

Enfermería

Medwave. Año IX, No. 5, Mayo 2009. Open Access, Creative Commons.

Literacidad en salud

Autor: John D. Piette⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Center of Quality Improvement for Complex Chronic Conditions, University of Michigan, Estados Unidos

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.05.3921>

Ficha del Artículo

Citación: Piette JD. Literacidad en salud. *Medwave* 2009 May;9(5) doi: 10.5867/medwave.2009.05.3921

Fecha de publicación: 1/5/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia dictada en el II Encuentro Internacional Autocuidado y Promoción de la Salud: Innovaciones en el Manejo de Enfermedades Crónicas, organizado por la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El encuentro se realizó en Santiago, entre el 17 y el 30 de Abril de 2008.

Introducción

Esta conferencia se divide en tres etapas:

1. Características de los pacientes que se podrían beneficiar si reciben más apoyo para el autocuidado que lo que reciben en este momento.
2. Algunos pensamientos sobre nuevos modelos para mejorar el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas.
3. Temas especiales, como el uso de la informática para mejorar el cuidado sin aumentar excesivamente los costos.

Literacidad en salud

La Asociación Médica Americana (AMA) define *literacidad en salud* (LS) como la habilidad de leer y comprender las indicaciones de los medicamentos y otras informaciones relacionadas con el cuidado de la salud, de modo de tener éxito como paciente. Schillinger entrega otra definición: es el grupo de capacidades que se requieren para funcionar en el ambiente de cuidado de la salud, entre las cuales se incluye la habilidad para rendir en lectura básica y tareas numéricas.

Aunque estas definiciones son correctas y útiles, la conceptualización de este presentador es que una falta de LS indica que la *necesidad* de procesar la información de salud excede a la *habilidad* para procesar la información de salud. De esto se deduce dos aspectos fundamentales: primero, que para ayudar a los pacientes se puede intervenir tanto disminuyendo su necesidad de procesar información como mejorando su habilidad para hacerlo; segundo, que muchos pacientes experimentan falta de LS, especialmente cuando recién se les realiza un diagnóstico o cuando experimentan otro evento que aumenta la cantidad de información que se les da o que empeora su habilidad de procesar los datos.

Resumen de la epidemiología

El concepto de LS es útil porque desde el punto de vista empírico se relaciona fuertemente con el resultado de las acciones de salud, puesto que la LS importa para comprender las instrucciones, adoptar o desechar creencias de salud y aplicar acciones de autocuidado, mejorando los resultados del cuidado y reduciendo los costos del tratamiento. Muchos estudios han demostrado la relación que existe entre los *factores de riesgo socioeconómicos*: bajo ingreso, falta de educación, pertenecer a una minoría étnica, edad avanzada y presencia de múltiples comorbilidades, y la *obtención de resultados negativos* en la compensación de la diabetes: hiperglicemia, episodios de hipoglicemia, amputación, eventos agudos cardiovasculares, falta de adherencia a medicamentos y uso inapropiado de los servicios de salud. El beneficio de identificar la LS como mediadora en estos procesos es que provee un punto de intervención en vez de enfocarse únicamente en las facetas del paciente que no se pueden cambiar. Por ejemplo, no se puede cambiar la raza de los pacientes ni mejorar sus ingresos, pero sí es posible mejorar la LS y por ende, la capacidad de cuidado de estos grupos vulnerables (Fig. 1).

El impacto de las limitaciones en literacidad en los pacientes vulnerables con diabetes está absolutamente demostrado; aún después de controlar por correlaciones socioeconómicas, la falta de LS se relaciona con múltiples eventos adversos. Hay que destacar que si bien los pacientes con bajos niveles de LS muchas veces poseen además ingresos muy bajos y falta de educación, después de controlar estas variables, la literacidad es un factor muy importante e independiente de riesgo de malos resultados de cuidado. En un estudio publicado en 2002 (1) se demostró que los pacientes diabéticos que poseen literacidad en salud inadecuada tienen mayor riesgo de presentar mal control de la glicemia que aquellos

pacientes que poseen literacidad en salud adecuada (Fig. 2).



Figura 1. La literacidad en salud permite reducir los resultados negativos asociados a factores sociales de riesgo.

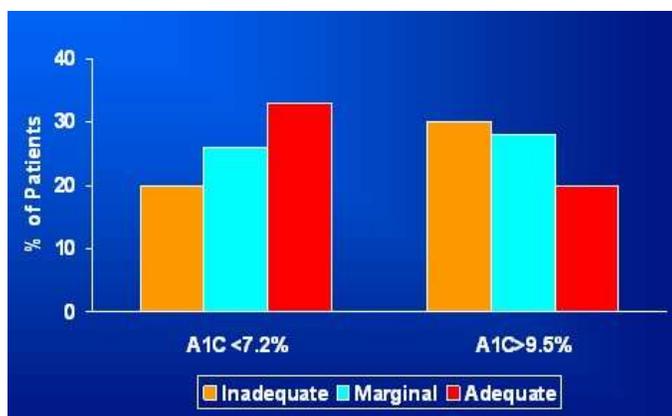


Figura 2. Literacidad en salud y control de la glicemia en pacientes diabéticos.

Asimismo, la probabilidad ajustada de complicaciones de la diabetes es mayor en pacientes sin adecuada LS. En la Tabla I se muestran resultados graves para pacientes con diabetes, como la retinopatía y el accidente vascular encefálico: los pacientes con falta de LS tienen dos veces más riesgo de retinopatía que los otros (1).

Los estudios también han demostrado que: sólo la mitad de los pacientes con baja LS conocen los síntomas de hipoglicemia, mientras que 94% de los que tienen literacidad adecuada los conocen (2); los pacientes que reportan baja literacidad presentan más del doble del riesgo de tener salud deteriorada (3); los pacientes con baja literacidad y recursos limitados tienen un costo de salud promedio de 12.900 dólares, cifra que baja a 3.000 en los pacientes con LS adecuada (4); los pacientes con ingresos bajos y baja literacidad en salud tienen el doble del riesgo de requerir hospitalización, 32% *versus* 15% (5). En los pacientes del sistema público de los Estados

Unidos, los más pobres y los de menor LS tienen costos cuatro veces mayores que los otros pacientes vulnerables, pero con niveles adecuados de literacidad; esto indica que LS es un factor de riesgo muy fuerte. Desafortunadamente, los pacientes que poseen baja literacidad también tienen peor comunicación verbal con los médicos y enfermeras en lo que se refiere a sus problemas, explicación de la enfermedad y explicaciones de procesos (6).

	AOR*	95% CI	P-value
Retinopatía	2.33	1.19 – 4.57	.01
Nefropatía	1.71	0.75 – 3.90	.20
Amputación	2.48	0.74 – 8.34	.14
AVE	2.71	1.06 – 6.97	.04
Enfermedad Isquémica cardíaca	1.73	0.83 – 3.60	.15

Tabla I. Aumento ajustado de complicaciones de la diabetes en pacientes sin adecuada LS comparados con los pacientes con un nivel adecuado de LS. AOR = *adjusted odds ratios*.

Identificación de los pacientes con bajo nivel de literacidad en salud

Se ha descrito una variedad de métodos para identificar a los pacientes con bajo nivel de LS (7, 8). Estos pacientes tienen dificultad para leer y completar los documentos cuando van a solicitar cuidados de salud a un consultorio. Existen tres preguntas diseñadas para reconocerlos (9):

- ¿Con qué frecuencia tienes a alguien como un familiar, trabajador de salud o cuidador que te ayude a leer documentos de salud?
- ¿Con qué frecuencia tienes problemas para aprender acerca de tus condiciones de salud por tener dificultad para comprender información escrita?
- ¿Qué tan seguro te sientes de completar documentos por ti mismo?

Esas preguntas tienen opciones de respuesta estructuradas; cuando se utiliza un límite muy conservador se puede identificar a más pacientes que poseen este problema, pero por otro lado se identifica en forma errónea a otros pacientes. Por ejemplo, frente a la pregunta ¿con qué frecuencia un miembro de su familia, un profesional de salud o un cuidador le ayuda en leer el material en los hospitales?, con el criterio de respuesta "sí, a veces uso a otra persona para ayudarme" se identifica a 73% de los pacientes que tienen falta de LS, pero también se identifica como tales a 17% de pacientes que no tienen este problema (Fig. 3).



Figura 3. “¿Con qué frecuencia es que un miembro de su familia, un profesional de salud o un cuidador le ayuda en leer los materiales hospitalares?”

En resumen: es posible identificar al grupo de pacientes con falta de LS mediante una pregunta, que no requiere mucho tiempo y puede ser formulada por un médico o una enfermera.

Comentarios de la intervención

Como ya se dijo, la falta de LS es un problema que se puede solucionar, por lo menos en parte. Para ello existen tres tipos de intervenciones genéricas: se puede “tratar” la falta de literacidad en salud, se puede “tratar” al profesional de salud para que aumente sus habilidades para comunicarse en forma eficaz, o se puede aumentar las estrategias tradicionales de comunicación para superar el problema y proveer más información entendible. En cuanto a la primera posibilidad, no hay estudios en que se haya evaluado el efecto de cambiar la falta de literacidad. La mayor parte de las investigaciones se han centrado en cambiar el comportamiento de los profesionales de salud o aumentar la comunicación entre visitas cara a cara, que son estrategias muy beneficiosas.

En cuanto a enseñar a los médicos a cerrar el círculo educacional, en un estudio realizado en el sistema público con muchos pacientes diabéticos muy vulnerables, los investigadores grabaron las conversaciones entre médicos y pacientes para determinar en qué momento el médico utiliza habilidades o estrategias de comunicación y cómo se pueden mejorar para que el paciente entienda las metas de cuidado (10). La idea era observar en qué medida se daba el proceso ideal de comunicación, que se ilustra en la siguiente imagen y consiste en lo siguiente: cuando un proveedor de servicios de salud se comunica con un paciente para compartir con él nueva información, debe determinar la habilidad del paciente para entender lo que se le dijo, *pidiéndole que explique cómo entendió la información con sus propias palabras*. Con esto se puede comparar las dos versiones: la original del profesional y la del paciente, y revisar el mensaje para asegurar que el paciente y el médico tienen un acuerdo de entendimiento. Por lo tanto, este proceso: asegura que la información se entienda y se integre a la memoria del paciente; abre el diálogo respecto a creencias en salud, refuerza y adapta

los mensajes de salud; y promueve una comprensión común entre los proveedores de salud y los pacientes, lo que estimula la participación de éstos (Fig. 4).

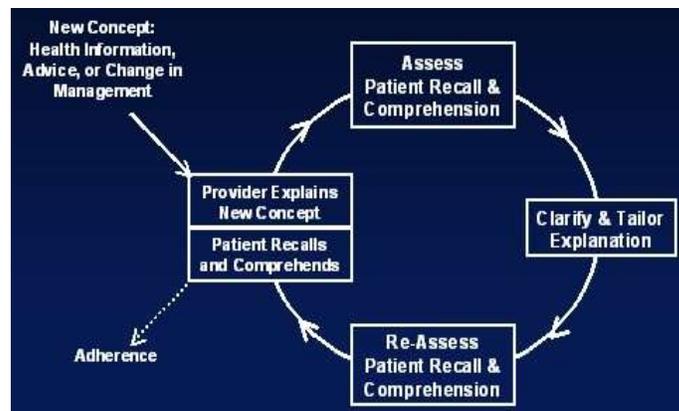


Figura 4. Cerrando el círculo: comunicación interactiva para facilitar el recuerdo y comprensión.

Este estudio no fue un estudio de intervención, sólo tuvo como objetivo identificar la relación entre el uso de este proceso y los resultados en cuanto a cuidados, que se resumen como sigue (10):

- Por lo menos se entregó un concepto nuevo en 61 de 74 visitas (84%). Más de la mitad de los conceptos se relacionaron con cambios de los medicamentos.
- En sólo 20% de las 61 visitas hubo un intento del médico para evaluar la comprensión. Es decir, por lo general los médicos no intentan abrir una instancia de clarificación con los pacientes, debido a sus expectativas de que vaya a requerir demasiado tiempo.
- En sólo 15 de los 124 conceptos nuevos (12%) hubo un esfuerzo para cerrar el círculo.
- A pesar de las preocupaciones de los médicos, las visitas que incluyeron evaluación de la comprensión no fueron más largas que aquellas que no lo hicieron.
- En 11 de 12 pacientes (95%) cuyos médicos evaluaron la comprensión, o sea cerraron el círculo, la hemoglobina glicosilada A1c estuvo bajo el promedio (8,6%).
- Sólo el esfuerzo de cerrar el círculo y el nivel más alto de la LS se asociaron a buenos niveles de glicemia después de controlar las variables sociodemográficas de salud.

Este modelo de comunicación interactiva es útil en la atención de pacientes con enfermedades crónicas porque:

- Se enfoca en los problemas que se pueden solucionar.
- Identifica la población clave, es decir, a aquellos pacientes con enfermedades crónicas que tienen más problemas de comprensión y cuidado.
- Sugiere las formas en que se debe cambiar el cuidado durante y entre las visitas cara a cara, por ejemplo, uso del telecuidado o entrega de apoyo para cuidadores informales.

Lo importante es preguntar al paciente su idea y percepción de la información nueva; si posee la habilidad de cumplir las indicaciones de cuidado entonces también podrá recibir mensajes de educación. Por lo general las intervenciones constan de dos partes: la que se entrega en la visita, cuyo resultado depende de la percepción del paciente y de la cantidad, frecuencia y claridad de la información, y la que se entrega en la relación continua que se debe establecer con los pacientes entre las visitas. Por eso las estrategias genéricas de intervención son: intervenciones para aumentar las estrategias tradicionales de comunicación *durante las visitas cara a cara*, e intervenciones para aumentar las estrategias tradicionales de comunicación *entre las visitas cara a cara* (11,12).

Referencias

- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002 Jul 24-31;288(4):475-82. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998 Jan 26;158(2):166-72. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health*. 1997 Jun;87(6):1027-30. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
- Weiss BD, Blanchard JS, McGee DL, Hart G, Warren B, Burgoon M, et al. Illiteracy among Medicaid recipients and its relationship to health care costs. *J Health Care Poor Underserved*. 1994;5(2):99-111. | [↑](#) | [PubMed](#) |
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002 Aug;92(8):1278-83. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
- Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns*. 2004 Mar;52(3):315-23. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999 Sep;38(1):33-42. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Educ Behav*. 1998 Oct;25(5):613-24. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*. 2004 Sep;36(8):588-94. | [↑](#) | [PubMed](#) |
- Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003 Jan 13;163(1):83-90. | [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Lange I, Campos S, Sapag J, Piette JD. Construyendo una red internacional para la innovación en el cuidado/autocuidado de enfermedades crónicas (RISSA). *Cuadernos de Difusión* 2008; 2:15-19. | [↑](#)
- Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Innovaciones para el cuidado y autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina: oportunidades y desafíos para el trabajo en red. *La Revista Panamericana de Salud Pública*. | [↑](#)



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.