

# ELABORACIÓN DE FOLLETOS EDUCATIVOS DIRIGIDOS A PACIENTES

## ÍNDICE

- [INTRODUCCIÓN](#)
- [CRITERIOS GENERALES PARA EL DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO](#)
- [FOLLETOS](#)
- [EDICIÓN DE UN FOLLETO](#)
  - [Planificación](#)
  - [Redacción](#)
  - [Diseño](#)
  - [Evaluación](#)
  - [Distribución](#)
- [ANEXOS](#)
- [BIBLIOGRAFÍA](#)

## INTRODUCCIÓN

A la hora de elaborar material educativo, cualquiera que sea su naturaleza, debemos partir de una premisa fundamental: Han de formar parte de un programa educativo. Es decir, los materiales deben responder a objetivos de aprendizaje formulados previamente a su diseño y utilización. Por tanto el marco de referencia teórico para su preparación y utilización se encuentra en el análisis de la naturaleza del proceso educativo en sí mismo.

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo, y que se adquiere no sólo dentro de un sistema formal de enseñanza, sino también en el seno familiar y en el contacto con la comunidad.

En el conjunto de actividades de Atención Primaria se incluyen las de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables. El instrumento metodológico a utilizar para ello es la Educación para la Salud, definida como «... una combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud» (Green y col. 1989).

Ahora bien, la Educación para la Salud no es una ciencia en sí misma, sino que se conforma y se nutre de las Ciencias Sociales y de la Comunicación, la Pedagogía y las mismas Ciencias de la Salud. Como consecuencia de esto, la Educación para la Salud requiere de unos conocimientos y unos aprendizajes que habitualmente no se contemplan, o se hace de manera insuficiente, en la formación pre y post-grado de los profesionales sanitarios.

Este hecho ha supuesto y sigue suponiendo que tanto los profesionales como los gestores de Salud, tengan que realizar un gran esfuerzo para incorporarla dentro de su actividad diaria e integrarla en su propia concepción de prevención y promoción de la salud (Domínguez Bidagor et al, 1995).

Todos sabemos que la educación es más que la simple transmisión de información y de memorización. La educación demanda una activa participación en un proceso de ~aprender haciendo~. Es decir, su objetivo es crear una situación de aprendizaje, que promueva un contexto en el cual se desarrollen ideas, se modifiquen creencias y actitudes y se creen nuevos hábitos y conductas.

Está demostrado que se realiza un auténtico proceso de educación cuando se realiza un auténtico proceso de comunicación, es decir, cuando se instauran relaciones de paridad y se parte del deseo de hacer comprender los propios puntos de vista y las propias experiencias y se está abierto a escuchar y reelaborar interiormente las de los otros.

La tecnología aplicada a la información y a la didáctica es muy compleja y ofrece una gran variedad de instrumentos. En la comunicación interpersonal el intercambio de informaciones puede ser favorecido por el empleo de material didáctico.

Cada medio tiene aspectos positivos y negativos que es necesario conocer. Disponer de un material de apoyo no significa saber usarlo bien.

En la comunicación bidireccional los materiales didácticos no deben nunca predominar: son sólo medios que se emplean si se consideran útiles para hacer más clara una información o una idea o para fijar la atención sobre algunos puntos fundamentales.

En el material escrito la lectura permite un análisis del texto decidido y guiado por el mismo lector destinatario de la comunicación, que él interpreta y reelabora; el texto permite la posibilidad de una eventual ulterior lectura, en el caso de dificultad para descodificar o para

recordar.

Por tanto, el valor de los materiales educativos radica en que son **instrumentos** que facilitan el propio proceso educativo.



## CRITERIOS GENERALES PARA EL DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO

[top](#)

1. **Que forme parte de un programa educativo** y por tanto, que no constituyan programa en sí mismo. Es decir que no se produzcan aisladamente, sino que obedezcan a una intencionalidad educativa, respondiendo, por tanto, a unos objetivos.
2. **Que se relacione con un sistema de prestación de servicios.** Esto quiere decir que no debemos crear una demanda que la propia disponibilidad de servicios no pueda satisfacer.
3. **Que sea relevante**, es decir que se refiera a situaciones de la vida diaria, y se relacione con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad. La información que proporcionemos debe ser importante, útil y relevante para alcanzar los objetivos que nos hemos planteado.
4. **Que los materiales sean mutuamente reforzables y complementarios.** Es evidente que cuando un contenido educativo o un mensaje se presenta a la población a través de diversos medios (prensa, radio, televisión ...), la posibilidad de un impacto educativo es mayor.
5. **Que la comunidad participe.** Cuando la comunidad se involucra en actividades de salud gana experiencia en participación y se abre camino hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo. Se aporta respeto por los valores culturales y las tradiciones. En determinadas ocasiones y lugares, los miembros de una comunidad pueden participar en la selección del mensaje (aportando ideas, recopilando y analizando las ideas de otros ...), en la elaboración de material y en su prueba (Pre-test). Muchas veces se piensa que es imposible elaborar material

educativo sin ayuda de expertos, ayuda que por lo general resulta costosa y algunas veces inadecuadas para la población a quien se dirige. Es indispensable entonces buscar y emplear los recursos de la región y aprovechar las habilidades e iniciativas de sus miembros para diseñar elementos sencillos. Los expertos pueden sugerir ideas, pero son los miembros de la comunidad usando talento, habilidad e iniciativa, quienes las realizan y perfeccionan.

6. **Que los materiales se cambien con periodicidad.** Cuando los objetivos formulados se logran, el material debe ser reemplazado por otro que refuerce o amplíe el tema para mantener el interés e incrementar paulatinamente los conocimientos. Los materiales educativos deben cambiarse cada cierto tiempo.  
Son muchas las instituciones de salud donde se recargan las paredes con posters que nunca se cambian. Esto puede mejorarse seleccionando mensajes importantes, archivando los antiguos para cambios posteriores y elaborando nuevo material que responda a objetivos educacionales planteados por la institución.
7. **Que el material sea sometido a una prueba (pre-test)** antes de su elaboración final. Es fundamental tener una idea anticipada de su efectividad antes de gastar esfuerzos y recursos en producción. Tanto la comunidad como el individuo tienen unas características lingüísticas, psicológicas, sociales y culturales que influyen en la percepción del mensaje y de la imagen.

1. Debe evaluarse entre otros aspectos

- Atracción: ¿Es el mensaje lo suficientemente atractivo o interesante como para despertar y mantener la atención del individuo o grupo?
- Comprensión: ¿Es el mensaje fácilmente entendido por quienes lo reciben? ¿Se presta a muchas interpretaciones o a interpretaciones erróneas?
- Aceptación: ¿Contiene el mensaje algo ofensivo a las normas culturales de la localidad?
- Identificación: ¿Considera el individuo o grupo audiencia que el mensaje les compete y está dirigido a ellos o se sienten ajenos a él?
- Persuasión: ¿Es el mensaje lo suficientemente convincente para intentar el cambio de actitud deseado?

También deben evaluarse las imágenes e ilustraciones

- ¿Qué indica para usted esta imagen?
- ¿Qué le gusta de esta imagen?
- ¿Qué le disgusta de la imagen?
- ¿La imagen le indica alguna acción?
- ¿Hay algo en la imagen que le molesta u ofende?
- En comparación con otras imágenes que ha visto, ¿cómo considera este material?
- ¿Cómo le parecen los dibujos?
- ¿Qué opina usted de los colores?
- ¿Existe en el material algo que se le parezca a usted, familia o amigos?

Bernier MJ (1996) definió al material educativo impreso como «aquel material escrito o impreso, tales como folletos, guías, hojas informativas ..., cuyo propósito es proporcionar información acerca de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, modalidades de tratamiento y autocuidados».

El folleto es por tanto material educativo impreso que se utiliza ampliamente para desarrollar de forma sintética consejos y recomendaciones en materia de salud. Su uso está muy extendido, pudiendo confeccionarse con distintos formatos que abarcan desde los plegables (2 o 3 dobleces), hasta aquellos engrapados de 10 a 20 hojas.

Como norma general deben ser breves, con frases sencillas, de fácil comprensión, indicando en forma precisa la idea y el comportamiento que se quiera resaltar. Suelen ir acompañados de dibujos, imágenes, gráficos, fotos o recortes que refuerzan e ilustran el mensaje y en donde la idea principal o mensaje clave se repita y se coloque en lugar destacado.

El folleto es útil como medio de enseñanza específico, como recurso didáctico de comunicación y como vehículo ejecutivo para dar instrucciones, impartir ciertas enseñanzas concretas y pormenorizadas a grandes cantidades de personas.

La permanencia de las palabras escritas tiene un enorme valor en la educación de los pacientes. Según un estudio que analizaba el recuerdo de la información e instrucciones dadas verbalmente al paciente sobre regímenes terapéuticos, más del 50% de los pacientes estudiados cometían errores significativos en el recuerdo inmediato de la información verbal sobre su terapia.



Entre las **ventajas** del material educativo impreso podemos destacar:

- Es complemento eficaz de otros medios de «comunicación».
- Su costo de producción por unidad es relativamente bajo.
- Se puede asimilar su mensaje al ritmo de aprendizaje de cada individuo, dado que se puede leer tantas veces como sea necesario, además permite al paciente, y su familia elegir el tiempo y lugar apropiado para su lectura.
- Inspira confianza debido al prestigio y seriedad que las personas asignan a lo que ven impreso o escrito.

Entre sus **limitaciones** se describen:

- Es impersonal, no puede tener la misma eficacia que la de la entrevista personal ni el mismo valor social que el de los métodos de grupo.
- Su distribución eficiente requiere al menos un considerable esfuerzo y dedicación.
- Su difusión masiva hace sumamente difícil evaluar su impacto.



[top](#)

## EDICIÓN DE UN FOLLETO

La publicación de un folleto es el resultado de un proceso de edición casi siempre complejo. Toma tiempo y requiere cuidado, supervisión y coordinación. En su forma más simple, el proceso de edición de un folleto consta de las siguientes etapas mayores:

1. **Planificación**
2. **Redacción**
3. **Diseño e Ilustración**
4. **Evaluación (pre-test)**
5. **Nueva redacción**
6. **Impresión**
7. **Distribución**

## PLANIFICACIÓN

Como cualquier otro medio de comunicación el folleto, debe surgir de una verdadera necesidad identificada en el campo de un problema.

Planificación es organización de la acción, sistematización del esfuerzo y diseño de la conducta del trabajo. ¿Quién debe hacer qué, cuándo, cómo, dónde, porqué y a qué costo? Hacer un plan es, esencialmente, responder a esas preguntas.

El plan general comprende, portanto, decisiones sobre:

- Qué se desea comunicar, o sea cuál será el tema o mensaje.
- A quien se desea comunicar, es decir quien será el lector, a quien va dirigido.
- Para qué se desea comunicar, cuál será el propósito.

Hay que definir con exactitud lo que necesitamos, debiendo comprobarse previamente si existe material disponible de este tipo y si las personas a las que va dirigido pueden y están dispuestas a usarlo.

## REDACCIÓN

Todos podemos tener problemas a la hora de escribir. Se pueden tener muy buenas ideas acerca de que nos gustaría decir, pero cuando nos enfrentamos a una página en blanco podemos encontrar grandes dificultades para comenzar. Se han descrito distintas técnicas de ayuda y orientación aunque no existe una fórmula mágica.

Básicamente se trata de:

**Enumerar**, en un mínimo de palabras anotadas en borrador, cada idea que uno tiene sobre el tema que ha estudiado. Hacer esta enumeración libre y espontáneamente, sin pretender ninguna organización ni valoración.

**Analizar**, una vez terminados todos los puntos anotados:

- Incluyendo toda la información necesaria. No es difícil encontrar material impreso que omite algún paso o hecho esencial relativo al tema que le ocupa.
- Eliminando aquello que se considere innecesario y que pueda distraer al lector de los hechos esenciales.
- Dando la información en un orden correcto y
- Evitando instrucciones vagas.

El resultado de este método de trabajo es una guía precisa, un apunte suscinto y ordenado del tema sobre el que vamos a escribir. Es decir, una «estructura» de comunicación.

## Estructura

La más frecuentemente usada es la de la «pirámide normal»:

-Introducción

- Desarrollo y
- Resumen o Conclusión

## La Introducción.

Cumple dos funciones principales: Orientación y motivación.

Oriente al paciente: Dígale de qué le va a hablar. Hágle saber, rápida y claramente, cuál es el tema que desarrollará. Avísele qué persigue, hacia dónde quiere llevarlo. Hágle entender su propósito.

Motívele: Toque sus sentimientos, emociones, e instintos. Trate de satisfacer sus necesidades y aspiraciones. Hágle ver por qué le conviene hacer lo que usted le propone. Hágle sentir que obtendrá una recompensa, ya sea en términos de salud, estética, social, económica ... que haga que su esfuerzo valga la pena.

## El desarrollo.

- Ante todo brevedad. Como se ha dicho «Folleto largo, folleto muerto». Nunca trate de desarrollar en un sólo folleto más de un tema principal. Cuanto más breve sea lo que se escribe, más probable será que el mensaje llegue a un mayor número de personas. Es conveniente revisar lo que escribamos, porque casi siempre se puede decir lo mismo con menos palabras, sin embargo debemos matizar que lo que es breve no es necesariamente simple.
- Sea concreto y no divague. Conviene llamar a cada cosa por su nombre «Al pan pan y al ...». El nivel de escritura debe ser sencillo de fácil comprensión, y si se incluyen palabras técnicas se han de explicar. Use frases positivas, el uso del negativo dificulta la comprensión, evite las frase muy largas, es mejor escribirlas de nuevo en dos o más frases cortas.
- Sea exacto. Es decir, preciso y veraz. De ahí la importancia de una adecuada documentación y correcta búsqueda bibliográfica. Los hechos han de exponerse tal y como son, sin dramatismos.
- Dé unidad y armonía al texto. Explique los casos en orden, enlazando los conceptos, y no dejando vacíos ni lagunas.
- Reitere los conceptos esenciales. La repetición es útil y deseable en materia de educación.
- Refuerce su planteamiento. Es decir, debemos argumentar sobre la conveniencia de adoptar la práctica o el hábito recomendado. Los argumentos a utilizar pueden contemplar:
  - Ventaja de la práctica o hábito para el individuo y la comunidad.
  - Disponibilidad de elementos necesarios y servicios adecuados para ello.
  - Recomendaciones profesionales, de especialistas, asociaciones...
  - Evidencia científica, etc.

**La conclusión o resumen:** En la que ha de repetirse el mensaje principal, para que quede grabado en la mente del paciente.

En cuanto a la noción del equilibrio en la estructura, la distribución más común es:

INTRODUCCIÓN . . . . . 5 al 10%  
DESARROLLO . . . . . 80% o más

**Los Títulos.** Cumplen una doble función: La de captación y la de guía. Despiertan el interés del lector y orientan a lo largo de todo el mensaje. Deben ser cortos, claros y activos, expresando en un mínimo de palabras el contenido del folleto. Siendo conveniente que sea imaginativo, fuerte y atrayente.

**Otros detalles.** La redacción de un folleto incluye otros elementos, como los nombres de los autores, de la institución que lo edita, etc. No sólo constituyen un reconocimiento justo al trabajo, sino también un estímulo y para el paciente una indicación de seriedad y autoridad.

Así como el folleto permite el empleo de diversas estructuras, tolera también la aplicación de distintos tratamientos. La elección del tratamiento depende como siempre de la finalidad que se persigue al escribir, de las características del lector o destinatario y de la naturaleza del tema mismo.

Un folleto puede tener, entre otros, algunos de estos «tratamientos»:

1. La Exposición
2. La Descripción
3. La Narración

En el primer caso, el más corriente, nos limitaremos a «mostrar» algo tal cual es, directamente.

En el segundo caso, muy frecuente, damos el mensaje mediante una secuencia fijada por norma de tiempo o por norma de espacio. Podemos así explicar, paso a paso, un proceso o un procedimiento.

En el tercer caso, en vez de decir directamente las cosas, apelamos a un método indirecto y algo literario que suele ser eficaz; el contar un «cuento», episodio o anécdota. Es decir, presentamos nuestro mensaje a manera de relato en vez de hacerlo friamente como una exposición o una descripción.

Cada uno de esos patrones generales es útil según las circunstancias. Además, son combinables, si se hace con prudencia y buen gusto.



## DISEÑO

Es fundamental un buen diseño e ilustración, de manera que, además de causar un efecto visual placentero, conduzca a ver y ayude a entender. Tan importante como disponer las ideas en orden, es saber presentarlas en una forma adecuada. El diseño es el uso del espacio, tipo de letras, encabezamientos ... que hacen a las palabras más interesantes y

significativas.

No olvidar que las letras mayúsculas son menos fáciles de leer que las minúsculas, y por tanto su uso debe limitarse a los encabezamientos. Para elegir el tipo y tamaño de letra resulta útil revisar los materiales que tengamos a nuestro alcance.

El equilibrio y la armonía son esenciales. Hay que aprender a dar el «peso» adecuado a cada uno de los elementos de la composición. Cada página, cada detalle, deben diseñarse recordando una balanza, de modo que no haya figuras de «peso» insuficiente. Esto no quiere decir que cada dibujo, por ejemplo, deba ser del mismo tamaño que los demás, ni que deba estar siempre colocado en una posición exactamente equidistante a los otros. A cada elemento de composición se le asigna un valor propio, individual. Pero cada uno de esos elementos debe formar parte unitaria de un todo.

Use líneas y espacios para enfatizar puntos importantes pero sea cuidadoso, demasiado espacio es tan malo como ningún espacio vacío. Si se rompe mucho la continuidad en la lectura, puede descender la concentración del lector.

Diseñe su folleto siempre por pares de páginas, nunca por páginas aisladas. Cada página está siempre al lado de otra. Para el diseñador, las dos páginas forman una unidad, una sola superficie de composición. Los elementos que emplace usted en una página 2 afectarán forzosamente la 3. No se puede poner mucho texto y grabados en la página 5 y dejar arbitrariamente vacía la 4. Si un extremo de la página 6 tiene un motivo fuerte, algo habrá que poner en el extremo opuesto que compense ese efecto y establezca equilibrio.

Los márgenes son básicos para efectuar el diseño. En la generalidad de los casos, se recomienda que el margen de la parte exterior de la hoja sea mayor que el de la parte interna, y el inferior, mayor que el superior. Los especialistas dicen que el margen inferior debe ser el doble de la parte superior; y el de la parte interior la mitad del exterior.

Hay que enfatizar y concentrar la atención en los mensajes principales. Las páginas que quedan a la derecha, son las que atraen primero la vista. Esto quiere decir que las cosas principales, textos, buenas fotos o dibujos claves, deben presentarse preferentemente en las páginas de la derecha. No comience el texto en una página izquierda.

«Una imagen vale más que mil palabras». Dirija la vista del lector. No le deje vagar a su albedrío. Cada ilustración debe conducir a leer. La ilustración tiene tanta importancia como el diseño, si usa gráficos, hágalos sumamente simples.

Las ilustraciones deben ser simples, también se recomienda que, cuando proceda por el contenido, se localice la parte anatómica tratada en el cuerpo. Por ejemplo, si se está ilustrando un reemplazo total de cadera, muestre como la articulación reemplazada está colocada dentro del cuerpo y como se relaciona con otras partes del cuerpo.

Con respecto al color es importante que nunca sea contradictorio con el mensaje tratado. Hay simbolismo en el color. Un predominio del rojo en un folleto sobre riesgos, tendrían tan poco sentido como un exceso de azul en una publicación sobre tomates.

En definitiva, el diseño es importante. Ayude al lector a comprender las palabras y ayude a enfatizar los puntos más importantes. Por ello hay que pensar en:

- Tamaño página
- Márgenes
- Uso del espacio
- Encabezamientos
- Tipo de letra e



## EVALUACIÓN

La gran diversidad de estudios y artículos en el área de la educación de los pacientes refleja su propio alcance y complejidad, así como el gran interés que este tema despierta.

Bernier (1991) realizó una revisión de la bibliografía existente sobre material educativo impreso (MEI), con objeto de identificar y validar un conjunto de criterios para el diseño y evaluación de MEI dirigido a pacientes y familias.

La riqueza existente de artículos y de materiales impresos encontrados, contrastaba con la dificultad de conseguir información acerca de la evaluación y diseño de este tipo de material.

Indudablemente, la evaluación de los resultados de aprendizaje requiere tiempo y recursos financieros adicionales. Además, es evidente que el proceso y los criterios usados en la creación de MEI influyen en la calidad del producto y consecuentemente en los resultados de aprendizaje.

Los autores sólo encontraron un instrumento de evaluación: «Los criterios de evaluación de material impreso de Rice y Valdivia», que según Bernier no establecían la relativa importancia de cada criterio en función de la calidad.

Para ello desarrollaron un modelo específico de evaluación en el que la comprensibilidad y claridad del material, así como las características (edad, sexo, cultura y tipo de necesidad en salud) de la población diana, y el diseño y/o formato, fueron considerados como los aspectos de mayor importancia para evaluar el proceso.

En 1996, El mismo autor realizó un estudio dirigido a establecer las propiedades psicométricas de unos estándares de calidad para valorar la presencia (o ausencia) de los principios sobre diseño/aprendizaje contenidos en el MEI. Este estudio fue realizado en cuatro fases: Validez del contenido, pretest, fiabilidad inter-observador y fiabilidad intra-observador.

Como resultado desarrollaron un instrumento: «Bernier Instructional Design Scale» (BIDS) (ANEXO I), que proporciona instrucciones sobre el diseño y principios de aprendizaje (ítems graduados), que representan unos estándares cualitativos con unos contenidos validados, pudiendo ser utilizado como una guía para el desarrollo, evaluación y revisión de MEI.

Dentro de la evaluación del MEI podemos decir que el aspecto más estudiado es la: **COMPENSIBILIDAD**. Es decir, que lo que se ha escrito se pueda comprender.

Beaver (1997) y Glazer (1996) revisaron el MEI dirigido a educar a los pacientes acerca de la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. Mientras que la población diana tenía un nivel de comprensión equivalente a 6º (o más bajo) (aproximadamente 1º de ESO) los folletos analizados requerían al menos un noveno grado de comprensión de lectura (aproximadamente 4º de ESO).

Dollahite (1996) al revisar el material educativo sobre nutrición, encontró que el 68% de los mismos estaba escritos para un noveno grado de comprensión (equivalente a 4º de ESO) o más alto.

Williams et al (1995) utilizaron un test específico (TOFHLA: test of Functional Health Literacy in Adults) para medir la capacidad de lectura y comprensión de instrucciones médicas e información sobre unidades de salud, en una muestra de 2.659 pacientes, de habla inglesa e hispana, de dos hospitales públicos (ATLANTA), llegando a la conclusión que la inadecuación en este aspecto, puede suponer una importante barrera en la comprensión de los pacientes sobre su diagnóstico, tratamiento y cuidados en salud.

Otras revisiones sobre MEI dirigido a: embarazadas y consumo de alcohol (Calabro 1996), lesionados de médula espinal (Yasenchak 1993), SIDA (Wells 1994), inmunizaciones (Davis 1996)... pusieron de manifiesto que entre el 60 al 92% del material educativo dirigido a pacientes, y realizado en EEUU, está escrito en un nivel de lectura de 8º grado o superior (aproximadamente 3º ESO), y que por tanto supera el nivel de comprensión de lectura de la población media estadounidense. Siendo recomendado como nivel de escritura el 6º grado (1º ESO) o inferior. La dificultad de comprensión de un texto, puede estimarse a través de la fórmula SMOG. La fórmula SMOG (ANEXO 2), nos permite valorar el nivel del grado de comprensión de la lectura del MEI, en función del número de palabras que contienen tres o más sílabas.

Las Ilustraciones también han sido evaluadas. Rohret (1990) propuso los siguientes criterios a tener en cuenta:

- Necesidad. Si transmite el dibujo por si mismo la necesidad de alcanzar los objetivos planteados y ayudan al paciente en la comprensión del texto.
- Conveniencia de los contenidos.
- Familiaridad al paciente.
- Diseño. ¿Son el tamaño, impresión, color, espacios libres apropiados a los objetivos planteados?.
- Un sólo concepto. La necesidad de que se asocie a un sólo concepto o idea.
- Tamaño apropiado.
- Líneas. ¿Están lo suficientemente marcadas o resaltadas para ser vistas?.
- Elementos de distracción. ¿Fueron las ideas no relevantes eliminadas?

## **DISTRIBUCIÓN**

Finalmente, una vez que el material se ha impreso, hay que pensar en su distribución. No

basta con dejarlo en un estante o mesa y esperar a que sea leído. Lógicamente la distribución estará en función de las circunstancias locales, tiempo y recursos disponibles.

Analice estos factores y piense como puede llegar a la población a quien va dirigido, en definitiva, a sus pacientes.

Una distribución planificada y correcta nos permitirá alcanzar los objetivos planteados en un principio.



**«BERNIER INSTITUCIONAL DESIGN SCALE» (BIDS)  
(ESCALA DE INSTRUCCIONES SOBRE LOS PRINCIPIOS DE DISEÑO DE  
BERNIER)**

Los principios de diseño de los materiales educativos impresos utilizados para pacientes y familiares que recoge la escala (BIDS), se presentan en una lista ordenada de 35 principios (**TABLA 1**), con una escala de valoración de cada uno de los principios en cuatro categorías:

- 0 ausente,
- 1 presente, pero no siempre
- 2 presente
- N.A. no aplicable (no se valora el principio)

Una vez leído el MEI que se desea evaluar, se usa la escala de BIDS para calcular el valor de la suma de las puntuaciones de los principios que se estudian.

Ejemplo: El 2º principio de la escala «El tamaño de la letra permite a la audiencia objetivo leer con facilidad». Un MEI escrito con un tamaño de letra pequeño, por ejemplo, 8 puntos (el tamaño de los caracteres se expresa en altura del carácter, la unidad utilizada es el punto, que equivale a 1/72 de pulgada, aproximadamente 0,35 mm), podría no ser apropiado para la población general, pues los lectores serían de distintos grupos de edad y algunos de estos grupos tendrían dificultad para leer el texto con este tamaño de letra. Por lo que se recomienda que el tamaño de los caracteres sea como mínimo de 12 puntos, cuando el MEI va destinado a la población general.

**TABLA 1****Instrucciones sobre los principios de diseño de BIDS**[top](#)

## ESCALA DE PRINCIPIOS

1. El contraste entre la tinta y papel es suficiente para permitir una fácil lectura.
2. El tamaño de la letra permite a la población objetivo leer con facilidad.
3. El estilo de la redacción es de fácil lectura.
4. Los dibujos y /o ilustraciones son comprensibles por el grupo objetivo con o sin textos explicativos.
5. Los dibujos y /o ilustraciones están rotulados con claridad.
6. Los dibujos y /o ilustraciones son adecuadamente representativos de los grupos raciales y étnicos que componen la audiencia objetivo.
7. Los títulos y subtítulos son claros e informativos.
8. El vocabulario utilizado en el MEI refleja las palabras que usa habitualmente el grupo objetivo.
9. Se definen los términos sanitarios que aparecen en el texto.
10. Los términos se usan con un significado constante a lo largo de todo el MEI.
11. El estilo de redacción consigue involucrar activamente al lector y estimular su participación activa.
12. Se usa la voz activa.  
Ejemplo: la frase «muchas personas con colostomías consideran beneficioso ser miembro de un grupo de apoyo de ostomías», es mejor que la voz pasiva, «muchas personas con colostomías consideraban que se beneficiaban de un grupo de apoyo de ostomías»).
13. Se evita el uso de negaciones dobles (o negaciones múltiples).  
Ejemplo: la siguiente frase es confusa: «no hay razón por la que una persona con diabetes no deba hacer ejercicio cuando esta enferma».
14. Se explica claramente el propósito del MEI al grupo objetivo.
15. Se establece con claridad la importancia del contenido educativo para el grupo objetivo.
16. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos y los contenidos educativos del MEI se relacionan unos con otros.
17. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos están relacionados con el pretendido resultado establecido o implícito en el MEI.
18. Se presenta solamente la información esencial sobre el tema, usando no más de 3 ó 4 puntos principales.
19. El contenido es adecuado.
20. El contenido se presenta en términos concretos más que mediante ideas y conceptos abstractos.
21. El contenido está redactado con un estilo «centrado en el paciente».
22. El contenido se presenta relacionando e integrando la nueva información con la que ya conoce y comprende el grupo objetivo.
23. Se usan ejemplos para rellenar las lagunas entre lo que el grupo ya sabe y el nuevo contenido que se va a enseñar y aprender.
24. Los ejemplos usados contienen características centrales de las ideas y los conceptos tratados.

25.	El contenido se presenta de forma que se respetan las costumbres y tradiciones del grupo objetivo.
26.	La carga de información del material educativo es adecuada para el grupo objetivos (cuanto menos familiar sea la información, menor cantidad de la misma debe presentarse de una vez).
27.	El contenido se centra tanto en lo que el grupo objetivo debe hacer como saber.
28.	Las ideas principales del MEI están divididas en unidades de contenido significativas.
29.	El material educativo va de contenidos simples a contenidos más complejos de forma organizada y lógica.
30.	El contenido educativo es actual.
31.	Se dan instrucciones específicas y precisas cuando se desea que el grupo objetivo realice algunas acciones sanitarias o de autoayuda.
32.	Las ideas y puntos de contenido importantes se repiten como refuerzo a lo largo de todo el MEI.
33.	Las frases siguen un orden lógico y tienen una estructura coherente para transmitir eficazmente la información en el MEI.
34.	Se incluyen sumarios y/o resúmenes del contenido educativo que se está transmitiendo a lo largo de todo el MEI.
35.	El MEI está redactado en un nivel de lectura adecuado para el grupo objetivo. (Los materiales destinados a la población general deben redactarse en un nivel de grado 6-8 (un grado de comprensión equivalente al que corresponde con niños que están cursando estudios comprendidos entre 1º y 3º de Educación Secundaria (11-13 años).

## ANEXO II

[top](#)

### FORMULA SMOG

Esta fórmula se basa en investigaciones que demuestran que a igualdad de otros factores, los textos con muchos polisílabos exigen un nivel de comprensión de la lectura mayor que lo textos con palabras de una o dos sílabas.

La fórmula proporciona un baremo del nivel de lectura preciso para comprender el texto.

## Cálculo de la fórmula SMOG

1. Marcar en el texto tres párrafos de unas 10 frases, uno al principio, otro al final y uno en medio. No importa que las frases sean cortas o largas. Si el texto tiene sólo unas 30 frases, utilizar todo el texto como muestra.
2. Marcar todas las palabras (de tres sílabas ó más) en las 30 frases seleccionadas, incluyendo todas las repeticiones de la misma palabra. Sumar las palabras marcadas.
3. Si en la muestra hay menos de 30 frases, calcular la media de polisílabos (tres sílabas o más ) por frase, dividiendo la suma de palabras polisílabas por el número de frases y multiplicar esta media por 30, si en la muestra hay más de 30 frases, pasar al cuarto punto.
4. Calcular el número más cercano a éste, que sea un cuadrado perfecto (sin decimales), y escribir su raíz cuadrada.
5. Sumar la constante 3, a la raíz cuadrada hallada. El número resultante es la puntuación SMOG o estimación del nivel de lectura que debe haber alcanzado el lector para poder entender el texto.

Ejemplo: Un MEI que tenga 53 palabras de tres o más sílabas en las treinta frases seleccionadas, el 7 es el número más cercano a un cuadrado perfecto,  $7 \times 7 = 49$ . Sumamos la constante 3 al número 7, y obtenemos  $7 + 3 = 10$ , que es el nivel del grado estimado para el MEI.

6. Otras observaciones a considerar en el cálculo de la formula SMOG.
  - No contar como frases títulos, subtítulos, ni citas extraídas del texto.
  - Hay que contar también los nombres propios si tienen tres sílabas o más.
  - Las palabras unidas por guiones, se considerarán como una sola palabra.
  - Las abreviaturas y siglas hay que tratarlas como suelen leerse en voz alta. Así por ejemplo EE.UU. suele leerse Estados Unidos, mientras que por ejemplo O.N.U, se suele leer ONU, no Organización de las Naciones Unidas.
  - Si aparecen números, hay que considerarlos tal como se leen por ejemplo 49 se lee cuarenta y nueve.



Abbatt FR.

**Teaching for better learning. A guide for teachers of primary health care staff.** Second edition . Geneva: WHO,1992.

Abbatt FR, Mejía A.

**Continuing the education of health workers. A workshop manual.** Geneva: WHO,1988.

Bernier MJ, Yasko J.

**Designing and evaluating printed education materials: Model and Instrument Development.** *Patient Education and Counseling* 1991; 18: 253-263.

Bernier MJ.

**Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials.** *Patient Educ Couns* 1996; 29: 283-299.

Beaver K, Luker K.

**Readability of patient information booklets for women with breast cancer.** *Patient Educ Couns* 1997; 31:95-102.

Brody DS.

**An analysis of patient recall of their therapeutic regimens.** *J Chron Dis* 1980; 33: 57-63.

Davis TC, Bocchini A, Fredrickson D, Arnold C, Mayeaux EJ, Murphy PW et al.

**Parent Comprehension of Polio Vaccine Information, Pamphlets.** *Pediatrics* 1996; 97 (6): 804-810.

Dollahite J, Thompson C, McNew R.

**Peadability of printed sources of diet and health information.** *Patient Educ Couns* 1996; 27: 123-134.

Domínguez J,Regato P,Violan C.

**La educación para la salud en el Area XI de Atención Primaria de Madrid.** *Centro de Salud* 1995; 23-27.

Frederikson LG, Bull PE.

**Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations.** *Patient Educ Couns* 1995; 25: 51 -57.

Frías H, Ramsay J, Ramiro L.

**Extensión Agrícola. Principios y técnicas.**

Glarer HR, Lynne MK, Bosler FE.

**Patient education pamphlets about prevention, detection, and treatment of breast cancer for low literacy women.** *Patient Educ Couns* 1996; 27: 185 189.

HerbertCP.

**Giving information: usually necessary, but often insufficient to achieve behaviour change.** *Patient Educ Couns* 1996; 29: 229-230.

Herbert CP.

**Patient information for improved self care: a critical appraisal.** *Patient Educ Couns* 1996; 27: 121 -122.

Mc Mahon R, Barton E, Piot M.

**On being in charge. A guide to management in primary health care.** Geneva: WHO,1992.

OPS

**Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud.** Washington DC: Organización Panamericana de la salud,1984.

Rochon A.

**Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto.** Barcelona (Ed Masson),1991.

Rohret L, Ferguson KJ.

**Effective use of Patient Education Illustrations.** Patient Educ Couns 1990; 15: 73-75.

Wells JA.

**Readability of HIV/AIDS educational materials: the role of the medium of communication, target audience, and producer characteristics.** Patient Educ Couns 1994; 24: 249-259.

Williams MV, Parker RH, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates C, Nurss JR.

**Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals.** JAMA 1995; 274 (21): 1677-1682.

WHO

**Education for health. A manual on health education in primary health care.** Geneva: WHO,1988.

Yansenchak PA, Bridle MJ.

**A low literacy skin care manual for spinal cord injury patients.** Patient Educ Couns 1993; 22: 1-5.

Hawe P, Degeling D, Hall J.

**Evaluación en Promoción de la Salud. Guía para trabajadores de salud.** 1ª. ed. Barcelona: Masson, 1993.

