografía Arial de 20 puntos, visiblemente más grandes que el resto del texto, cuyo tipo de letra es el mismo pero el tamaño se reduce a 9.5 puntos. Los colores utilizados para los títulos se ajustan al que tiene el fondo de cada apartado, siendo los colores de “Acerca de este folleto”, “Índice” y “Generalidades del cáncer” de color morado; los apartados de “Síntomas del cáncer ginecológico” y “Preguntas frecuentes” de color turquesa y el de “Cáncer de cuello uterino” rosado. El interlineado de todos estos apartados es sencillo y el texto solo está justificado a la izquierda. La estructura de los apartados se organiza por medio de una serie de preguntas identificadas de color morado y en “negritas”, la mayoría de las respuestas están subdivididas en viñetas tipo bolo (•), numeraciones o una combinación de ambos. Las palabras resaltadas en “negritas” y “cursiva” a lo largo del texto son las que el lector puede encontrar en el glosario. En otro aspecto importante de la macroestructura es que en siete de las once páginas la presentación del texto es en forma vertical, distribuido en dos columnas. No existen notas de traductor en el documento, solo una nota marcada con asterisco que deriva del mismo texto para aclarar que “este folleto utilizará la palabra “médico” para hacer referencia a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud” (p. 4).

#### **4.2.5 Los elementos no verbales.**

En las once páginas hay un total de nueve imágenes que acompañan el texto, sin embargo la mayoría no tiene una función informativa sino solo ilustrativa. Seis de las nueve imágenes son fotografías de mujeres posiblemente hispanas, puesto que sus rasgos faciales así lo denotan, en situaciones cotidianas como platicando o tomando café; y solamente en dos de esas seis se aprecia la figura de una paciente con personal médico durante una consulta. De las otras tres imágenes, dos son dibujos idénticos del aparato reproductor femenino que identifica las partes que lo componen, esto se vuelve pertinente pues se insertan en los apartados donde se explica que es el cáncer y dónde se origina. La otra imagen es una tabla guía para identificar las síntomas de los diferentes tipos de cáncer ginecológico que aborda el folleto. No se observan otro tipo de elementos como gráficas o caricaturas, lo cual suma al carácter formal ya descrito en el punto 4.1.8 de la función fática.

#### 4.2.6 El léxico.

En virtud de que el público hispanohablante al que va dirigido la traducción está configurado por una diversidad de nacionalidades, como ya se mencionó en el planteamiento del problema, es conveniente señalar que no hay huellas importantes de alguna variante dialectal del español, la redacción presenta un lenguaje neutral, sin palabras o términos culturales de algún origen étnico en particular. En cuanto a la variante idiolectal, retomamos lo que ya se observó en el punto 4.1.8 de la función fática, en cuanto al tratamiento formal del público por medio del pronombre “usted”, lo cual también nos habla de una comunicación de tipo personal, muy acorde con lo sucede en la realidad en la relación médico-paciente donde se acostumbra este estilo.

Otro aspecto que encontramos es la desteterminologización del léxico médico, propio de los textos de divulgación, en este caso, se han utilizado principalmente los siguientes procesos: *definición, paráfrasis, analogía y sinonimia*. A continuación presentamos ejemplos de cada uno de ellos. En el caso de la definición, que es el de mayor uso en nuestro texto, observamos los siguientes: “El cáncer es un grupo de enfermedades en el cual células anormales en el cuerpo se dividen y multiplican sin control. Esas células anormales pueden extenderse a otras partes del cuerpo. Cuando esto ocurre, **se llama metástasis**” (p. 2, resaltado nuestro). “El cáncer ginecológico **es** cualquier tipo de cáncer que comienza en los órganos del aparato reproductor de la mujer” (p. 3, resaltado nuestro). En el caso de la paráfrasis presentamos los siguientes: “Cáncer de vulva: comienza en la vulva, **es decir**, la parte externa del aparato reproductor femenino” (p. 3, resaltado nuestro). “El cuello uterino conecta la parte superior del útero con la vagina (**canal del parto**)” (p. 8, resaltado nuestro). En cuanto a las analogías se detectaron estos ejemplos: “Cáncer de útero: comienza en el útero, el órgano en forma de **pera** ubicado en la pelvis de la mujer, donde se desarrolla el bebé cuando la mujer está embarazada” (p. 3, resaltado nuestro). “Cáncer de vagina: comienza en la vagina, el conducto en forma de **tubo** que va desde la base del útero a la parte exterior del cuerpo” (p. 3, resaltado nuestro). En ambos ejemplos se toman elementos de la vida cotidiana de tal manera que el lector pueda visualizar más fácilmente los conceptos. Por último, en el caso de la sinonimia encontramos los siguientes: “El cuello uterino es el extremo inferior y estrecho del útero (**o la matriz**)” (p. 8, resaltado nuestro). “Un resultado normal (**o negativo**) significa que no se detectó ningún cambio celular en el cuello del útero y no hay señales de que algo está mal (p. 11, resaltado nuestro). Estos procesos de desteterminologización así como el uso de términos coloquiales para la descripción de síntomas como: “hinchazón, comezón,

sangrado vaginal, sarpullido y verrugas” en lugar de los términos médicos “edema, prurito, sinusorragia, urticaria y condilomas”, contribuyen a asegurar que el lenguaje sea comprensible para el público lego.

#### 4.2.7 La sintaxis.

Las oraciones son, sobre todo, oraciones simples de tipo enunciativo y exhortativo. Las primeras expresan la intención del hablante de informar objetivamente sobre algo (Mozas, 2008, p. 97), por ejemplo: “El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo y solía ser la causa principal de muerte en mujeres en los Estados Unidos” (p. 9). Las oraciones exhortativas expresan la intención del hablante de influir en el oyente para que actúe de una forma determinada (Mozas, 2008, p. 106), esto lo vemos por ejemplo en las recomendaciones para las pacientes: “Protéjase contra el VPH, visite a su médico de forma periódica [...], no fume” (pp. 9-10). Lo anterior da como resultado que los modos verbales más utilizados sean el indicativo y el imperativo.

También existen oraciones subordinadas condicionales, que de acuerdo al *Diccionario panhispánico de dudas* (2005), son aquellas que expresan una condición que debe cumplirse para que se verifique lo enunciado en la oración principal, por ejemplo: “Si está en la edad recomendada para recibir la vacuna, póngasela”, “si tiene VPH, hable con su médico sobre otros exámenes” (p. 5). No encontramos oraciones, adjetivos calificativos o verbos que expresen opinión, de tal forma que se destaca el carácter puramente informativo propio del género textual.

#### 4.2.8 Las marcas suprasegmentales.

El elemento más utilizado es sin duda el signo de interrogación, ya que como se explicó anteriormente el texto está desarrollado a base de preguntas. Otros elementos que también clarifican significados y dan un determinado tono al texto figuran el uso de comillas altas o inglesas (“”) y los paréntesis para la definición de las siglas, las paráfrasis y algunas observaciones para remitir al lector a otras partes del documento. Una constante que se observa es la combinación de “negritas y cursiva” para identificar los términos que aparecen en el glosario. Por otro lado, además de los títulos en “negritas”, en algunos casos se utiliza este elemento para resaltar la introducción de ciertos párrafos que integran una misma respuesta, por ejemplo: “**¿Dónde puedo encontrar exámenes de detección de cáncer de cuello uterino gratuitos o de bajo costo? Tiene seguro médico [...], Satisface los requisitos para recibir Medicaid [...], Tiene años de edad o más [...],**

**Es de bajos ingresos o no tiene seguro médico [...]**” (p. 11). No se observan elementos subrayados ni oraciones con signos de exclamación.

### 4.3 Comparación de resultados

A continuación se presentan las tablas comparativas de cada uno de los factores previamente analizados para cotejar la traducción al español con su versión original en inglés e identificar las similitudes y diferencias entre ellos según lo planteado en el objetivo específico número dos.

#### 4.3.1 Comparación de factores extratextuales.

Tabla 1

*El emisor*

Texto Meta	Texto Original
Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés)	Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Ambos documentos fueron elaborados por el mismo organismo y por medio de la comunicación establecida con personal de los CDC sabemos que la traducción fue elaborada por un equipo interdisciplinario de personal principalmente latino experto en las áreas de comunicación sanitaria, salud pública y medicina. El equipo incluye hablantes nativos de México, Cuba y países de Centro y Sudamérica.

Tabla 2

*La intención*

Texto Meta	Texto Original
Al leer este folleto usted <u>aprenderá</u> sobre los diferentes tipos de cáncer ginecológico.	As you read this booklet, you will <u>learn</u> about the different types of gynecologic cancer.
La información que se incluye en este folleto <u>le ayudará a reconocer</u> cualquier señal de advertencia de modo que pueda consultar con su médico al respecto.	The information included in this booklet will <u>help you recognize</u> any warning signs, so you can ask your health care provider about them.

Observamos que ambos textos comparten la intención de que el público *aprenda* en relación al cáncer ginecológico y que el folleto *ayude* a reconocer los síntomas de la enfermedad, esto contribuye a facilitar la descripción de las funciones que más adelante abordaremos.

Tabla 3

*El receptor*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Mujeres de habla hispana entre 35 y 65 años que viven en Estados Unidos.	Mujeres de habla inglesa entre 35 y 65 años que viven en Estados Unidos.

Ambos textos coinciden en el género, el rango de edad de sus públicos y en el hecho de que coexisten en el mismo país. Sin embargo, difieren en la lengua materna puesto que el texto meta va dirigido a hispanohablantes y el original a hablantes de la lengua inglesa, lo cual hace una notable diferencia en cuanto al origen cultural, más aún porque el público hispano involucra a mujeres de diversas nacionalidades unidas por el vínculo del idioma.

Tabla 4

*El medio*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
La versión en español aparece en <a href="http://www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo">www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo</a> en la sección “Materiales para imprimir”.	El folleto aparece en la página de los CDC <a href="http://www.cdc.gov/cancer/knowledge">www.cdc.gov/cancer/knowledge</a> en la sección “Print materials”.

Los folletos se encuentran disponibles en la página oficial en internet de los CDC, de tal manera que el público puede leerlos en línea, descargarlos o imprimirlos, facilitando así las opciones de consulta y almacenamiento de la información.

Tabla 5

*El lugar*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Traducido por los CDC, en Atlanta Georgia, Estados Unidos.	Elaborado por los CDC, en las mismas instalaciones.

Tanto el texto original como la traducción fueron elaborados en las oficinas centrales de los CDC, esto también fue confirmado por el personal de esta institución.

Tabla 6

*El tiempo*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
mayo del 2011	august 2010

Aunque existe una versión revisada del folleto en inglés con fecha de julio del 2012 y una aún más actual con fecha de abril del 2017, la traducción al español de mayo del 2011 es la única disponible hasta el momento de redacción del presente trabajo, por lo cual se ha tomado como texto base la publicación en inglés del 2010 para el ejercicio de la comparación.

Tabla 7

*El motivo*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
<u>Apoyar la campaña</u> <i>Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos.</i>	<u>In support of</u> the CDC's Inside knowledge: <i>Get the facts about gynecologic cancer campaign.</i>
<u>La campaña respalda</u> la Ley para la Educación y Concientización sobre los Cánceres Ginecológicos de 2005, (Ley de Johanna), aprobada por el Congreso de EU en 2006 y promulgada en enero del 2007.	<u>The campaign is an initiative that supports the</u> Gynecologic Cancer Education and Awareness Act of 2005 or Johanna's Law, which was passed by the 109th Congress in 2006, and signed into law in January 2007.

La razón de ser de ambos textos es principalmente apoyar la campaña de los CDC, sin embargo, otro motivo que los origina es la Ley de Johanna, la cual promueve en Estados Unidos la difusión de información del cáncer ginecológico y la educación del público, de tal manera que ambos documentos comparten el mismo trasfondo legal.

Tabla 8

*La función fáctica*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
¿Qué causa el cáncer?, ¿Qué es el cáncer ginecológico?, ¿Quién puede contraer cáncer ginecológico? (p. 3).	What causes cancer?, What is gynecological cancer?, Who gets gynecological cancer? (p. 3)
Préstele atención a su cuerpo y sepa lo que es normal para <u>usted</u> .	Pay attention to your body and know what is normal for you.
Hable con su médico para saber si la prueba del VPH es adecuada para <u>usted</u> (p. 5).	Talk to a doctor about whether the HPV test is right for you (p. 5).

La traducción adopta el uso de interrogantes asemejando la conversación entre paciente y médico que se observa en el texto original. Aunque en inglés solo existe el pronombre YOU para tú o usted, en la traducción se utiliza el singular USTED lo que implica un tratamiento de tipo formal y personal, el cual se mantiene uniforme durante la redacción de todo el documento.

Tabla 9

*La función apelativa*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
<i><u>Infórmese</u> sobre el cáncer ginecológico.</i>	<i><u>Get the facts</u> about gynecological cancer.</i>
Para mantener una buena salud en general <u>coma</u> una dieta rica en frutas y verduras, <u>haga</u> ejercicio con regularidad, <u>mantenga</u> un peso saludable, <u>evite</u> fumar y <u>tenga</u> relaciones sexuales seguras” (p. 5).	For overall good health, eat a diet rich in fruits and vegetables, exercise regularly, maintain a healthy weight, avoid smoking and practice safe sex (p. 5).

La apelación se detecta desde la portada, ya que ambos títulos invitan al lector a “informarse”, además, en ambos textos hay un uso frecuente de verbos en su forma imperativa para incitar al receptor a reaccionar de cierta forma.



Tabla 10

*La función referencial*

Texto Meta	Texto Original
El tema principal es el cáncer ginecológico.	Mismo tema principal.
El VPH <u>es</u> un virus común del cual existen más de 100 tipos diferentes (p. 4)	HPV <u>is</u> a common virus with more than 100 different kinds or types (p. 4)
Los cinco tipos principales de cáncer ginecológico <u>son</u> [...] (p. 3).	The five main types of gynecologic cancer <u>are</u> [...] (p. 3).

Al ser un tema o estado de cosas desconocidas para ambos públicos, la función referencial se considera de carácter informativa, esto se ve reflejado en el uso abundante de verbos copulativos, principalmente *ser* y *estar*.

**4.3.2 Comparación de factores intratextuales.**

Tabla 11

*El tema*

Texto Meta	Texto Original
Tema principal: Cáncer ginecológico	Mismo tema principal y subtemas.
Subtemas: generalidades, síntomas, preguntas frecuentes, qué hacer en caso de recibir un diagnóstico de cáncer, los cinco tipos de cáncer: cuello uterino, de ovario, de útero, de vagina y de vulva.	

Existe coherencia entre los temas y subtemas de ambos folletos. En el caso de la traducción no hay omisión de ningún tema o subtema.

Tabla 12

*El contenido*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Portada	Cover
Presentación del folleto	About this booklet
Índice (p. 1)	Table of contents (p. 1)
Generalidades (p. 2-5)	Overview (p. 2-5)
Síntomas (p. 6)	Symptoms (p. 6)
Preguntas frecuentes (p. 7)	FAQs (p. 7)
Cáncer de cuello uterino (p. 8-11)	Cervical cancer (p. 8-11)

Observamos que a pesar de que la traducción cuenta con un total de 9786 palabras contra las 8218 del original, hay coincidencia en cuanto a la ubicación del contenido en el mismo número de página. Para lograr esto, en el texto meta se ajustó principalmente el interlineado y se omitió la foto de la página 11.

Tabla 13

*Las presuposiciones*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Los condones pueden reducir el riesgo de contraer VPH si los usa cada vez que tiene sexo y de la manera correcta (p. 4)	Condoms can lower your chance of getting HPV, if they used all the time and the right way (p. 4)
El Dietilestilbestrol (DES), es una forma sintética de estrógeno prescrita hasta 1971 en los Estados Unidos y <u>hasta la década de 1980 en el resto del mundo (p. 9, subrayado nuestro)</u>	Diethylstilbestrol (DES) which is a man-made form of estrogen prescribed until 1971 to help women with pregnancy complications (p. 9)

Aunque comparten otras presuposiciones, como el ejemplo de los condones, a diferencia del original, en la traducción no se asume que el público meta conocerá el dato subrayado, por lo cual se hace la aclaración pertinente.

Tabla 14

*La estructura textual*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Texto vertical a dos columnas	Texto vertical a dos columnas
Títulos: Arial de 20 puntos.	Títulos: Arial de 24 puntos
Texto: Arial a 9.5 puntos.	Texto: Arial a 10 puntos
Interlineado sencillo	Interlineado variable (1.39 y 1.04 puntos)
Colores: morado, turquesa y rosado	Mismos colores
Justificado a la izquierda	Igual alineación
Uso de viñetas tipo bolo (•), numeraciones o combinado	Igual uso de viñetas y numeración

Comparten gran parte de la macroestructura, excepto por el tamaño de la letra y el interlineado. En español la letra es más reducida y el interlineado sencillo para ajustar contenidos.

Tabla 15

*Los elementos no verbales*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Total de 9 imágenes:	Total de 10 imágenes:
4 fotografías de mujeres en situaciones cotidianas	5 fotografías de mujeres en situaciones cotidianas
2 fotografías de paciente con personal médico	2 fotografías de pacientes con personal médico
2 dibujos del aparato reproductor femenino	Mismos dibujos
1 tabla guía de síntomas	Misma tabla guía
No se observan gráficas o caricaturas	Tampoco se observan gráficas o caricaturas

Se destaca que existe una imagen elidida en la traducción y que tres fotografías son idénticas a las del texto original a pesar de la diferencia del público meta. En el caso del texto origen, las fotografías sí incluyen modelos de diversas fisonomías como: afroamericanas, asiáticas y caucásicas. La ausencia de caricaturas en ambos textos refuerza su carácter formal.

Tabla 16

*El léxico*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Tratamiento formal y personal (usted)	No hay uso de <i>slang</i> , ni contracciones.
Procesos de desteterminologización: definición, paráfrasis, analogía y sinonimia.	Mismos procesos de desteterminologización.
Términos coloquiales: hinchazón, comezón, sangrado vaginal, sarpullido, verrugas.	Términos coloquiales: bloating, itching, vaginal bleeding, rash, warts

En el texto meta, no se observa alguna variante idiolectal del español. En ambos folletos el tratamiento es formal y comparten los mismos procesos de desteterminologización. Se utilizan paralelamente términos coloquiales para la descripción de los síntomas.

Tabla 17

*La sintaxis*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Uso frecuente de oraciones simples de tipo enunciativas y exhortativas.	Mismo tipo de oraciones principales.
Oraciones subordinadas condicionales: “ <u>si</u> está en la edad recomendada para recibir la vacuna contra el VPH, póngasela” (p. 5)	También existen los condicionales: “Get the HPV vaccine <u>if</u> you are at an age when it is recommended” (p. 5)
Utiliza la forma reflexiva impersonal ( <i>se</i> ) “La vacuna <u>se da</u> en una serie de tres dosis. Ésta <u>se recomienda</u> para niñas de 11 y 12 años de edad” (p. 5)	Uso frecuente de la voz pasiva: “It <u>is given</u> in a series of three shots. The vaccine <u>is recommended</u> for 11- and 12-year-old girls” (p. 5)

Ambos documentos utilizan principalmente oraciones cortas, de tipo enunciativo, exhortativo y condicional. Difieren en el uso de la voz pasiva, típica de los textos médicos en inglés, mientras que en español se opta por la forma reflexiva impersonal (*se*). En ninguno de los dos textos encontramos oraciones, adjetivos calificativos o verbos que expresen opinión.

Tabla 18

*Las marcas suprasegmentales*

<b>Texto Meta</b>	<b>Texto Original</b>
Combinación de <b>negritas y cursiva</b> para términos del glosario.	Solo <b>cursiva</b> para los términos del glosario.
Uso de signos de interrogación	El resto de las marcas suprasegmentales fueron coincidentes y aplicadas con el mismo criterio.
Comillas altas o inglesas (“”)	
Paréntesis para las siglas, paráfrasis y observaciones.	
Solo negritas para títulos e introducción de párrafos	
No hay texto subrayado ni oraciones exclamativas.	

## 5. Conclusiones

Después del análisis de los factores extratextuales e intratextuales y su respectiva comparación con el texto original, podemos concluir cuáles son los elementos que permiten que la traducción logre su función textual. Comenzaremos con lo más general que implica la valoración de la traducción como un todo para después dirigir la atención a los aspectos particulares de la misma.

De la distinción que señalamos en el Marco Teórico entre los conceptos de traducción documento y traducción instrumento planteados por Nord (2016), concluimos que la traducción analizada es de tipo *instrumental*, ya que produce en la lengua meta la misma interacción comunicativa que hay entre el emisor de la cultura base y el público meta original, pues el contenido y la manera de presentar la información en la traducción se configura de la misma forma que en el texto base, esto es principalmente mediante un diálogo que surge de las preguntas que las pacientes pudieran tener en relación al tema del cáncer ginecológico. Por otra parte, de la traducción instrumento proviene lo que Nord (2016) denomina “formas de traducción”, la cual para el texto analizado se considera como *equifuncional*, ya que el Skopos del texto meta es el mismo que el del texto base, además porque una de las características más importantes de esta forma de traducción consiste en que los lectores difícilmente pueden percatarse que están leyendo una traducción, lo cual validamos con nuestra propia experiencia, ya que en un principio la casualidad nos llevó a leer el folleto y posteriormente supimos que provenía de un texto en inglés.

Ahora describiremos las características particulares que nos permiten determinar de qué manera la traducción logra cumplir con las funciones primordiales del género textual que son informar y persuadir. Tomando como referencia la reflexión de Nord (2010) en la que señala que la función más importante para lograr que el resto de las funciones se logren es la función fática, observamos que en este sentido la traducción, además de presentar la secuencia dialogante que le imprime un estilo de comunicación personal, define un tratamiento formal y lo mantiene uniforme en todo el texto, lo cual favorece que el canal por medio del cual se establece la interacción con el público permanezca abierto en todo momento. Otra característica importante que contribuye a lograr las funciones del folleto, es el uso de un léxico adecuado para el receptor lego, lo cual se ve reflejado en la aplicación de los diversos procesos de desteminologización y el uso de términos coloquiales para la explicación de los síntomas.

Además del aspecto léxico, señalaremos también que a nivel sintáctico no se apreciaron construcciones fuera de lugar y que a pesar de la multiculturalidad del público meta, no predomina alguna variante específica del español, lo cual nos habla de un uso conveniente de lo que denominaríamos “español estándar”. Es importante mencionar que este aspecto se logra, entre otras cosas, porque en la traducción interviene un equipo de profesionales bilingües del área de la salud originarios de distintos países de habla hispana y además, como parte del proceso de revisión, la traducción es leída por mujeres hispanohablantes de varias regiones, quienes retroalimentan a los traductores médicos en su labor.

Por último, resaltamos la afinidad que hay entre ambas macroestructuras, puesto que la traducción ajusta el contenido de elementos secundarios como imágenes, tamaño de letra e interlineado para que el orden y diseño de la información se distribuya de forma muy semejante al texto original. En cuanto a las imágenes, consideramos que hubiera sido mucho más significativo que las fotografías del folleto en español fueran totalmente diferentes a las del folleto en inglés, esto con la intención de favorecer una mayor identificación del público meta con su grupo cultural.

Por todo lo anterior y en virtud de que no se observaron elementos importantes que denoten un trabajo improvisado o superficial, concluimos que la traducción del folleto médico se ajusta a las normas y convenciones del género textual en la cultura meta.

## Referencias

- Aguilera C. I. (2016). *Análisis comparativo de las traducciones al español de folletos de salud de los organismos de salud pública en los EE. UU.* (Tesis de maestría) Recuperada de la base de datos Diposit Digital de Documents de la UAB (Núm. NIU 1155938).
- Bolaños C. S. (2016). Hacia una visión integradora de la traducción: propuesta del Modelo Traductológico Dinámico (MTD). *Hemeroteca Clara Campoamor*, 1-19.
- Campos A. O. (2013). Procedimientos de desteminologización: traducción y redacción de guías para pacientes. *Panacea 14* (37), 48-52.
- Calsamiglia B. H. (1997). Divulgar: itinerarios discursivos del saber. *Quark: ciencia, medicina, comunicación y cultura 7*, 9-18.
- Echauri G.B. (2015). Para entenderse: algunas reflexiones para mejorar la comunicación entre personal médico y pacientes en el ámbito de la salud mental. *Onomazein 31*, 265-281.
- Faya O. G. (2015). Estudio contrastivo del folleto médico (inglés-español) *Quaderns: revista de traducció 22*, 347-362.
- Ferreira L.E. y Bruno L. V. (2014). La traducción de textos científicos inglés-español. Recuperado <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1385/La%20traducci%C3%B3n%20de%20textos%20cient%C3%ADficos.%20ebook.pdf;sequence=4>
- García P.E. (2007). El papel de la información textual en el proceso de lectura del texto especializado. *Panacea 8* (26), 138-148.
- García P.E. (1994). La crítica pedagógica de la traducción. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=vIz8u\\_mAEoQC&pg=PA50&lpg=PA50&dq=modelo+Koller&source=bl&ots=zDw4M\\_XzjD&sig=k76lqhEcEEIAXhw1vA3ykAptlh4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjy6PHcxeTSAhVRfiYKHcdWBLUQ6AEIOTAI#v=onepage&q=modelo%20koller&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=vIz8u_mAEoQC&pg=PA50&lpg=PA50&dq=modelo+Koller&source=bl&ots=zDw4M_XzjD&sig=k76lqhEcEEIAXhw1vA3ykAptlh4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjy6PHcxeTSAhVRfiYKHcdWBLUQ6AEIOTAI#v=onepage&q=modelo%20koller&f=false)
- García I. I. y Muñoz M. A. (2015). Los folletos de información oncológica en contextos hospitalarios: la perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios. *Panacea 16* (42), 225-231.



- Groenewoud I. (2011). *La traducción médica: análisis de textos no especializados con el fin de formular directrices para el traductor principiante*. (Tesis de maestría) Recuperado de la base de datos Dspace Library Utrecht University (Núm. 3457117).
- Hernández S., Fernández C. y Baptista L. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.) México. McGraw-Hill.
- Hurtado A. A. (2001). *Traducción y Traductología*. Madrid, España: Cátedra.
- Jiménez C. M. (2013). Building from the ground up: on the necessity of using translations competence models in planning and evaluating translation and interpreting programs. *Cuadernos de ALDEEU*, 37-68.
- Lee-Jahnke H. (2005). Teaching medical translation: an easy job? *Panacea* 6 (20), 81-84.
- Mayor S.M. (2003a). Divulgación médica: una asignatura pendiente. *Panacea* 4 (11), 59-60.
- Mayor S. M. (2003b). Elementos metacomunicativos en artículos de divulgación médica inglés-español e implicaciones didácticas para la formación del traductor. *Ibérica* 6, 89-107.
- Mayor S. M. (2005). Análisis contrastivo (inglés-español) de la clase de texto <folletos de salud> e implicaciones didácticas para la formación de traductores médicos. *Panacea* 6 (20), 132-141.
- Mayor S. M. (2007). Recomendaciones para la elaboración de folletos de salud. *Panacea* 8 (25), 23-30.
- Montalt R. V. (2007). La enseñanza virtual de la traducción médica en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). *Panacea* 8 (26), 213-219.
- Mozas B. A. (2008). Ejercicios de sintaxis teoría y práctica. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=ZcySKo3R6-gC&pg=PA97&lpg=PA97&dq=oraciones+enunciativas&source=bl&ots=Qee-GO0F0f&sig=oUkLMbXXf8Izhp5qaCChv-xmpog&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiriKXegYPUAhWJ6oMKHXcSCkg4ChDoAQhLMAc#v=onepage&q=oraciones%20enunciativas&f=false>

- Muñoz M. A. (2009). El perfil del traductor medico: diseño de un estudio de corte socioprofesional. *Panacea 10* (30), 157-167.
- Muñoz M. A. (2012). From the original article to the summary for patients: Reformulation procedures in intralingual translation. *Lingüística Antverpiensia 11*, 187-206.
- Muñoz M. A. (2014). El perfil y las competencias del traductor medico desde el punto de vista de los profesionales: una aproximación cualitativa. *Trans 18*, 163-181.
- Nord C. (2009). El funcionalismo en la enseñanza de la traducción. *Mutatis Mutandis 2* (2), 3-35.
- Nord C. (2010). Las funciones comunicativas en el proceso de traducción: un modelo cuatrifuncional. *Núcleo 27*, 239-255.
- Nord C. (2016). Lo dado y lo nuevo: acerca del equilibrio adecuado entre la información supponible y la no supponible en la traducción. *Verbum et lingua 7*, 11-31.
- PACTE (2001). La competencia traductora y su adquisición. *Quaderns: revista de traducció 6*, 39-45.
- Ruiz R.L. (2008). English and Spanish medical languages: a comparative study from a Comparative Study from a translation point of view. *Trans 12*, 231-246.

### **Cibergrafía**

- Centros para el control y la prevención de enfermedades (2017) Recuperado de [www.cdc.gov/spanish/acercaCDC/historia.html](http://www.cdc.gov/spanish/acercaCDC/historia.html)
- Competencia. (2017) En *Diccionario de la lengua española* (23ra. ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=A0fanvT|A0gTnnL>
- Corporación Británica de Radiodifusión (2016) Recuperado de [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160304\\_internacional\\_elecciones\\_eeuu\\_2016\\_cifras\\_latinos\\_1f](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160304_internacional_elecciones_eeuu_2016_cifras_latinos_1f)
- Instituto Nacional del Cáncer (2017) Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/comunicados-de-prensa/2017/informe-anual-a-la-nacion-1975-2014>

Organización Mundial de la Salud (2017), Recuperado de <http://www.who.int/about/es/>

Periódico español El País (2017) Recuperado de

[http://internacional.elpais.com/internacional/2017/02/23/estados\\_unidos/1487876216\\_984594.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2017/02/23/estados_unidos/1487876216_984594.html)

Usted. (2005). En *Diccionario panhispánico de dudas* (1ra. ed.) Recuperado de

<http://lema.rae.es/dpd/srv/search?id=jDHGqjjQZD6QSpsMYp>



## Anexos

### Anexo A. Folleto “*Infórmese sobre el cáncer ginecológico*”

**Conozca Su Cuerpo**  
Infórmese sobre el cáncer ginecológico

De cuello uterino De ovario De útero De vagina De vulva

**Infórmese sobre el cáncer ginecológico**

 [www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo) 1-800-CDC-INFO 

## Acerca de este folleto

Este folleto se preparó con el fin de apoyar la campaña *Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). La campaña ayuda a que las mujeres obtengan información importante sobre los cánceres ginecológicos, su cuerpo y su salud.

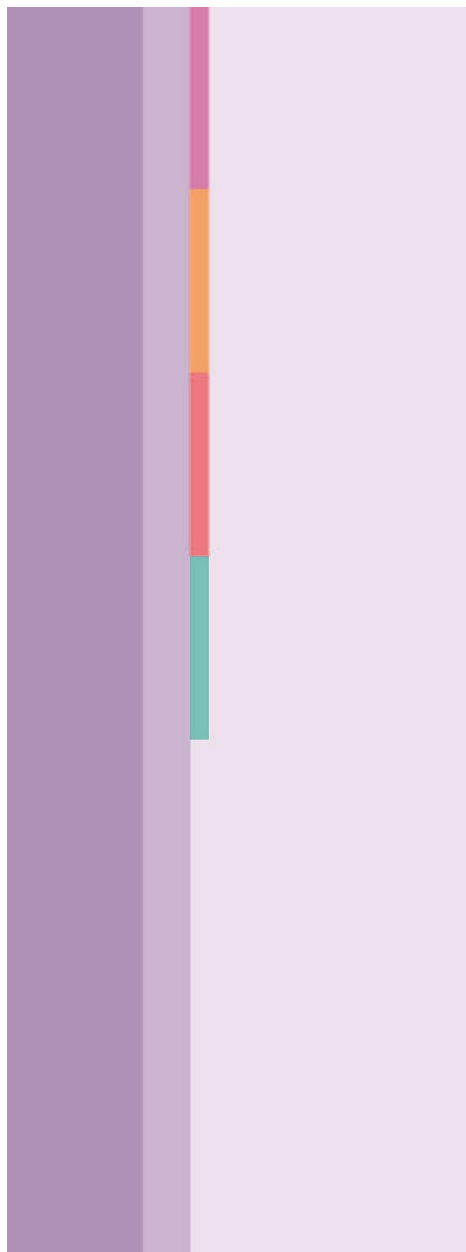
Al leer este folleto usted aprenderá sobre los diferentes tipos de cáncer ginecológico. Estos cánceres afectan los órganos del aparato reproductor de la mujer e incluyen el cáncer de cuello uterino, ovario, útero, vagina y vulva. Aquí encontrará información sobre:

- Los signos, síntomas y factores de riesgo relacionados con cada uno de los cánceres ginecológicos.
- Qué puede hacer para prevenir el cáncer ginecológico.
- Qué hacer si tiene síntomas.
- Qué hacer si piensa que podría correr mayor riesgo de desarrollar alguno de los cánceres ginecológicos.
- Preguntas para hacerle a su médico.

En los Estados Unidos se diagnostican aproximadamente 71,500 casos de cáncer ginecológico al año. Aunque todas las mujeres tienen riesgo de desarrollar cánceres ginecológicos, muy pocas los contraerán. No obstante, es importante conocer los síntomas ya que no hay manera de saber con certeza quién contraerá algún tipo de cáncer ginecológico.

La información que se incluye en este folleto le ayudará a reconocer cualquier señal de advertencia de modo que pueda consultar con su médico al respecto. Aunque muy a menudo estos signos y síntomas están relacionados con algo diferente al cáncer ginecológico, es importante para su salud en general saber cuál es la causa.

Las definiciones de las palabras en **negrita** y *cursiva* se encuentran en un glosario al final del folleto (vea la página 26).



## Índice

- 2 Generalidades sobre el cáncer ginecológico
- 6 Síntomas del cáncer ginecológico
- 7 Preguntas para hacerle a su médico
- 8 Cáncer de cuello uterino
- 12 Cáncer de ovario
- 16 Cáncer de útero
- 18 Cáncer de vagina
- 20 Cáncer de vulva
- 22 Diagnóstico del cáncer ginecológico
- 24 Recursos
- 26 Glosario

La campaña *Conozca su cuerpo: Infórmese sobre los cánceres ginecológicos* es una iniciativa que respalda la Ley para la Educación y Concientización sobre los Cánceres Ginecológicos de 2005 (*Gynecologic Cancer Education and Awareness Act*). Ésta también se conoce como la Ley de Johanna, la cual fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 2006 y promulgada en enero del 2007.

Para obtener más información:  
[www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/conozcasucuerpo)  
Llame al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

## Generalidades sobre el cáncer ginecológico

### ¿Qué es el cáncer?

El **cáncer** es un grupo de enfermedades en el cual *células* anormales en el cuerpo se dividen y multiplican sin control. Esas *células* anormales pueden extenderse a otras partes del cuerpo. Cuando esto ocurre, se llama metástasis. Existen más de 100 tipos diferentes de cáncer. El tipo de cáncer generalmente se identifica de acuerdo a la parte del cuerpo o tipo de célula en la que comienza, aunque después se extienda a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, el cáncer que comienza en los ovarios y se extiende a otro órgano sigue llamándose cáncer de ovario, aún después de haberse diseminado. El tratamiento es más eficaz cuando el cáncer se detecta durante sus etapas tempranas.



Las definiciones de las palabras en **negrita** y *cursiva* se encuentran en un glosario al final del folleto (vea la página 26).



### ¿Qué causa el cáncer?

En la mayoría de los casos se desconoce la causa exacta del cáncer. Sin embargo, es claro que ciertos cambios en las células pueden causar cáncer. Esos cambios celulares pueden ser adquiridos o heredados. Si son cambios adquiridos, ellos son causados por factores ambientales y por cosas que las personas hacen, como por ejemplo fumar. Casi todos los cánceres de cuello uterino y algunos cánceres de vagina y vulva son causados por el **virus del papiloma humano**, también llamado **VPH**, que es un virus adquirido. Sin embargo, si los cambios son heredados significa que son transmitidos de padres a hijos por medio de los *genes*.

### ¿Qué es el cáncer ginecológico?

El **cáncer ginecológico** es cualquier tipo de cáncer que comienza en los órganos del aparato reproductor de la mujer.

Aunque nos referimos a ellos como un grupo, cada cáncer ginecológico es particular. Cada uno tiene sus propios signos, síntomas y factores de riesgo (cosas que pueden aumentar sus probabilidades de contraer cáncer). Hay ciertas cosas que usted puede hacer para reducir el riesgo de desarrollar alguno de estos tipos de cáncer.

Los cinco tipos principales de cáncer ginecológico son:

- **Cáncer de cuello uterino (cervicouterino):** Comienza en el **cuello del útero**, la parte inferior del útero (o matriz).
- **Cáncer de ovario:** Comienza en los **ovarios**, los cuales están situados a cada lado del útero.
- **Cáncer de útero:** Comienza en el **útero**, el órgano en forma de pera ubicado en la **pelvis** de la mujer, donde se desarrolla el bebé cuando la mujer está embarazada.

- **Cáncer de vagina:** Comienza en la **vagina**, el conducto en forma de tubo que va desde la base del útero a la parte exterior del cuerpo. También se le llama canal del parto.
- **Cáncer de vulva:** Comienza en la **vulva**, es decir, la parte externa del aparato reproductor femenino—órganos genitales externos—que incluye los labios interiores y exteriores de la vagina, el clítoris y la abertura de la vagina junto con sus glándulas.



Existen otros tipos de cáncer ginecológico, entre ellos el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario. (Consulte la p. 13 para obtener más información)

### ¿Quién puede contraer cáncer ginecológico?

Aunque todas las mujeres tienen riesgo de contraer algún tipo de cáncer ginecológico, el riesgo generalmente aumenta con la edad.

En los Estados Unidos se diagnostican aproximadamente 71,500 casos de cáncer ginecológico cada año, y alrededor de 26,500 mujeres mueren por esa causa.





### **¿Qué aumenta la probabilidad de que una mujer contraiga cáncer ginecológico?**

No hay manera de saber quiénes van a desarrollar cáncer ginecológico. Cada tipo específico de cáncer tiene factores de riesgo particulares. En las páginas siguientes se describen los detalles de cada tipo de cáncer.

Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) que persisten aumentan el riesgo de contraer varios tipos de cáncer ginecológico. El VPH es un virus común de transmisión sexual que puede causar cáncer de cuello uterino, vagina y vulva. Es uno de los factores de riesgo más documentado de estos tres cánceres.

Para obtener más información sobre cuál es su riesgo, visite a un médico, enfermera u otro profesional de la salud.\*

\* Este folleto utilizará la palabra “médico” para hacer referencia a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

4

### **¿Quién puede contraer VPH?**

El VPH es un virus común del cual existen más de 100 tipos diferentes. Más de 30 tipos de VPH se pueden transmitir de una persona a otra durante las relaciones sexuales. El VPH puede ocurrir tanto en el hombre como en la mujer. Por lo menos la mitad de todas las personas sexualmente activas se infectarán por el VPH en algún momento de su vida.

Cualquier mujer que haya tenido alguna vez relaciones sexuales corre el riesgo de contraer VPH. Las mujeres que comenzaron a tener relaciones sexuales desde jóvenes tienen mayor riesgo de contraer VPH, al igual que si ellas o sus parejas han tenido relaciones sexuales con varias personas.

Los condones pueden reducir el riesgo de contraer VPH si los usa cada vez que tiene sexo y de la manera correcta. Sin embargo, los condones no protegen completamente contra el VPH ya que el VPH puede infectar lugares que el condón no cubre.

### **¿Por qué el VPH causa cáncer?**

En la mayoría de casos, las personas infectadas con el VPH no presentan ningún síntoma y el virus desaparece del cuerpo de la mujer por sí solo. Sin embargo, cuando la infección persiste, puede hacer que las células normales se vuelvan anormales. Con el tiempo esas células anormales pueden convertirse en cáncer de cuello uterino, vagina o vulva.

### **¿Cuál es mi probabilidad de contraer un cáncer ginecológico si tengo el VPH?**

Muchas mujeres serán infectadas con el VPH en algún momento de sus vidas, pero muy pocas desarrollarán cáncer de cuello uterino, vagina o vulva—los tipos de cáncer ginecológico que se relacionan con el VPH.

**¿Qué puedo hacer para ayudar a prevenir o detectar el cáncer ginecológico en sus etapas tempranas?**

Aunque no se conoce una manera de prevenir todos los tipos de cáncer ginecológico, hay varias cosas que uno puede hacer para ayudar a reducir el riesgo de contraer estos tipos de cáncer o a detectarlos en sus etapas tempranas. Es importante detectar los cánceres ginecológicos en etapas tempranas, cuando el tratamiento puede ser más eficaz.

**Préstele atención a su cuerpo y sepa lo que es normal para usted.** Visite a un médico inmediatamente si tiene cualquier tipo de sangrado vaginal anormal o si tiene, por dos o más semanas, otros signos o síntomas de cáncer ginecológico que no son normales para usted. Los síntomas podrían ser causados por alguna otra causa que no sea cáncer, pero la única manera de saberlo es visitando a un médico.

**Tome decisiones que conduzcan a un estilo de vida saludable.** Para mantener una buena salud en general coma una dieta rica en frutas y verduras, haga ejercicio con regularidad, mantenga un peso saludable, evite fumar, y tenga relaciones sexuales seguras.

**Conozca los antecedentes de salud de su familia y dígaselos a su médico.**

**Si está en la edad recomendada para recibir la vacuna contra el VPH, póngasela.** La vacuna protege contra los tipos de VPH que suelen causar con más frecuencia cáncer de cuello uterino, vagina y vulva. La vacuna se da en una serie de tres dosis. Ésta se recomienda para niñas de 11 y 12 años de edad. (Nota: La vacuna se le puede administrar a las niñas a partir de los 9 años de edad.) También se recomienda para niñas y mujeres entre los 13 y 26 años de edad que no recibieron alguna o ninguna de las dosis cuando eran más jóvenes.

**Hágase la prueba de Papanicolaou**

**periódicamente.** La prueba de Papanicolaou (o citología vaginal) es uno de los exámenes de **detección** del cáncer más confiables y eficaces. La prueba de Papanicolaou puede identificar cambios **precancerosos** en el cuello del útero que pueden ser tratados para que así el cáncer de cuello uterino se pueda prevenir. La prueba de Papanicolaou también puede detectar el cáncer de cuello uterino en sus etapas iniciales, cuando el tratamiento es más eficaz. El único cáncer ginecológico que puede ser detectado con la prueba de Papanicolaou es el cáncer de cuello uterino.

**Hable con su médico para saber si la prueba del VPH es adecuada para usted.**

**Prueba de Papanicolaou.** Esta prueba puede detectar cambios precancerosos en el cuello del útero que se pueden tratar para prevenir el cáncer de cuello uterino. La prueba puede detectar el cáncer de cuello uterino en etapas iniciales, cuando el tratamiento es más eficaz.

La prueba de Papanicolaou no detecta el cáncer de ovario, útero, vagina o vulva. Consulte a su médico si observa cualquier signo o síntoma que no sea normal para usted.

**Prueba del VPH.** Detecta la infección por el virus del papiloma humano. El examen puede hacerse junto con la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 30 años. También se usa para obtener más información cuando los resultados de la prueba de Papanicolaou no son claros.

Si tiene VPH, hable con su médico sobre otros exámenes.

## Síntomas del cáncer ginecológico

### ¿Cuáles son los signos y los síntomas del cáncer ginecológico?

Los signos y síntomas que se nombran aquí tienen que ver por lo general con el **cáncer ginecológico**. Sin embargo, no todas las mujeres que tienen cáncer ginecológico presentan los mismos síntomas. A veces es difícil reconocer los síntomas debido a que pueden ser causados o podrían estar relacionados con otras enfermedades. Por eso es importante prestarle atención a su cuerpo y saber lo que es normal para usted.

Síntomas del cáncer ginecológico					
Síntomas	Cáncer de cuello uterino	Cáncer de ovario	Cáncer de útero	Cáncer de vagina	Cáncer de vulva
Sangrado o secreción vaginal anormal	●	●	●	●	
Dolor o presión en la zona pélvica		●	●		●
Dolor en la zona abdominal o de espalda		●			
Hinchazón debajo del estómago		●			
Cambios en los hábitos urinarios		●		●	
Comezón o ardor en la vulva					●
Cambios en el color de la piel de la vulva o cambios en la piel de la vulva, como sarpullido o verrugas					●



**Visite a un médico inmediatamente si:**

- Tiene sangrado vaginal anormal, como sangrado entre periodos menstruales, después de tener relaciones sexuales, después de haber pasado la **menopausia**, o sangrado más abundante de lo normal.
- Si tiene otros signos o síntomas de cáncer ginecológico que no sean normales para usted por dos o más semanas.

Los síntomas podrían ser causados por alguna otra causa que no sea cáncer, pero la única manera de saberlo es visitando a un médico.

## Preguntas para hacerle a su médico

Cuando visite a un médico podría resultarle útil llevar una lista de preguntas y tomar notas durante la consulta. Considere hacerle las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es mi riesgo de contraer un cáncer ginecológico, como el cáncer de cuello uterino, ovario, útero, vagina o vulva?
- 2) ¿Cuándo debo hacer mi próxima prueba de Papanicolaou?
- 3) ¿Qué significado tienen los resultados de mi prueba de Papanicolaou?
- 4) ¿Es adecuada para mí la prueba del VPH?
- 5) ¿Cuándo puedo dejar de hacer la prueba de Papanicolaou?
- 6) ¿Hay algún otro examen de cáncer ginecológico que me debo hacer teniendo en cuenta mi historia de cáncer personal y familiar? Si es así, ¿cuáles son? ¿Por qué los necesito? ¿Cómo funcionan?
- 7) He observado que [explique aquí cualquier síntoma que tenga] y esto no es normal para mí. ¿Podría deberse a un cáncer ginecológico? Si es así, ¿qué debo hacer?

Las definiciones de las palabras en **negrita** y *cursiva* se encuentran en un glosario al final del folleto (vea la página 26).

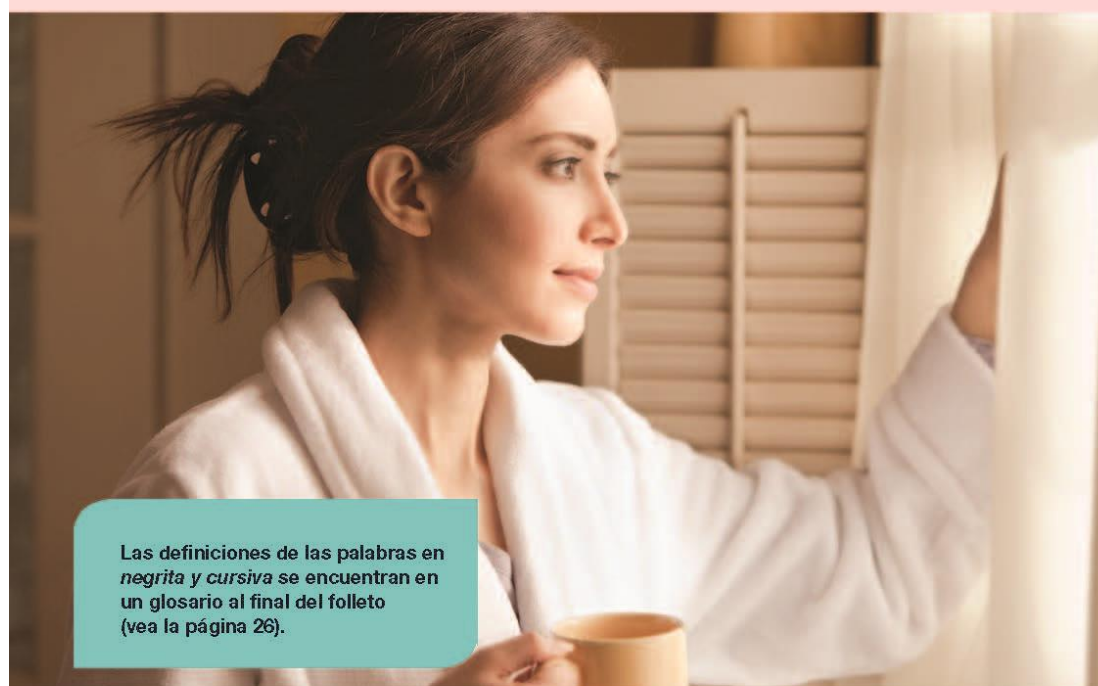


## Cáncer de cuello uterino

### ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

Cuando el **cáncer** comienza en el **cuello uterino**, se llama cáncer de cuello uterino o cervicouterino. El cuello uterino es el extremo inferior y estrecho del **útero** (o la matriz). El cuello uterino conecta la parte superior del útero con la **vagina** (canal del parto).

El cáncer de cuello uterino es el único **cáncer ginecológico** que se puede prevenir, para ello es necesario hacer regularmente exámenes de **detección**, con un **seguimiento** según sea necesario. Además, es muy curable cuando se detecta y trata en sus etapas tempranas.



Las definiciones de las palabras en **negrita** y *cursiva* se encuentran en un glosario al final del folleto (vea la página 26).

### ¿Quién puede contraer cáncer de cuello uterino?

Todas las mujeres que tienen útero corren el riesgo de contraer el cáncer de cuello uterino. Las mujeres que han tenido una **histerectomía** total, que incluye la extirpación del cuello uterino, no corren riesgo de contraer cáncer de cuello uterino. (Si no sabe con certeza si le extirparon el cuello uterino durante la histerectomía, pregúntele a su médico.)

El cáncer de cuello uterino afecta con más frecuencia a mujeres mayores de 30 años de edad. En los Estados Unidos, 12,000 mujeres aproximadamente contraen cáncer de cuello uterino cada año.

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo y solía ser la causa principal de muerte por cáncer en mujeres en los Estados Unidos. Sin embargo, durante los últimos 40 años ha habido una reducción importante en el número de muertes a causa del cáncer de cuello uterino. Esta disminución se debe en su mayor parte a que muchas mujeres se hacen con regularidad la **prueba de Papanicolaou**, la cual sirve para detectar cambios **precancerosos** que pueden ser tratados antes de que se conviertan en cáncer.

### ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de cuello uterino?

En sus etapas tempranas, el cáncer de cuello uterino no suele presentar signos ni síntomas. En etapas avanzadas puede producir sangrado vaginal—especialmente después de tener relaciones sexuales—o un flujo vaginal que no es normal para usted.

Visite a un médico si tiene sangrado o flujo vaginal anormales. Estos síntomas podrían tener alguna otra causa diferente al cáncer de cuello uterino, pero la única manera de saberlo es visitando a un médico.

### ¿Qué aumenta la probabilidad de una mujer de contraer cáncer de cuello uterino?

Ciertos tipos del **virus del papiloma humano (VPH)** pueden causar cáncer de cuello uterino. Casi todos los cánceres de cuello uterino se relacionan con el VPH. (Lea “Generalidades sobre el cáncer ginecológico” para obtener más información sobre el VPH.) Sin embargo, existen otros factores que también pueden aumentar su riesgo, como:

- Fumar.
- Tener el virus de **inmunodeficiencia humana (VIH)** u otra condición médica que haga difícil que su cuerpo combata problemas de salud.
- Usar píldoras anticonceptivas por un tiempo largo.
- Haber dado a luz a tres o más niños.
- Haber estado expuesta antes de nacer (cuando el bebé estaba en el útero) al **Diethylstilbestrol (DES)**, una forma sintética de **estrógeno** que fue prescrita principalmente para las complicaciones del embarazo, hasta 1971 en los Estados Unidos y hasta la década de 1980 en resto del mundo.

### ¿Qué puedo hacer para disminuir mi probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino?

Hay varias cosas que han demostrado ayudar a disminuir su probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino.

- 1) Protéjase contra el VPH.
  - Pregúntele a su médico si debe ponerse la vacuna contra el VPH. Esta vacuna protege contra los tipos de VPH que con más frecuencia causan cáncer de cuello uterino, vagina y **vulva**.
  - Use condones durante las relaciones sexuales.
  - Limite el número de parejas sexuales.

2) Visite a su médico de forma periódica para hacerse la prueba de Papanicolaou que puede detectar cambios precancerosos y cáncer de cuello uterino. Asegúrese de hacer un seguimiento con su médico si el resultado de su examen no es normal.

3) No fume. Fumar daña todas las **células** del organismo, incluso las del cuello uterino. Si fuma y tiene el VPH, su riesgo de contraer cáncer de cuello uterino aumenta. Si fuma, hable con su médico para que le ayude a dejar de fumar.

#### ¿Hay formas de prevenir o detectar el cáncer de cuello uterino en sus etapas tempranas?

Sí. La prueba de Papanicolaou, la **prueba del VPH** y la vacuna contra el VPH ayudan a prevenir el cáncer de cuello uterino. La prueba de Papanicolaou y la prueba del VPH también ayudan a detectarlo en sus etapas iniciales.

1) La prueba de Papanicolaou es uno de los exámenes de detección más confiables y eficaces. Es importante hacerse la prueba de Papanicolaou con regularidad ya que ésta puede detectar cambios precancerosos en el cuello del útero los cuales se pueden tratar sencilla y eficazmente para prevenir el cáncer de cuello uterino. La prueba de Papanicolaou también puede detectar temprano el cáncer de cuello uterino, cuando el tratamiento es más eficaz.

**El único cáncer que puede ser detectado con la prueba de Papanicolaou es el cáncer de cuello uterino. La prueba no sirve para detectar ningún otro tipo de cáncer ginecológico.**

La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en mujeres que nunca se han hecho una prueba de Papanicolaou o que no se han hecho una en los últimos cinco años.

2) La prueba del VPH ayuda a detectar el VPH, el virus que puede ocasionar cambios celulares en el cuello uterino. Este examen suele hacerse a mujeres mayores de 30 años, junto con la prueba de Papanicolaou, para detectar cáncer de cuello uterino. También se usa para obtener más información cuando los resultados de la prueba de Papanicolaou no son claros.

3) Hay dos vacunas del VPH para proteger a la mujer contra los tipos del virus que causan la mayoría de cánceres de cuello uterino, vagina y vulva. Ambas vacunas se recomiendan para niñas de 11 y 12 años de edad y para mujeres entre los 13 y 26 años de edad que no recibieron alguna o ninguna de las dosis cuando eran más jóvenes. Estas vacunas también pueden administrarse a niñas a partir de los 9 años. Siempre que sea posible, se recomienda que las mujeres reciban las tres dosis de la vacuna de la misma marca. Es importante saber que aunque la mujer haya recibido la vacuna contra el VPH es necesario que se haga la prueba de Papanicolaou con regularidad para detectar el cáncer de cuello uterino.

#### ¿Cuándo y con qué frecuencia debo hacerme la prueba de Papanicolaou?

Todas las mujeres deben comenzar a hacerse pruebas de Papanicolaou en forma periódica a los 21 años de edad, o en el período de tres años después de tener la primera relación sexual, según qué ocurra primero.

La frecuencia con que se haga la prueba de Papanicolaou depende de muchos factores. Si los resultados de sus exámenes de detección han sido normales, es posible que su médico le diga que no necesita hacerse otra prueba de Papanicolaou durante un período de hasta tres años. Aún así, deberá visitar al médico periódicamente para hacer su consulta de rutina que podría incluir un **examen pélvico**.

También es importante que siga haciéndose la prueba de Papanicolaou según lo indique su médico, aunque piense que ya es demasiado mayor para tener hijos o si ya no tiene relaciones sexuales. Su médico podría decirle que ya no necesita hacerse la prueba de Papanicolaou periódicamente si uno de los siguientes puntos es verdad:

- Tiene más de 65 años de edad y los resultados de la prueba de Papanicolaou han sido normales durante varios años
- Le han extirpado el cuello uterino como parte de una histerectomía total debido a problemas no cancerosos, como **fibromas**

### ¿Qué significado tiene el resultado de mi prueba de Papanicolaou?

El resultado de su prueba de Papanicolaou puede ser “normal”, “inconcluso” (no claro), o “anormal”.

**Normal:** Un resultado normal (o “negativo”) significa que no se detectó ningún cambio celular en el cuello del útero y no hay señales de que algo está mal. Sin embargo, sigue siendo importante hacerse la prueba de Papanicolaou periódicamente ya que pueden desarrollarse cambios celulares.

**No claro:** Su médico podría usar otros términos para describir este resultado, como por ejemplo equívoco, inconcluso o **ASC-US**. Todas estas palabras significan lo mismo: que las células de su cuello uterino pueden ser anormales. No se sabe con certeza si el cambio tiene que ver con el VPH o con algún otro cambio de su organismo como, por ejemplo, embarazo, **menopausia** o alguna otra infección. El examen del VPH puede servir para determinar si los cambios celulares están relacionados con el VPH.

**Anormal:** Un resultado anormal significa que encontraron cambios celulares en el cuello del útero. Pero no se alarme: esto no significa necesariamente que tenga cáncer de cuello uterino. Los cambios celulares menores casi siempre vuelven a la normalidad por sí solos.

Sin embargo, los cambios más graves —los cambios celulares precancerosos— pueden convertirse en cáncer si no son tratados. Si el resultado de su examen es anormal, es muy importante que se haga un seguimiento con su médico ya que probablemente necesitará más exámenes o tratamiento.

### ¿Dónde puedo encontrar exámenes de detección de cáncer de cuello uterino gratuitos o de bajo costo?

Existe la posibilidad de obtener exámenes de detección de cáncer de cuello uterino gratuitos o de bajo costo si usted:

- **Tiene seguro médico.** Comuníquese con su proveedor de seguro para preguntar si tiene cobertura para exámenes de detección de cáncer de cuello uterino.
- **Satisface los requisitos para recibir Medicaid.** Para mayor información, visite o llame al departamento de salud en su estado.
- **Tiene 65 años de edad o más.** Medicare paga la prueba de Papanicolaou cada dos años o, en el caso de algunas mujeres, cada año. Para mayor información, llame al **1-800-MEDICARE** o visite [www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp](http://www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp).
- **Es de bajos ingresos o no tiene seguro médico.** El Programa Nacional para la Detección Temprana del Cáncer de Mama y Cuello Uterino de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) ofrece exámenes de detección gratis o a bajo costo. Para más información, llame al **1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)** o visite [www.cdc.gov/cancer/nbcedp](http://www.cdc.gov/cancer/nbcedp).

### ¿Dónde puedo encontrar vacunas contra el VPH gratuitas o de bajo costo?

Las niñas hasta los 18 años de edad pueden obtener la vacuna contra el VPH gratis o a un costo reducido. Para más información, llame al **1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)** o visite [www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/parents/](http://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/parents/).



Anexo B. Brochure “Get the facts about gynecologic cancer”



Get the Facts About Gynecologic Cancer



[www.cdc.gov/cancer/knowledge](http://www.cdc.gov/cancer/knowledge) 1-800-CDC-INFO



## About This Booklet

This booklet was developed in support of the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) *Inside Knowledge: Get the Facts About Gynecologic Cancer* campaign. The campaign helps women get the facts about gynecologic cancer by providing important "inside knowledge" about their bodies and health.

As you read this booklet, you will learn about the different types of gynecologic cancer. These are cancers that affect the female reproductive organs. They include cervical, ovarian, uterine, vaginal, and vulvar cancers. You will find information on:

- Signs, symptoms, and risk factors related to each gynecologic cancer.
- What you can do to help prevent gynecologic cancer.
- What to do if you have symptoms.
- What to do if you think you may be at increased risk for developing a gynecologic cancer.
- Questions to ask your doctor.

Each year, approximately 71,500 women in the United States are diagnosed with a gynecologic cancer. While all women are at risk for developing gynecologic cancers, few will ever develop one. Still, it is important to know the signs because there is no way to know for sure who will get a gynecologic cancer. The information included in this booklet will help you recognize any warning signs, so you can ask your health care provider about them. These signs and symptoms often are related to something other than gynecologic cancer. But it is important for your overall health to know what is causing them.

Important words to know appear in *italics* and are included with definitions in the glossary at the back of the booklet.



## Table of Contents

2	Gynecologic cancer overview
6	Gynecologic cancer symptoms
7	Questions to ask your doctor
8	Cervical cancer
12	Ovarian cancer
16	Uterine cancer
18	Vaginal cancer
20	Vulvar cancer
22	Gynecologic cancer diagnosis
24	Resources
26	Glossary

*The Inside Knowledge: Get the Facts About Gynecologic Cancer* campaign is an initiative that supports the Gynecologic Cancer Education and Awareness Act of 2005, or Johanna's Law, which was unanimously passed by the 109th Congress in 2006, and signed into law in January 2007.

To find out more:  
Visit [www.cdc.gov/cancer/knowledge](http://www.cdc.gov/cancer/knowledge)  
Call 1-800-CDC-INFO

## Gynecologic Cancer Overview

### What is cancer?

Cancer is a group of diseases in which abnormal cells in the body divide and grow out of control. These abnormal cells can spread to other parts of the body. When this happens, it is called metastasis. There are more than 100 different types of cancer. Cancer is usually named for the organ or part of the body where it starts, or the type of cell in which it starts, even if it spreads to other body parts later. For example, cancer that begins in the ovaries and spreads to another organ is still called ovarian cancer, even after it has spread. Treatment can be most effective when cancer is found at an early stage.



### What causes cancer?

In most cases, the exact cause of cancer is not known. However, it is clear that certain changes in cells can cause cancer. These cell changes can be acquired or inherited. If the changes are acquired, they are caused by environmental factors and things people do, such as smoking. Almost all cervical cancers and some vaginal and vulvar cancers are caused by *human papillomavirus*, also called *HPV*, which is an acquired virus. However, if the changes are inherited, they are passed from parent to child through *genes*.

### What is gynecologic cancer?

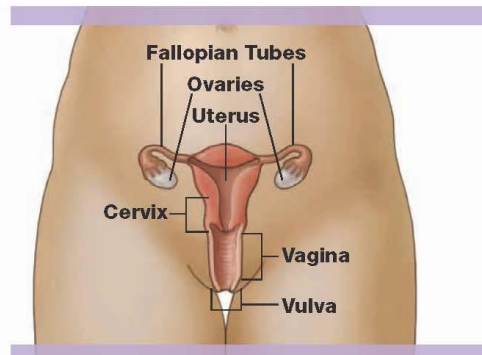
*Gynecologic cancer* is any cancer that starts in a woman's reproductive organs.

While they are often discussed as a group, each gynecologic cancer is unique. Each has different signs, symptoms, and risk factors (things that may increase your chance of getting each cancer). For some of these cancers, there are ways to lower your risk.

The five main types of gynecologic cancer are:

- **Cervical cancer:** Begins in the *cervix*, the lower part of the uterus (or womb).
- **Ovarian cancer:** Begins in the *ovaries*, located on each side of the uterus.
- **Uterine cancer:** Begins in the *uterus*, the pear-shaped organ in a woman's *pelvis* where the baby grows when a woman is pregnant.

- **Vaginal cancer:** Begins in the *vagina*, the hollow, tube-like channel between the bottom of the uterus and the outside of the body. It is also called the birth canal.
- **Vulvar cancer:** Begins in the *vulva*, the outer part of the female genital organs, which includes the inner and outer lips of the vagina, the clitoris, and the opening of the vagina and its glands.



Additional types of gynecologic cancer exist, and include fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer. (Please see p. 13 for more information)

### Who gets gynecologic cancer?

While all women are at risk for gynecologic cancer, this risk generally increases with age.

Each year in the United States, approximately 71,500 women are diagnosed with gynecologic cancer and approximately 26,500 women die from it.





### What increases a woman's risk of getting gynecologic cancer?

There is no way to know which women will get gynecologic cancer. Each specific type of gynecologic cancer has a unique set of risk factors. These are discussed in detail for each cancer on the pages that follow.

Human papillomavirus (HPV) infections that do not go away increase the risk of getting several types of gynecologic cancers. HPV is a common sexually transmitted virus that can cause cervical, vaginal, and vulvar cancers. It is one of the most well-established risk factors for these three cancers.

For more information about your risk, talk to your doctor, nurse, or other health care professional\*.

\* Please note that throughout the brochure the word "doctor" will be used to refer to doctors, nurses, and other health care professionals.

### Who gets HPV?

HPV is a common virus with more than 100 different kinds or types. More than 30 of the types can be passed from one person to another during sex. HPV can occur in both men and women. At least half of all sexually active people will get HPV at some point in their lives.

Any woman who has ever had sex is at risk for getting HPV. Women are more likely to have HPV if they started having sex at an early age and if they or their partner have had sex with several others.

Condoms can lower your chance of getting HPV, if they are used all the time and the right way. However, HPV can infect areas that are not covered by a condom, so condoms do not fully protect against HPV.

### How does HPV cause cancer?

Most of the time, people who become infected with HPV will not have any symptoms and the infection will clear up on its own. However, when the infection does not clear up, it can cause normal cells to turn abnormal. Over time, these abnormal cells can turn into cancer of the cervix, vagina, or vulva.

### How likely am I to get a gynecologic cancer if I have HPV?

Many people will have an HPV infection at some time in their lives, but few women will get cervical, vaginal, or vulvar cancer—the gynecologic cancers that are linked to HPV.

### How can I help prevent gynecologic cancer or find it early?

While there is no known way to prevent all types of gynecologic cancer, there are things you can do that may help lower your chance of getting them or help to find them early. It is important to find gynecologic cancers early, when treatment can be most effective.

**Pay attention to your body and know what is normal for you.** If you have any abnormal vaginal bleeding, or if you have any other signs and symptoms of gynecologic cancer for two weeks or longer and they are not normal for you, talk to a doctor right away. The symptoms may be caused by something other than cancer, but the only way to know is to see a doctor.

**Make healthy lifestyle choices.** For overall good health, eat a diet rich in fruits and vegetables; exercise regularly; maintain a healthy weight; avoid smoking; and practice safe sex.

**Know your family health history and share it with your doctor.**

**Get the HPV vaccine if you are at an age when it is recommended.** It protects against the types of HPV that most often cause cervical, vaginal, and vulvar cancers. It is given in a series of three shots. The vaccine is recommended for 11- and 12-year-old girls. (Note: The vaccine can be given to girls beginning at age 9.) It also is recommended for girls and women aged 13 through 26 years who did not get any or all of the shots when they were younger.

**Get regular Pap tests.** Pap tests (or Pap smears) are one of the most reliable and effective cancer *screening* tests available. Pap tests can find *precancerous* changes on the cervix that can be treated so that cervical cancer is prevented. A Pap test can also find cervical cancer early, when treatment is most effective. The only cancer the Pap test screens for is cervical cancer.

**Talk to a doctor about whether the HPV test is right for you.**

**Pap test.** The Pap test can find precancerous changes on the cervix that can be treated to prevent cervical cancer. A Pap test also can find cervical cancer early, when treatment is most effective.

The Pap test does NOT screen for ovarian, uterine, vaginal, or vulvar cancers. Even if you have a Pap test regularly, see your doctor if you notice any signs or symptoms that are not normal for you.

**HPV test.** The HPV test looks for HPV infection. This test may be used with the Pap test to screen for cervical cancer in women aged 30 years and older. It also is used to provide more information when a Pap test has unclear results.

If you have HPV, follow your doctor's advice for further testing.

## Gynecologic Cancer Symptoms

### What are the signs and symptoms of gynecologic cancer?

The signs and symptoms shown here are often related to *gynecologic cancer*. However, not all women with gynecologic cancer have the same symptoms. And sometimes symptoms are difficult to recognize because they may be caused by or related to other conditions. That is why it is important to pay attention to your body and know what is normal for you.

Gynecologic Cancer Symptoms					
Symptoms	Cervical Cancer	Ovarian Cancer	Uterine Cancer	Vaginal Cancer	Vulvar Cancer
Abnormal vaginal bleeding or discharge	●	●	●	●	
Pelvic pain or pressure		●	●		●
Abdominal or back pain		●			
Bloating		●			
Changes in bathroom habits		●		●	
Itching or burning of the vulva					●
Changes in vulva color or skin, such as a rash, sores, or warts					●





## Questions to Ask Your Doctor

When visiting a doctor, it may be helpful to bring a list of questions to ask and to take notes during your visit. Consider asking the following questions:

- 1) What is my risk for getting a gynecologic cancer, such as cervical, ovarian, uterine, vaginal, or vulvar cancer?
- 2) When should I have my next Pap test?
- 3) What do my Pap test results mean?
- 4) Is the HPV test right for me?
- 5) When can I stop getting a Pap test?
- 6) Are there any other gynecologic cancer tests that I need, based on my personal health and family cancer history? If so, what are they? Why do I need them? How do they work?
- 7) I have noticed [insert any symptoms you are experiencing], which is not normal for me. Could this be caused by a gynecologic cancer? If so, what should I do next?

### Talk to a doctor right away if:

- You have any abnormal vaginal bleeding between periods, after sex, or after *menopause*.
- You have any of the other signs and symptoms of gynecologic cancer for two weeks or longer and they are not normal for you.

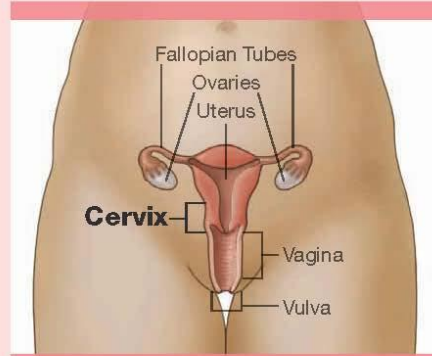
The symptoms may be caused by something other than cancer, but the only way to know is to see a doctor.

## Cervical Cancer

### What is cervical cancer?

When cancer starts in the *cervix*, it is called cervical cancer. The cervix is the lower, narrow end of the uterus (or womb). The cervix connects the upper part of the uterus to the *vagina* (the birth canal).

Cervical cancer is the only *gynecologic cancer* that can be prevented, by having screening tests routinely and *following up*, as necessary. It also is highly curable when found and treated early.



### Who gets cervical cancer?

All women who have a cervix are at risk for cervical cancer. Women who have had a total *hysterectomy*, which includes the removal of the cervix, are not at risk for cervical cancer. (If you are not sure if your cervix was removed during a hysterectomy, ask your doctor.)

Cervical cancer occurs most often in women over the age of 30. Each year, approximately 12,000 women in the United States get cervical cancer.

Cervical cancer is among the leading causes of death worldwide, and used to be the leading cause of cancer death for women in the United States. However, in the past 40 years, there has been a major decrease in the number of deaths from cervical cancer. This decline largely is due to many women getting regular *Pap tests*, which can find *precancerous* changes that can be treated before they turn into cancer.

### What are the symptoms of cervical cancer?

Early on, cervical cancer may not cause signs and symptoms. In later stages, cervical cancer may cause bleeding—especially after sex—or discharge from the vagina that is not normal for you.

If you have unusual bleeding or discharge, see a doctor. The symptoms may be caused by something other than cervical cancer, but the only way to know is to see a doctor.

### What raises a woman's chance of getting cervical cancer?

Certain types of *human papillomavirus (HPV)* may lead to cervical cancer. Almost all cervical cancers are linked to HPV. (See Gynecologic Cancer Overview for more information about

HPV.) However, there are other things that can increase your risk, including:

- Smoking.
- Having HIV or another condition that makes it hard for your body to fight off health problems.
- Using birth control pills for a long time.
- Having given birth to three or more children.
- Exposure before birth (while in the womb) to *Diethylstilbestrol (DES)*, which is a man-made form of *estrogen* prescribed until 1971 to help women with pregnancy complications.

### How can I help lower my chance of getting cervical cancer?

There are several things you can do that may reduce your chance of getting cervical cancer.

- 1) Protect yourself from HPV.
  - Talk to your doctor about getting the HPV vaccine, which protects against the types of HPV that most often cause cervical, vaginal, and vulvar cancers.
  - Use condoms during sex.
  - Limit your number of sexual partners.
- 2) See a doctor regularly for a Pap test that looks for cervical precancers and cancer. Be sure to follow up with the doctor if your test results are not normal.
- 3) Don't smoke. Smoking harms all of your body's *cells*, including your cervical cells. If you smoke and have HPV, you have a higher chance of getting cervical cancer. If you smoke, ask a doctor for help quitting.

### Are there ways to prevent cervical cancer or find it early?

Yes. The Pap test, *HPV test*, and HPV vaccine all help to prevent cervical cancer. The Pap test and HPV test also help to find it early.

**1)** The Pap test is one of the most reliable and effective screening tests available. Getting a Pap test regularly is important because it can find precancerous changes on the cervix that can be simply and effectively treated to prevent cervical cancer. A Pap test also can find cervical cancer early, when treatment is most effective.

### The only cancer the Pap test screens for is cervical cancer. It does not screen for any other type of cancer.

Most cervical cancers occur among women who have never had a Pap test or have not had one in the last five years.

**2)** The HPV test looks for HPV—the virus that can cause cell changes on the cervix. This test often is used to screen for cervical cancer, along with the Pap test, in women aged 30 years and older. It also is used to provide more information when a Pap test has unclear results.

**3)** Two HPV vaccines are available to protect females against the types of HPV that cause most cervical cancers, and vaginal and vulvar cancers. Both vaccines are recommended for 11- and 12-year-old girls, and for females 13 through 26 years of age who did not get any or all of the shots when they were younger. These vaccines also can be given to girls as young as 9 years of age. It is recommended that females get the same vaccine brand for all three doses, whenever possible. It is important to note that even women who are vaccinated against HPV need to have regular Pap tests to screen for cervical cancer.

### When and how often should I get a Pap test?

All women should start getting regular Pap tests at age 21, or within three years of the first time they have sex—whichever comes first.

How often you get a Pap test depends on many factors. If your screening tests have been normal, your doctor may tell you that you do not need another screening test for up to three years. But you should still go to the doctor regularly for check-ups that may include a *pelvic exam*.

It is important for you to continue getting a Pap test as directed by your doctor—even if you think you are too old to have a child or are not having sex anymore. If you are older than 65 and have had normal Pap test results for several years, or if you have had your cervix removed as part of a total hysterectomy for non-cancerous conditions, like *fibroids*, your doctor may tell you it is okay to stop getting regular Pap tests.

### What does my Pap test result mean?

Your Pap test result will come back as “normal,” “unclear,” or “abnormal.”

**Normal:** A normal (or “negative”) result means that no cell changes were found on your cervix. However, it is still important to get Pap tests regularly because new cell changes can develop.

**Unclear:** The doctor may use other words to describe this result, including equivocal, inconclusive, or ASC-US. These all mean the same thing: that your cervical cells look like they could be abnormal. It is not clear if this is related to HPV or to other life changes, like pregnancy, *menopause*, or some other infection. The HPV test can help find out if your cell changes are related to HPV.





**Abnormal:** An abnormal result means that cell changes were found on your cervix. But don't be alarmed—this does not necessarily mean you have cervical cancer. Most of the time, minor changes go back to normal on their own. But more serious changes—precancers—can turn into cancer if they are not treated. If your test is abnormal, it is very important to follow up with your doctor because you likely will need more tests or treatment.

#### **Where can I find free or low-cost cervical cancer screening tests?**

You may be able to get free or low-cost cervical cancer screening tests if you:

- **Have health insurance.** Contact your insurance provider to find out if cervical cancer screening is covered.
- **Are eligible for Medicaid.** To learn more, call 1-800-MEDICARE or visit [www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp](http://www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp).

- **Are aged 65 years or older.** Medicare pays for the Pap test every two years, or every year for some women. To learn more, call 1-800-MEDICARE or visit [www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp](http://www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp).
- **Have a low income or do not have health insurance.** CDC's National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program offers free or low-cost screening. To learn more, call 1-800-CDC-INFO or visit [www.cdc.gov/cancer/nbccedp](http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp).

#### **Where can I find free or low-cost HPV vaccines?**

Girls through 18 years of age may be able to get the HPV vaccine for free or at low-cost. To learn more, call 1-800-CDC-INFO or visit [www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/parents/](http://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/parents/).