
ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

ESTÀNDARDS I RECOMANACIONS
PER ALS PROFESSIONALS DE LA SALUT

Rosa Suñer Soler
Manel Santiñà Vila
(eds.)

À

Alfabetització per a la salut

Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut

ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut

Rosa Suñer Soler
Manel Santiñà Vila
(eds.)

Dades CIP proporcionades per la Biblioteca de la UdG

CIP 614.4 ALF

Alfabetització per a la salut : estàndards i recomanacions per als professionals de la salut / R. Suñer Soler (ed.). -- Girona : Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona : Documenta Universitaria, 2014. -- 118 p. ; cm. -- (Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut ; 13)

ISBN 978-84-9984-240-0

I. Suñer Soler, Rosa, ed. II. Universitat de Girona. Càtedra de Promoció de la Salut 1. Alfabetització 2. Educació sanitària

CIP 614.4 ALF

Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra només pot ser realitzada amb l'autorització dels seus titulars, llevat excepció prevista per la llei. Dirigiu-vos a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necessiteu fotocopiar o escanejar algun fragment d'aquesta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Edició: Càtedra de Promoció de la Salut de la UdG

Revisió de l'edició: Rosa Suñer Soler

Direcció de la col·lecció: Dolors Juvinyà Canal

© del text: els autors

© de l'edició: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona

© de l'edició: DOCUMENTA UNIVERSITARIA ®

www.documentauniversitaria.com

ISBN: 978-84-9984-240-0

Dipòsit Legal.: GI 979-2014

Impress a Catalunya (Spain)

Girona, juliol de 2014

ÍNDIX

Pròleg	7
Alfabetització per a la salut: Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut	11
Capítol I Alfabetització per a la salut: Definicions, conceptes i la seva relació amb la salut	13
ROSA SUÑER SOLER, MANEL SANTIÑÁ VILA	
Capítol II Com es mesura l'alfabetització per a la salut?	27
MAGDA GONZÁLEZ SORIANO, MERCÈ SERRA GALCERÁN	
Capítol III Estàndards i pràctiques en la comunicació oral per a la salut	45
MÒNICA FERNÁNDEZ AGUILERA, MÒNICA NEGREDO ESTEBAN, NÚRIA BORRELL BRAU	
Capítol IV Estàndards i pràctiques en la comunicació escrita per a la salut.....	55
ANNA JIMÉNEZ SÁNCHEZ, JOANA RUIZ PASTOR	
Capítol V Estàndards i pràctiques en la comunicació per a la salut i noves tecnologies de la comunicació i la informació.....	71
ISABEL RAMON BOFARULL, ÀLEX PALAU LÓPEZ, CARME GUITERAS MAURI	

Capítol VI	
De la teoria a la pràctica: intervencions efectives en alfabetització per a la salut.....	83
DOLORS COROMINAS VILALTA, JORDI PUJIULA MASÓ, MONTSE SORO ARTOLA	
Capítol VII	
Efectivitat dels programes d'educació per a la salut dirigits a persones amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut	107
CARME VALLS GUALLAR, JORDI VILARDELL BERGADA ROSA SUÑER SOLER	
Autors.....	115

PRÒLEG

L'esperança de vida s'ha duplicat a Catalunya i a Espanya, en només cent anys i, l'any 2012 ha arribat als 82 anys de vida, una de les més altes del món. El 80% d'aquest període es viu amb bona salut (sense discapacitats ni limitacions) i en el 20% restant (una mitjana d'aproximadament setze anys) es concentra tota la càrrega de cronicitat.

El repte és, doncs, aconseguir una bona salut i mantenir-la el major temps possible. Per fer-ho és clau, per un costat, prendre les millors decisions davant alternatives més o menys saludables; per altre costat i en tant que membres d'una comunitat, cal treballar per a què l'entorn en què es viu generi salut, facilitant que l'opció *per defecte* sigui la més sana.

Poder prendre decisions encertades en salut, com a individus i com a comunitat, és un dels objectius de l'alfabetització per a la salut o *health literacy*. En els darrers anys hi ha molta literatura sobre aquesta temàtica i, només a tall d'exemple, el nombre de definicions s'ha multiplicat.

La definició que dona l'Ilona Kickbusch *et al.* de *health literacy* és possiblement una de les més adequades pel nostre entorn:

«La capacitat de prendre decisions encertades en el context de la vida diària —a casa, en la comunitat, el centre de treball, dins del sistema sanitari, als mercats i als àmbits polítics. És una estratègia crítica de potenciació per incrementar el control de les persones sobre la seva salut, la seva capacitat de buscar informació i la seva capacitat d'assumir responsabilitat» (Kickbusch, et al., 2005).

En efecte, si la salut es genera, com s'afirmava a la Carta d'Otawa, en el context en què es desenvolupa la vida, és allí on la persona pot prendre decisions que augmentaran o disminuiran la seva salut i, per tant, l'alfabetització per a la salut no pot reduir-se a entendre la informació sanitària i fer un bon ús del sistema. Cal sortir fora del sistema sanitari, tant per entendre la gènesis de la salut i de la malaltia com per actuar sobre ella. L'alfabetització per a la salut esdevé llavors un determinant de la pròpia salut, tal i com afirma la directora regional de la OMS Europa, Zsuzsanna Jakab (document de la sèrie *Fets Provats sobre Health Literacy*, OMS, 2013). L'alfabetització per a la salut és una dimensió clau de *Salut*

2020, l'estratègia europea adoptada pels països membres de la OMS el 2012. És alhora un mitjà i un resultat d'accions dirigides a la promoció de l'apoderament i participació de les persones en la seva comunitat i en la seva atenció de salut. L'alfabetització de la salut requereix un enfocament integral de la societat, on molts sectors i agents han de treballar junts per millorar l'alfabetització de la salut dels individus i de les comunitats, així com per construir uns entorns més facilitadors i més saludables.

Aquesta visió de l'OMS entronca amb les estratègies de *Salut en totes les polítiques*, que a Catalunya es concreta en el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) que reuneix les estratègies, les polítiques i les actuacions de tot el govern i tota la societat que tenen resultats en salut. Pels anys 2014 i 2015, el PINSAP ha prioritzat trenta actuacions en catorze àmbits i dos eixos (augmentar l'esperança de vida en bona salut de la població catalana, i incorporar la visió de salut en totes les polítiques). Entre elles una actuació es centra en la millora de l'alfabetització per a la salut de la població.

Com es diu a Sørensen, *et al.*, (2012): «*L'alfabetització per a la salut està relacionada amb l'alfabetització de les persones i implica coneixements, motivació i competències per accedir, entendre, avaluar i aplicar la informació sobre salut amb la finalitat d'arribar a tenir una opinió motivada i prendre decisions respecte la salut, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, per mantenir i promoure la qualitat de vida al llarg de tota la vida*».

Així doncs, un individu amb un bon grau d'alfabetització per a la salut és capaç de buscar i avaluar la informació de salut requerida per comprendre i dur a terme les instruccions d'autocura, planificar i aconseguir canvis d'estil de vida, prendre decisions informades i correctes, saber com i quan accedir a l'atenció sanitària quan la necessita... però també pot participar en activitats de promoció de salut comunitària, com a actiu important a l'hora d'abordar els problemes i millorar la salut de la comunitat i de la societat.

Aquesta guia és el resultat de l'esforç dels professionals de la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut que, juntament amb la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, han estat revisant la literatura internacional i identificant estàndards i pràctiques fonamentals per a l'aplicació d'estratègies efectives d'alfabetització per a la salut en el nostre entorn. El conjunt de textos recull els aspectes essencials i els més novedosos relacionats amb el tema: des de les diferents definicions i conceptes relacionats, fins als instruments de mesura i les seves característiques psicomètriques; els estàndards i les pràctiques en comunicació oral, escrita; l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació; o les intervencions que s'han mostrat efectives en la millora de l'alfabetització per a la salut. Cal ressaltar, finalment, la revisió dels programes d'educació per a la salut en persones amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut i la necessitat identificada de continuar i aprofundir en la recerca sobre aquesta temàtica.

Animem als professionals de la salut a llegir amb deteniment aquesta guia i a aplicar-la tant en la seva pràctica diària com en la seva millora constant. Sens dubte és un instrument molt valuós per a la promoció de la salut de les nostres comunitats.

Antoni Mateu i Serra
Secretari de Salut Pública
Departament de Salut
Generalitat de Catalunya

ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT: ESTÀNDARDS I RECOMANACIONS PER ALS PROFESSIONALS DE LA SALUT

Presentació

L'alfabetització per a la salut està relacionada amb l'alfabetització i l'educació: comporta coneixement, motivació i competència per poder formar judicis i prendre decisions relacionades amb la salut i la salut de l'entorn.

Els baixos nivells d'alfabetització per a la salut s'associen amb un pitjor estat de salut, més risc d'hospitalització, una major mortalitat —sobretot en persones grans—, dificultats per seguir les instruccions correctes d'un tractament o per interpretar consells i recomanacions, etc.

Tot i la gran importància que té, per al nostre benestar, l'alfabetització per a la salut en el context espanyol —i segons un recent estudi publicat pel grup de treball The European Health Literacy Project—, només quatre de cada deu ciutadans gaudeixen d'un bon nivell, o d'un nivell suficient d'alfabetització per a la salut.

El rol dels professionals de la salut és fonamental per intentar augmentar la motivació, la competència i els coneixements relacionats amb la salut de les persones. Podem, amb el nostre treball comunicatiu, apoderar usuaris i pacients per, en definitiva, aconseguir augmentar els seus nivells d'alfabetització per a la salut.

La guia que teniu a les mans va dirigida a vosaltres, professionals de la salut, per mostrar-vos els fonaments de què és, per a què serveix, què engloba i com es treballa l'alfabetització per a la salut. Al llarg de la guia s'utilitzen, com expressions sinònimes, «alfabetització per a la salut» i «health literacy» ja que encara és molt freqüent, en el nostre context, la utilització de l'expressió anglesa.

La guia consta de set capítols. El primer és introductori: parla de les principals definicions i els conceptes més destacats relacionats amb l'alfabetització i l'educació per a la salut, així com també de les seves repercussions sobre la salut de les persones; el segon capítol tracta la qüestió de com mesurar l'alfabetització per a la salut, fent una revisió bibliogràfica exhaustiva dels instruments disponibles en l'àmbit sanitari; el tercer capítol explica els estàndards i les pràctiques en la comunicació oral que s'han observat efectives per a la salut; en el quart capítol, s'aprofundeix en els estàndards i les pràctiques en la comunicació escrita sobre salut considerant l'evidència disponible; el cinquè capítol tracta la qüestió de com utilitzar les noves tecnologies de la informació i la comunicació, i com adequar

els seus continguts perquè siguin accessibles i comprensibles; el sisè capítol exposa extensament el coneixement actual de les intervencions efectives en l'alfabetització per a la salut i, finalment, el setè capítol descriu resultats dels estàndards i les pràctiques en l'educació per a la salut portats a terme amb persones amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut.

Agraïm a la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut haver-nos donat suport per elaborar i editar aquesta guia, que sens dubte serà una eina de treball molt útil per als professionals de la salut, per fer més comprensible i efectiva la seva comunicació amb usuaris i pacients. Volem donar les gràcies a tots els professionals que hi han col·laborat, tots ells membres del Grup de Treball de l'Alfabetització per a la Salut: sense el seu treball i esforç constant aquesta guia no hagués vist mai la llum. També fem arribar el nostre agraïment a la resta de membres d'aquest grup, pel seu suport i per la revisió del document present. Finalment, volem agrair el suport de les institucions adherides a la Xarxa, l'estímul i l'ajuda de la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, i el continu suport de la subdirecció de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya per fer possible aquesta edició, sense oblidar-nos de felicitar pel treball ben fet i de qualitat a l'editorial Documenta Universitària, responsable de l'edició en català i castellà d'aquesta guia.

Manel Santià Vila

Coordinador de la Xarxa HPH-Catalunya

Rosa Suñer Soler

Coordinadora del Grup de Treball d'Alfabetització per a la Salut de la Xarxa HPH-Catalunya

Barcelona, 23 d'abril de 2014

CAPÍTOL I

ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT: DEFINICIONS, CONCEPTES I LA SEVA RELACIÓ AMB LA SALUT

ROSA SUÑER SOLER
MANEL SANTIÑÁ VILA

Resum

Aquest capítol revisa els conceptes relacionats amb l'alfabetització per a la salut (*health literacy*) i la relació entre l'alfabetització per a la salut i la salut en base a l'evidència publicada. Es detallen diverses definicions, a més de comparar aquest constructe amb l'educació per a la salut i el concepte d'aprenentatge saludable de la teoria salutogènica.

Des dels anys noranta, s'han formulat múltiples definicions d'alfabetització per a la salut des de dues perspectives, una clínica i l'altra des de la vessant de la salut pública. Els elements clau de les definicions des d'una perspectiva clínica inclouen elements de comportament que reflecteixen principalment les competències individuals necessàries per moure's com a pacient en l'entorn sanitari, essent aquesta perspectiva la més freqüent. Les definicions des del punt de vista de salut pública van més enllà del context sanitari, i comprenen altres entorns com el familiar, el laboral i el comunitari.

En relació amb els resultats en salut, s'ha observat una correlació directa entre la baixa alfabetització per a la salut i la mala salut, amb un major risc d'hospitalització i un major risc de mortalitat, sobretot en els pacients d'edat més avançada. Diversos autors han observat que les persones amb un baix nivell d'alfabetització per a la salut tenen dificultats de comunicació, i que aquestes dificultats poden interactuar i influir negativament en la salut. En aquest sentit, es recomana als professionals de la salut que, d'una manera universal, utilitzin un llenguatge senzill, evitin l'ús de tecnicismes, limitin la quantitat d'informació transmesa en qualsevol trobada i demanin als clients quina informació essencial recorden per tal d'avançar en la salut de les persones ateses i crear veritables ambients terapèutics i d'ajuda.

Introducció

El terme alfabetització (*literacy*) es defineix com un procés continu d'adquisició d'habilitats a dos nivells: un nivell mínim, que consisteix en l'habilitat de llegir i escriure un text simple, i un segon nivell, que permet a una persona manejar-se en societat, entès com «alfabetització funcional».^{1,2}

El concepte d'alfabetització funcional engloba les habilitats bàsiques de lectura i escriptura en format verbal i comunicació visual. A més, en les societats actuals, el concepte s'està expandint per incloure habilitats en el maneig dels nous mitjans de comunicació, les noves tecnologies de la informació i les xarxes socials. Segons Kickbusch, les persones han de tenir la possibilitat d'accedir a una formació contínua que inclogui la lectura, l'escriptura, la comprensió crítica i totes aquelles habilitats que es requereixen, en les seves comunitats, per a la presa de decisions. L'actual concepte d'alfabetització inclou aquelles habilitats necessàries perquè un adult pugui funcionar en un entorn social.³

L'alfabetització mínima ha augmentat considerablement en els últims anys, però encara hi ha més de 700 milions de persones al món menys industrialitzat que no saben llegir ni escriure, dos terços dels quals són dones.⁴ Al món occidental, les taxes d'analfabetisme estan per sota del 5% en la majoria de països. Catalunya i Espanya també mostren una desaparició progressiva de l'analfabetisme. Per exemple, el percentatge dels joves entre 15 i 29 anys analfabets a Catalunya s'havia reduït al 0,2% a l'any 1996, i es donava sobretot en persones amb situacions de marginalitat social i probablement de desestructuració familiar extremes.⁵ No obstant això, les darreres dades publicades mostren taxes del 1,5% d'analfabets i del 7,3% de persones amb els estudis de primària incomplets a Catalunya, indicant percentatges molt baixos de persones que no saben llegir ni escriure, però un major nombre de persones sense alfabetització funcional.⁶

Quan es relaciona alfabetització i salut, es coneix que les persones amb més nivell d'estudis tenen més probabilitats, habilitats i oportunitats d'identificar problemes individuals i socials. També tenen més habilitats per ser competents en els temes relacionats amb la salut, per la qual cosa es considera que l'educació és un determinant de la salut.⁷

Alfabetització per a la salut, educació per a la salut i aprenentatge saludable

Aproximadament, dues dècades després de definir el concepte d'alfabetització funcional (*functional literacy*) sorgeix el concepte d'alfabetització per a la salut (*health literacy*), un terme utilitzat per primera vegada l'any 1974 en el marc d'una conferència sobre educació per a la salut, i publicat com *Educació per a la salut com política social*.⁸ A partir de llavors, l'estudi de l'alfabetització per a la salut es va concentrar sobretot als Estats Units i el Canadà, enfocant més el terme a

nivell individual; els darrers anys, però, hi ha hagut un interès creixent en el seu estudi des d'una perspectiva de salut pública tant als Estats Units com a nivell internacional,⁹ molt relacionat amb la promoció de la salut.

Segons Nutbeam,¹⁰ l'alfabetització per a la salut és un concepte relativament nou en la promoció de la salut, entenen-lo com un terme adient per descriure una sèrie de resultats de les activitats d'educació per a la salut i comunicació. Des d'aquesta perspectiva, l'educació per a la salut (com a procés) que engloba diverses intervencions i activitats s'encaminarà a millorar l'alfabetització per a la salut (resultat del procés) amb un augment de coneixements, una major motivació i l'assoliment de competències per accedir, entendre, avaluar i aplicar a la nostra salut o el nostre entorn.

Per tal de distingir aquests dos conceptes, és fonamental analitzar les definicions dels dos termes. D'una banda, sabem que l'educació és un component essencial de l'acció per a la salut i la prevenció de les malalties.¹⁰ L'OMS, l'any 1983, defineix l'educació per a la salut com el conjunt d'activitats d'informació i instrucció que inciten les persones a voler gaudir de la seva salut, a saber com assolir aquest objectiu, a fer tot el possible individual i col·lectivament per preservar la salut i a demanar ajuda quan sigui necessari. Al *Glossari de la Promoció de la Salut* de l'OMS, de l'any 1998, s'hi assenyalava que l'educació per a la salut aborda no només la transmissió d'informació sinó també el foment de la motivació, les habilitats personals i l'autoestima, necessàries per adoptar mesures destinades a millorar la salut. L'educació per a la salut inclou no només la informació relativa a les condicions socials, econòmiques i ambientals subjacents que influeixen en la salut, sinó també la que es refereix als factors de risc i als comportaments de risc, a més de l'ús del sistema d'assistència sanitària.^{11, 12} És a dir, l'educació per a la salut implica la comunicació d'informació i el desenvolupament d'habilitats personals que demostrin la viabilitat política i les possibilitats organitzatives de diverses formes d'actuació dirigides a aconseguir canvis socials, econòmics i ambientals que afavoreixin la salut.^{11, 12} L'educació per a la salut no és només donar informació sanitària, és una autèntica intervenció en la cultura dels individus, doncs incideix en els coneixements, els valors i els comportaments de les persones.¹³ Abans dels anys vuitanta, Alesandro Seppilli ja definia l'educació per a la salut com un procés de comunicació interpersonal, dirigit a proporcionar la informació necessària per fer un examen crític dels problemes de salut, i responsabilitzar els individus i els grups socials en les eleccions de comportament que incideixen, directa o indirectament, sobre la salut física i psíquica de les persones i la col·lectivitat.¹³

Respecte el concepte d'alfabetització per a la salut no hi ha una definició unànime, essent definit i redefinit repetidament des de fa gairebé vint anys. A la taula 1.1 hi figuren vint-i-dues definicions, que completen el treball de revisió d'aquest terme, obtingudes a partir del treball de Sørensen i altres col·laboradors a nivell europeu.¹⁴ A partir de totes les definicions que s'han ofert des dels anys noranta, es pot entendre el concepte d'alfabetització per a la salut des de dues perspectives, una clínica i l'altra de salut pública.^{15, 16} Els elements clau de les definicions des

d'una perspectiva clínica inclouen elements de comportament que reflecteixen principalment les competències individuals necessàries per moure's en l'entorn sanitari; aquestes definicions són les més freqüents.^{15, 17, 18} Les definicions des del punt de vista de salut pública inclouen dimensions més enllà del context sanitari, com en l'entorn familiar, el laboral i el comunitari.¹⁸ Nutbeam destaca, en aquest sentit, el concepte d'alfabetització crítica per a la salut des de la perspectiva del desenvolupament de l'individu i les competències col·lectives necessàries perquè les persones puguin prendre el control sobre els determinants de la salut. Aquesta perspectiva s'orienta més vers l'apoderament personal i col·lectiu, amb influències de la teoria crítica social.¹⁶

A nivell més pràctic, Zarcadoolas i els seus col·laboradors¹⁸ van proposar un marc multidimensional de l'alfabetització per a la salut, organitzant el concepte en quatre àmbits: l'alfabetització fonamental, l'alfabetització científica, l'alfabetització cívica i l'alfabetització cultural, arribant a la conclusió que aquest model és útil per analitzar la comunicació per a la salut, ajudar en la construcció d'una comunicació en salut més comprensible i adequada que pot conduir al desenvolupament d'una nova mesura per avaluar les habilitats d'alfabetització per a la salut dels individus.¹⁸

El grup de treball europeu ha anat més enllà de la mesura de l'alfabetització funcional de la salut, i s'ha centrat en la mesura de l'alfabetització per a la salut mitjançant diverses fases involucrades en el processament d'informació i la presa de decisions en matèria de salut, la qual cosa facilita una visió en profunditat dels coneixements sobre la salut com a concepte multidimensional.¹⁴

Cal afegir, a més, el concepte d'aprenentatge saludable per a tota la vida, emmarcat en el model salutogènic, i que va més enllà de l'educació per a la salut i l'alfabetització per a la salut.¹⁹ En el model salutogènic, i segons el seu autor, Antonovsky, la salut s'entén com un moviment continu al voltant d'un eix establert a mig camí entre la malaltia i la salut total. L'objectiu és disposar de la capacitat de comprendre tota la situació i d'utilitzar els recursos disponibles, quelcom que Antonovsky anomena «sentit de coherència» (SOC). Aquesta capacitat permet a les persones avaluar i comprendre la situació en què es troben i avançar vers la salut. El model salutogènic es pot aplicar a un individu, a un grup i a tota una societat. És l'oposat del model patògen, en què l'atenció se centra en els obstacles i els dèficits.²⁰

Tot i la importància d'aquest model, els investigadors consideren necessari estudiar més la relació entre el SOC i la qualitat de vida i el benestar, el comportament de la salut, la vida laboral, l'educació i l'aprenentatge, el suport social i la integració social, els esdeveniments de la vida, etc., i altres aspectes que puguin contribuir a l'explicació de la salut.²¹

Nivell d'alfabetització per a la salut i resultats en salut

S'ha observat que els pacients amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut tenen dificultats de comunicació que poden interactuar i influir en els resultats

de la salut d'aquestes persones. Aquests pacients refereixen un pitjor estat de salut i tenen menys coneixements sobre les seves condicions de salut i els tractaments.²² A Europa, s'ha observat que ser del sexe masculí, tenir un baix nivell d'educació o la percepció de pertànyer a un estatus social baix es troba significativament relacionat amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut, sobretot pel que fa a l'accés i la comprensió de la informació sobre la salut. A més, **diversos autors han demostrat una correlació directa entre la baixa alfabetització per a la salut i la mala salut, amb un major risc d'hospitalització i de mortalitat, sobretot en pacients d'edat avançada.**^{23, 24, 25, 26} Dewalt i els seus col·laboradors²⁷ van dur a terme una metanàlisi sobre investigacions publicades entre els anys 1980 i 2003, conclouent que els pacients amb un baix nivell d'alfabetització tenien entre 1,5 i 3 vegades més probabilitats d'experimentar resultats adversos per a la salut, incloent un major risc d'hospitalització i la manca de coneixement sobre els serveis de salut.²⁷

Entre els estudis que han avaluat les relacions entre l'alfabetització per a la salut i els resultats en salut, són nombroses les investigacions fetes sobre malalties cròniques en què el coneixement i el maneig de la malaltia esdevé fonamental per al compliment del tractament, així com també per evitar riscos i complicacions derivats de la pròpia malaltia, i augmentar la salut i el benestar de la persona. Malgrat que aquesta relació sembla evident i de sentit comú, no tots els resultats són conclouents, sobretot pel que fa a la gran variabilitat que s'observa i pel poc o nul seguiment als pacients, ja que molts estudis tenen un caràcter transversal.

Alguns exemples ben documentats de la relació entre l'alfabetització per a la salut i els resultats en salut els trobem en els pacients amb diabetis, destacant la investigació de Schillinger i els seus col·laboradors,²⁸ de l'any 2002, amb un estudi observacional i transversal de 408 pacients, majors de 30 anys, amb diabetis del tipus 2 provinents de dos centres d'atenció primària d'un hospital públic de Califòrnia. Es van avaluar els coneixements sobre la salut dels pacients mitjançant la versió breu del test d'Alfabetització Funcional de Salut en Adults (s-TOFHLA), en llengua anglesa i espanyola. Els pacients van ser classificats en dos grups: un, de bon control de la glucèmia si la seva HbA (1c) es trobava en el quartil més baix, i un altre, de mal control, si la seva la seva HbA (1c) figurava en el quartil més alt. També es va mesurar la presència de complicacions de la diabetis. Després d'ajustar les anàlisis estadístiques amb diverses variables (característiques sociodemogràfiques, símptomes depressius, suport social, règim de tractament i anys amb diabetis), es va observar que, per a cada disminució d'1 punt en la puntuació del test s-TOFHLA, el valor HbA (1c) s'incrementava un 0,02 ($p=0,02$). Els autors van concloure que, entre els pacients d'atenció primària amb diabetis del tipus 2, la insuficiència de coneixements sobre la salut estava associada de forma independent amb un pitjor control de la glucèmia i amb majors taxes de retinopatia, aconsellant centrar els esforços en el desenvolupament i l'avaluació de les intervencions per millorar els resultats de la diabetis en pacients amb nivells deficients de *health literacy*.²⁸

En un altre estudi, fet l'any 2010 amb 93 adolescents diabètics (diabetis del tipus 1) amb un pobre control metabòlic, es va observar que com més bona era la comprensió lectora dels pares dels adolescents, millor era l'adherència dels adolescents en règim intensiu d'insulina. En canvi, la millor comprensió lectora no va ser un factor predictiu per a un control més eficaç en els adolescents diabètics tractats d'una manera convencional.²⁹

Al Sayah i els seus col·laboradors³⁰ han publicat, recentment, els resultats d'una revisió sistemàtica de la relació entre l'alfabetització per a la salut i la salut de les persones amb diabetis. Aquests autors han observat una associació positiva entre l'educació per a la salut i el coneixement de la diabetis (en vuit estudis), però assenyalen una manca d'evidència consistent en la relació entre l'alfabetització per a la salut i els resultats clínics d'interès en la diabetis; per exemple, estudiant els nivells de A1C (13 estudis), les complicacions amb l'autoinforme dels pacients (dos estudis), l'assoliment dels objectius clínics (un estudi), els resultats del comportament, l'automonitoratge de glucosa a la sang (un estudi), l'autoeficàcia (cinc estudis), la comunicació metge-pacient, l'intercanvi d'informació, la presa de decisions i la confiança. Concloent, en aquesta revisió, que la baixa alfabetització per a la salut s'associa consistentment a un pitjor coneixement de la diabetis, però amb poca evidència de l'associació entre l'alfabetització per a la salut i els processos o els resultats de l'atenció relacionada amb la diabetis.³⁰

En altres malalties cròniques, com les muscoloesquelètiques, Loke i els seus col·laboradors³¹ varen revisar l'impacte de l'alfabetització per a la salut en les malalties reumàtiques. Van incloure els estudis que mesuraven coneixements sobre la salut i sobre la relació entre els resultats i els nivells d'alfabetització per a la salut en pacients amb osteoporosi, artrosi o artritis reumatoide. Dels cinc estudis que van informar sobre els resultats muscoloesquelètics, només un va mostrar una associació entre la baixa alfabetització per a la salut i l'increment del dolor i les limitacions del funcionament físic. Altres investigacions d'aquesta revisió, incloent aquelles amb anàlisis multivariades, no van trobar cap relació significativa entre l'educació per a la salut i les puntuacions obtingudes en qüestionaris específics de dolor o malaltia. No obstant això, els autors destaquen que un assaig clínic inclòs en aquesta revisió va trobar millores a curt termini en la salut mental dels pacients amb trastorns muscoloesquelètics, després d'una intervenció per millorar l'alfabetització per a la salut. Segons els autors, les grans limitacions de la revisió van ser degudes al fet que gairebé tots els estudis tenien un disseny transversal, no essent possible així avaluar relacions de causalitat.³¹

En les malalties cardíaques, els estudis s'han centrat en la insuficiència cardíaca amb intervencions multifacètiques i recursos específics, utilitzant diferents instruments de mesura de l'alfabetització per a la salut i fent difícil la comparació entre estudis.³² No obstant això, s'han observat associacions entre l'alfabetització per a la salut i la salut també en aquestes malalties, per exemple, en un assaig clínic fet als Estats Units amb 314 pacients amb insuficiència cardíaca, que tenia l'objectiu d'avaluar l'efecte de l'alfabetització per a la salut sobre l'adherència al

tractament en el context d'una intervenció farmacèutica. Els pacients que tenien nivells adequats d'alfabetització per a la salut varen mostrar una millor adherència millor als fàrmacs cardiovasculars que aquells amb nivells insuficients, tot i que només es va observar una dada estadísticament significativa en el grup de control (grup amb un seguiment habitual per part de l'atenció primària) respecte el grup intervenció (educació del pacient, monitorització terapèutica i comunicació amb els proveïdors d'atenció primària),³³ uns resultats similars als obtinguts en d'altres estudis pel que fa a la relació poc sòlida entre la *health literacy* i l'adherència al tractament en malalties cardíques o diabetis.³⁴

Diversos estudis suggereixen que l'alfabetització per a la salut podria tenir un paper important en el manteniment o la millora de la salut, i que podria ser un predictor inexplorat de les disparitats de salut. En aquest sentit, Speros³⁵ manifesta que les infermeres i els infermers haurien d'avaluar el nivell d'alfabetització per a la salut al principi de qualsevol trobada amb el pacient, tal com n'avaluen els antecedents clínics, l'estat físic i mental, etc., amb l'objectiu d'adaptar-ne el pla d'atenció i les recomanacions. Segons aquesta autora, és essencial aclarir el concepte perquè els professionals de la salut puguin avaluar amb més precisió l'alfabetització dels seus clients, i identificar aquells en situació de risc per tal de reconèixer els pacients que tinguin dificultats amb la comprensió de les recomanacions per a la salut, considerant que a vegades els nivells d'educació mantenen poca relació amb els nivells d'alfabetització per a la salut.³⁵ Les claus per a l'alfabetització d'un client es relacionen amb fets observables, com ara l'adherència als tractaments. **Diversos autors apunten algunes recomanacions generals per augmentar la probabilitat de comprensió entre les persones en risc, com utilitzar sempre un llenguatge senzill, evitar tecnicismes, limitar la quantitat d'informació transmesa en qualsevol trobada, demanar als clients quina informació essencial recorden i crear un ambient terapèutic, considerant que molts pacients amb un baix nivell d'alfabetització no es reconeixen fàcilment.**^{35,36}

Conclusions

L'interès al voltant de l'alfabetització per a la salut ha augmentat considerablement les últimes dues dècades, essent un terme constantment definint i estudiat arreu del món, però encara poc incorporat a la pràctica en el nostre entorn. S'ha estudiat que les persones amb nivells deficients d'alfabetització per a la salut refereixen un pitjor estat de salut, i tenen menys coneixements sobre les seves condicions de salut i els tractaments. Actualment, el treball en alfabetització per a la salut es configura com un objectiu estratègic dels programes de salut pública dels sistemes de salut dels diferents països del món, atès el potencial impacte que pot tenir sobre la salut de la població i el seu baix cost, en comparació amb els programes preventius, curatius i de rehabilitació, que requereixen més dedicació i l'ús de més recursos.

Bibliografia

1. UNESCO. Declaración mundial sobre educación para todos: Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje [Internet]. Jomtien: UNESCO; 1990 [citad 2 febrer 2012]. Disponible a: http://www.unesco.org/education/efa/wef_2000/index.shtml
2. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health* 2005; 96: S62-77.
3. Kickbusch IS. Health Literacy: Addressing the Health and Education divide. *Health Promot Int.* 2001; 16(3):289-97.
4. UNESCO. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo [Internet]. París: UNESCO; 2008 [citad 2 febrer 2012]. Disponible a: www.unesco.org
5. Viñao A. La alfabetización en España: un proceso cambiante de un mundo multiforme. A: Moreno Martínez PL, Navarro García C. (coord.) *Perspectivas históricas de la educación de personas adultas* [Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2009 [citad 7 abril 2013]. Disponible a: http://www.usal.es/efora/efora_03/articulos_efora_03/n3_01_vinao.pdf
6. Institut d'Estadística de Catalunya. Nivell d'instrucció de la població [Internet]. Barcelona: IDESCAT; 2013 [citad 7 abril 2013]. Disponible a: <http://www.idescat.cat>
7. House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The Social Stratification of Aging and Health. *J Health Soc Behav.* 1994; 35(3):213-34.
8. Simonds SK. Health education as a social policy. *Health Education Monograph.* 1974; 2:1-25.
9. Paasche-Orlow MK, McCaffery K, Wolf MS. Bridging the International Divide for Health Literacy Research. *Patient Educ Couns.* 2009; 75(3):293-294.
10. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3):259-267.
11. Nutbeam D. Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). *Health Promotion Journal* 1986; 1:113-127.
12. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Madrid: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud / Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
13. Bartoli P. Antropología en la educación sanitaria. *Trabajo social y salud* 2000; 35:173-181.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
15. Baker DW. The meaning and measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):878-883.
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008; 67(12):2072-2078.

17. Rudd RE. Health literacy skills of US adults. *Am J Health Behav.* 2007; 31(suppl.1):8-18.
18. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005; 20(2):195-203.
19. Lindström B, Eriksson M. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scand J Public Health.* 2011; 39(suppl.6):85-92.
20. Antonovsky A. *Unravelling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1988.
21. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(5):376-81.
22. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 2013; 13:179.
23. Baker D, Parker R, William M, Clark W. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* 1998; 13:791-8.
24. Laramee AS, Morris N, Littenber B. Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:98.
25. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 2007; 167:1503-1509.
26. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012; 344:e1602.
27. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(12):1228-39.
28. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, *et al.* Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288(4):475-82.
29. Janisse HC, Naar-King S, Ellis D. Brief report: parent's health literacy among high-risk adolescents with insulin dependent diabetes. *J Pediatr Psychol.* 2010; 35(4):436-40.
30. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(3):444-52.
31. Loke YK, Hinz I, Wang X, Rowlands G, Scott D, Salter C. Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease: systematic review. *PLoS One* 2012; 7(7):e40210.
32. Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramee AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, *et al.* Health literacy and the patient with heart failure: implications for patient care and research: a consensus statement of the heart failure society of America. *J Card Fail.* 2010; 16(1):9-16.

33. Noureldin M, Plake KS, Morrow DG, Tu W, Wu J, Murray MD. Effect of health literacy on drug adherence in patients with heart failure. *Pharmacotherapy* 2012; 32(9):819-26.
34. Loke YK, Hinz I, Wang X, Salter C. Systematic review of consistency between adherence to cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults. *Ann Pharmacother.* 2012; 46(6):863-72.
35. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005; 50(6):633-640.
36. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:319.

Taula 1.1 Alfabetització per a la salut. Definicions més conegudes 1995-2012*

<p>Williams, <i>et al.</i>, 1995</p> <p>Williams MV, Parker RM, Baker DW, <i>et al.</i> Inadequate functional health literacy among patient at two public hospitals. <i>JAMA</i> 1995; 274:1677-1682.</p>	<p>«The ability to perform health-related tasks requiring reading and computational skills».</p> <p>«La capacitat de dur a terme tasques relacionades amb la salut que requereixen habilitats de lectura i de computació».</p>
<p>WHO, 1998</p> <p>Citat per: Nutbeam D. Health promotion glossary. <i>Health Promot Int.</i> 1998; 13:349-364.</p>	<p>«The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways that promote and maintain good health».</p> <p>«Les habilitats cognitives i socials que determinen la motivació i la capacitat de les persones a accedir a, entendre i fer servir informació per promoure i mantenir la bona salut».</p>
<p>American Medical Association's, 1999</p> <p>American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Health literacy: report of Council on Scientific Affairs. <i>JAMA</i> 1999; 281:552-557.</p>	<p>«A constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numeral tasks required to function in the healthcare environment».</p> <p>«Una constel·lació d'habilitats, incloent la capacitat de realitzar tasques bàsiques de lectura i càlcul que es necessiten per funcionar en l'entorn de serveis de la salut».</p>
<p>Nutbeam, 2000</p> <p>Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. <i>Health Promot Int.</i> 2000; 15(3):259-267.</p>	<p>«The personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health».</p> <p>«Les habilitats personals, cognitives i socials que determinen la capacitat de les persones a accedir, a entendre i fer servir informació per promoure i mantenir la bona salut».</p>

<p>Center for Health Care Strategies Inc., 2000</p> <p>Citat per: Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot Int. 2001; 16(3):289-97.</p>	<p>«The ability to read, understand, and act on health care information».</p> <p>«La capacitat de llegir, comprendre i actuar sobre la informació envers l'atenció sanitària».</p>
<p>US Department of Health and Human Services, 2000</p> <p>US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health / Objectives for improving health. 2a ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.</p>	<p>«The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions».</p> <p>«El grau amb què les persones tenen la capacitat d'aconseguir, processar i entendre la informació sobre la salut i serveis bàsics que es necessiten per prendre decisions adequades respecte la salut».</p>
<p>Institute of Medicine, 2004</p> <p>Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies; 2004.</p>	<p>«The individuals' capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions».</p> <p>«La capacitat de les persones de rebre, processar i entendre la informació sobre salut i serveis bàsics que es necessiten per prendre decisions adequades respecte la salut».</p>
<p>Joint Committee on National Health Education Standards, 2005</p> <p>Joint Committee on National Health Education Standards. National health education standards: achieving health literacy. Kent: American School Health Association; 2005.</p>	<p>«The capacity of individuals to obtain, interpret, and understand basic health information and services and the competence to use such information and services in ways which enhance health».</p> <p>«La capacitat de les persones d'aconseguir, interpretar i entendre la informació sobre salut i serveis bàsics, i l'habilitat de fer servir aquesta informació i aquests serveis per promoure la salut».</p>
<p>Kickbusch, <i>et al.</i>, 2005</p> <p>Kickbusch I, Wait S, Maag D, Banks I. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future / International Longevity Centre-UK; 2006.</p>	<p>«The ability to make sound health decision(s) in the context of everyday life at home, in the community, at the workplace, the healthcare system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility».</p> <p>«La capacitat de prendre decisions encertades en el context de la vida diària —a casa, en la comunitat, el centre de treball, dins del sistema sanitari, al mercat i als àmbits polítics. És una estratègia crítica de potenciació per incrementar el control de les persones sobre la seva salut, la seva capacitat de buscar informació i la seva capacitat d'assumir responsabilitat».</p>

<p>Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2003, 2005, 2006</p> <p>Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a definition of health literacy: a commentary. <i>J Health Commun.</i> 2003; 8(3):119-120.</p> <p>Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. <i>Health Promot Int.</i> 2005; 20(2):195-203.</p> <p>Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2006.</p>	<p>«The wide range of skills and competencies that people develop to seek out, comprehend, evaluate and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks and increase quality of life».</p> <p>«L'ampli ventall d'habilitats i competències que les persones desenvolupen per buscar, entendre, avaluar i fer servir la informació sobre la salut i els conceptes associats per prendre decisions informades, reduir els riscos per a la salut i incrementar la qualitat de vida».</p>
<p>Paasche-Orlow, Wolf, 2006</p> <p>Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. <i>Am J Health Behav.</i> 2007; 31(suppl. 1):19-26.</p>	<p>«An individual's possession of requisite skills for making health-related decisions, which means that health literacy must always be examined in the context of the specific tasks that need to be accomplished. The importance of a contextual appreciation of health literacy must be underscored».</p> <p>«La possessió per part de les persones de les habilitats necessàries per prendre decisions relacionades amb la salut, quelcom que significa que l'alfabetització per a la salut s'ha d'examinar sempre en el context de les tasques específiques que cal complir. S'ha d'emfatitzar la importància de l'apreciació contextual de l'alfabetització per a la salut».</p>
<p>EU, 2007</p> <p>European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. <i>Com.</i> 2007: 630.</p>	<p>«The ability to read, filter and understand health information in order to form sound judgments».</p> <p>«L'habilitat de llegir, filtrar i entendre informació sobre la salut per prendre decisions encertades».</p>
<p>Pavlekovic, 2008</p> <p>Pavlekovic G. In health literacy: programmes for training on research in public health for South Eastern Europe. [S. l.]: Pavlekovic; 2008.</p>	<p>«The capacity to obtain, interpret and understand basic health information and services and the competence to use such information to enhance health».</p> <p>«La capacitat d'obtenir, interpretar i entendre la informació sobre salut i serveis bàsics, i la competència per fer servir aquesta informació per realçar la salut».</p>
<p>Rootman, Gordon-El-Bihbety, 2008</p> <p>Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A vision for a health literate. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008.</p>	<p>«The ability to access, understand, evaluate and communicate information as a way to promote, maintain and improve health in a variety of settings across the life course».</p> <p>«La capacitat d'accedir, entendre, avaluar i comunicar informació com a manera de promoure, mantenir i millorar la salut en diverses circumstàncies al llarg de la vida».</p>

<p>Ishikawa, Yano, 2008</p> <p>Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. <i>Health Expect.</i> 2008; 11(2):113-122.</p>	<p>«The knowledge, skills and abilities that pertain to interactions with the healthcare system».</p> <p>«Els coneixements, les habilitats i les capacitats que pertanyen a les interaccions amb el sistema sanitari».</p>
<p>Mancuso, 2008</p> <p>Mancuso JM. Health literacy: a concept / dimensional analysis. <i>Nurs Health Sci.</i> 2008; 10:248-255.</p>	<p>«A process that evolves over one's lifetime and encompasses the attributes of capacity, comprehension, and communication. The attributes of health literacy are integrated within and preceded by the skills, strategies, and abilities embedded within the competencies needed to attain health literacy».</p> <p>«Un procés que evoluciona al llarg de la vida i que engloba les atribucions de capacitat, comprensió i comunicació. Les atribucions de l'alfabetització per a la salut s'integren i són precedides per les habilitats, les estratègies o les capacitats que es troben en les competències que calen per assolir l'alfabetització per a la salut».</p>
<p>Australian Bureau of Statistics, 2008</p> <p>Australian Bureau of Statistics. In adult literacy and life skills survey. Summary results. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2008; vol. 88.</p>	<p>«The knowledge and skills required to understand and use information relating to health issues such as drugs and alcohol, disease prevention and treatment, safety and accident prevention, first aid, emergencies, and staying healthy».</p> <p>«Els coneixements i les habilitats que es necessiten per entendre i fer servir informació relacionada amb temes de salut, com la droga i l'alcohol, la prevenció i el tractament de les malalties, la seguretat i la prevenció dels accidents, els primers auxilis, les emergències i el manteniment de la salut».</p>
<p>Yost, <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen / La Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. <i>Patient Educ Couns.</i> 2009; 75(3):295-301.</p>	<p>«The degree to which individuals have the capacity to read and comprehend health-related print material, identify and interpret information presented in graphical format (charts, graphs and tables), and perform arithmetic operations in order to make appropriate health and care decisions».</p> <p>«El grau amb què les persones tenen la capacitat de llegir i entendre la informació sobre la salut impresa, identificar i interpretar informació presentada de forma gràfica (figures, gràfiques i taules), i fer operacions aritmètiques per tal de prendre decisions apropiades respecte la salut i l'atenció mèdica».</p>

<p>Adams, <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, <i>et al.</i> Health literacy. A new concept for general practice? <i>Aust Fam Physician</i> 2009; 38(3):144-147.</p>	<p>«The ability to understand and interpret the meaning of health information in written, spoken or digital form and how this motivates people to embrace or disregard actions relating to health».</p> <p>«La capacitat d'entendre i interpretar informació sobre la salut presentada de forma escrita, oral o digital, i com això motiva les persones a adoptar o descartar accions relacionades amb la salut».</p>
<p>Adkins, <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Adkins NR, Corus C. Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace. <i>J Consum Aff.</i> 2009; 43(2):199-222.</p>	<p>«The ability to derive meaning from different forms of communication by using a variety of skills to accomplish health-related objectives».</p> <p>«La capacitat de treure sentit de les formes diferents de comunicació fent servir diverses habilitats per assolir objectius relacionats amb la salut».</p>
<p>Freedman, <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. <i>Am J Prev Med.</i> 2009; 36(5):446-451.</p>	<p>«The degree to which individuals and groups can obtain process, understand, evaluate, and act upon information needed to make public health decisions that benefit the community».</p> <p>«El grau amb què les persones i els grups poden processar, entendre, avaluar i actuar en conseqüència amb la informació que es necessita per prendre decisions sobre la sanitat pública que beneficien la comunitat».</p>
<p>Sørensen, <i>et al.</i>, 2012</p> <p>Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, <i>et al.</i> Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. <i>BMC Public Health</i> 2012; 12:80.</p>	<p>«Health literacy is closely linked to literacy and entails the knowledge, motivation and competency to access, understand, appraise and apply health information to form judgment and take decisions in terms of healthcare, disease prevention and health promotion in terms of maintaining and promoting quality of life throughout the course of life».</p> <p>«L'alfabetització per a la salut està relacionada amb l'alfabetització de les persones i implica coneixements, motivació i competències per accedir, entendre, avaluar i aplicar la informació sobre salut amb la finalitat d'arribar a tenir una opinió motivada i prendre decisions respecte la salut, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, per mantenir i promoure la qualitat de vida al llarg de tota la vida».</p>

**Taula modificada, ampliada i traduïda a partir de Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80.*

CAPÍTOL II

COM ES MESURA L'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT?

MAGDA GONZÁLEZ SORIANO
MERCÈ SERRA GALCERÁN

Resum

La relació entre l'alfabetització (*literacy*) i la salut ha estat motiu d'interès per als investigadors en les últimes dècades, com ja s'ha esmentat prèviament en aquesta guia. Es presenten els resultats d'una revisió bibliogràfica sobre els instruments de mesura de l'alfabetització per a la salut disponibles a la base de dades *Medline-PubMed*, comentant els més importants per aplicar-los a l'àmbit sanitari. S'han analitzat els seus avantatges i les seves limitacions, les característiques psicomètriques, la validesa i la fiabilitat, entre d'altres aspectes, podent concloure que les escales de mesura de l'alfabetització per a la salut han demostrat una forta associació existent entre el nivell d'educació aconseguit i la salut. Al final del capítol es mostren alguns dels instruments, com el SALHSA, en versió reduïda en espanyol, i l'instrument e-HEALS, en anglès.

Introducció

La relació entre la *literacy* i la salut ha estat motiu d'interès per als investigadors en les últimes dècades.¹ En aquest capítol s'utilitzen els termes *health literacy* (HL) o alfabetització per a la salut indistintament, com a la resta de la guia. A partir de la dècada dels 90, van sorgir diferents qüestionaris, enquestes i escales de mesura amb la finalitat de poder estudiar de manera objectiva l'HL en les poblacions.² Després de fer una revisió bibliogràfica sobre els instruments de mesura de HL disponibles a la base de dades *Medline-PubMed*, sense límits de data ni de disseny, s'ha fet una selecció i es comenten aquells que s'han considerat més importants per aplicar a l'àmbit sanitari. S'analitzen els seus avantatges i les seves limitacions, les característiques psicomètriques, la validesa i la fiabilitat, entre altres aspectes.

Els resultats de les escales de mesura de HL han demostrat una forta associació existent entre el nivell d'educació aconseguit (secundària, estudis de grau, etc.) i la salut (mesurada en termes d'estat de salut, morbiditat i mortalitat).¹

La *literacy* va ser definida per Kirsch i Jungeblut l'any 1986³ com un *continuum* d'un complex d'habilitats integrades que els adults utilitzen per processar informació oral i escrita en diferents contextos. Posteriorment, es va veure la necessitat de relacionar-la amb la salut, sorgint el concepte *health literacy*.

Existeixen diferents instruments de mesura de l'alfabetització per a la salut. Aquests instruments segueixen dos models: funcionals (la majoria d'ells) o predictius. Entre els models funcionals es troben els instruments REALM, TOFHLA, HALS i METER. Els models predictius van ser estudiats per Laurie T. Martin *et al.*, l'any 2009, quan va afirmar que existien pocs models predictius de HL.⁴ Els factors predictors que s'ha demostrat que tenen més influència sobre un baix nivell de HL són el nivell d'estudis, la pobresa, la immigració, el gènere, la llengua que es parla, etc. Els mateixos autors creuen que és millor utilitzar models multivariables.

Alguns dels instruments estan dissenyats per a àmbits concrets (hospitals, comunitats), així com per a poblacions concretes (adults, joves, de parla hispana, malalts hospitalitzats, etc.). Renkert i Nutbeam asseguren que és millor utilitzar diferents instruments per tal d'avaluar l'HL, en funció de les diferents edats i estats de la vida.⁵

Tots els instruments de mesura de HL trobats i que es presenten en aquest capítol han estat dissenyats als Estats Units. Pel que fa als idiomes, la majoria són en anglès; alguns d'ells han estat traduïts al castellà posteriorment (SALHSA, TOFHLA, NVS). No es té constància de l'existència d'instruments en altres llengües.

Instruments de mesura d'alfabetització per a la salut

A continuació, es descriuen els principals instruments de mesura de HL disponibles a partir de la revisió de la bibliografia. Es presenta una taula elaborada per Mancuso,⁶ en la qual s'hi fa una revisió dels instruments existents entre el 1991 i el 2006, que s'ha traduït i adaptat per a aquesta publicació (veure taula 2.1). També s'ha elaborat una taula amb els instruments publicats des del 2006 fins al 2012 (veure taula 2.2). Els avantatges i les limitacions de cadascun dels instruments revisats es mostren a la taula 2.3.

L'escala REALM (**R**apid **E**stimate of **A**dult **L**iteracy in **M**edicine) la va elaborar Davis *et al.*, l'any 1991.⁷ Es tracta d'un instrument per detectar d'una manera ràpida l'alfabetització per a la salut de pacients en els àmbits de l'atenció primària, l'educació sanitària i la recerca mèdica. És un test de reconeixement de 125 paraules que se'ls fa llegir en veu alta, entre les quals han de reconèixer paraules relacionades amb la salut per detectar persones amb un nivell baix d'alfabetització

per a la salut i classificar-les en diferents nivells. Es puntua al moment, a un dels quatre nivells. Tot el procés es pot dur a terme en un temps d'entre 3 i 5 minuts. La fiabilitat és molt bona (test-retest de 0,98). La validesa es va mesurar comparant-la amb els dos tests més importants de reconeixement de lectura, el SORT (Slosson Oral Reading Test) i el PIAT-R (Peabody Individual Achievement Test-Revised), essent-ne els resultats de $r = 0,95$ i $0,98$ respectivament (taula 2.1). L'any 1993, el mateix autor va desenvolupar una versió més curta del test (66 paraules), reduint així els temps de realització a un 1-2 minuts. La fiabilitat va ser també molt bona (test-retest de 0,99), mentre que la validesa va mostrar correlacions fortament positives entre el REALM, el SORT ($r = 0,96$) i el PIAT-R ($r = 0,97$) (taula 2.1).

Bass *et al.*,⁸ l'any 2003, va desenvolupar una versió abreujada del REALM, la REALM-R, que contenia només 8 paraules i que es pot fer en 1 o 2 minuts. La versió actual conté 11 paraules. En un estudi pilot practicat a 157 adults, va obtenir una fiabilitat de $\alpha = 0,91$ i una validesa de $r = 0,64$, comparant-lo amb el WRAT-R (taula 2.1).

Els tests REALM, la versió curta del mateix i el REALM-R tenen molts avantatges. Tots ells són ràpids i fàcils de fer i puntuar, i són ben acceptats pels pacients en àmbits sanitaris perquè els termes usats tenen relació amb la salut. Els dos primers són molt presents en la bibliografia. Els criteris de validesa mostren una correlació fortament positiva comparant-la amb els tests de reconeixement de lectura més reconeguts i utilitzats, com el SORT, el PIAT-R i el WRAT-R. No obstant això, les tres formes del REALM no avaluen la comprensió de les paraules per part dels pacients, sinó que mesuren únicament la seva capacitat de lectura. El REALM i la seva versió curta estan dissenyats per identificar pacients amb un nivell de lectura per sota del novè grau als Estats Units (escolarització fins als 13-14 anys), mentre que el REALM-R identifica les persones que tenen un nivell baix d'alfabetització per a la salut. Aquest últim test no s'ha provat en estudis pilot, la qual cosa seria necessària.⁶ Un altre inconvenient és que només està disponible la versió en anglès dels tres tests REALM. Es va intentar traduir a l'espanyol però no va tenir èxit a causa de l'estructura fonètica de la llengua.⁹

El TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) és un instrument dissenyat per Parker l'any 1995¹⁰ que mesura l'alfabetització per a la salut funcional. Concretament, l'habilitat del pacient per llegir textos i frases que inclouen xifres, utilitzant materials reals procedents de l'àmbit sanitari. El test consta de dues parts, i valora les capacitats del malalt per entendre pautes numèriques i la comprensió lectora, classificant-ho per nivells. El temps de realització és aproximadament de 22 minuts, i es puntua sumant els resultats de les dues parts en un rang entre l'1 i el 100. La fiabilitat va ser excel·lent, de $\alpha = 0,98$. La validesa va ser bona, comparant-lo amb el REALM ($r = 0,84$) i el WRAT-R ($r = 0,74$) (taula 2.1).

Existeix una versió del TOFHLA en espanyol (TOFHLA-S), adaptada per Parker *et al.*, l'any 1995. Els textos de comprensió lectora i les preguntes d'aritmètica es van traduir a l'espanyol, i de nou de l'espanyol a l'anglès. Es van corregir les discrepàncies, per consens, entre diverses persones bilingües i expertes

en alfabetització. No obstant això, no es va poder establir la validesa: no existien versions en espanyol del REALM i el WRAT-R (taula 2.1).

El TOFHLA es considera la prova o el criteri de referència (*gold standard*) dels instruments per mesurar l'alfabetització per a la salut, així com un dels més usats en recerca de HL. Els seus principals avantatges són l'alta fiabilitat i la validesa de la versió anglesa, la disponibilitat d'una versió en espanyol i d'una altra dirigida a persones amb problemes de visió, que serveix per avaluar tant les habilitats lectores com les numèriques, així com les habilitats de comprensió. Un altre avantatge és el fet que la lectura de textos permet classificar la comprensió lectora a diferents nivells.

Pel que fa a les limitacions, el temps de realització és llarg (22 minuts); la frustració que pot generar entre els participants dur a terme un test durant un temps cronometrat i que la versió en espanyol no estigui validada són les seves principals limitacions. Baker *et al.*,¹¹ va desenvolupar dues versions abreujades del test (breu i curta) l'any 1999, denominades de la mateixa manera: S-TOFHLA, que consten de 36 ítems i són administrades en un temps aproximat de 7 minuts.

El MART (Medical Achievement Reading Test). Com el REALM, és un test de reconeixement de paraules. El seu autor va ser Hanson-Divers, l'any 1997.¹² És un test de 42 paraules basat en el WRAT, test de lectura amb una alta fiabilitat i validesa, que s'utilitza per classificar les habilitats de lectura en diferents nivells. A diferència del REALM, el MART es va dissenyar pensant en persones amb dificultats per llegir l'instrument. Entre els continguts s'inclou vocabulari mèdic, etiquetes de fàrmacs, receptes i, fins i tot, envasos brillants que enlluernen i dificulten la lectura de les paraules.

Les dificultats permeten els pacients sentir-se menys violents per no ser capaços de llegir bé les paraules. Es va provar en una mostra de 405 pacients, d'una edat mitjana de 36 anys. La fiabilitat va ser excel·lent: $\alpha = 0,98$. La validesa va ser estudiada comparant-lo amb el WRAT, sense trobar-hi correlacions (taula 2.1). Els principals avantatges són: la seva fiabilitat, la rapidesa en contestar (de 3-5 minuts) i la seva aparença no amenaçadora. Pel que fa a les limitacions, avalua únicament el reconeixement de paraules d'una manera visual però no pas el seu significat; la grandària de la mostra va ser baixa i no es pot extrapolar a la resta de la població; la limitació més gran és l'assumpció del contingut i els criteris de validesa. Segons la nostra opinió, en el futur s'hauria d'establir correlacions amb altres instruments.

El NVS (Newest Vital Sign) va ser desenvolupat per Weiss *et al.*,¹³ l'any 2005. És un test de detecció ràpid i precís per a l'alfabetització limitada, disponible en anglès i espanyol. Consta de 6 preguntes i les respostes correctes es valoren amb un punt. Es va provar en una mostra de 500 participants adults (250 de parla anglesa i 250 de parla hispana). La fiabilitat de la versió en anglès va ser de $\alpha = 0,76$ i la validesa es va mesurar comparant-lo amb el TOFHLA, i va ser pobre: $r = 0,59$.

En la versió en espanyol, la fiabilitat va ser de $\alpha = 0,69$ i la validesa, respecte el TOFHLA, va ser inacceptable ($r = 0,49$) (taula 2.1). El major avantatge del

NVS és la seva rapidesa en fer-lo i la puntuació (3-5 minuts), i el fet que la seva sensibilitat sigui considerable, tant en la versió espanyola com en l'anglesa. Entre les limitacions, la falta de precisió dels descriptors i la reduïda grandària de la mostra, que no permet generalitzar els resultats. Es poden produir també errors de mala classificació en pacients amb un nivell adequat d'alfabetització per a la salut, mentre que l'especificitat pot sobreestimar el percentatge de pacients amb un nivell limitat d'alfabetització. En la versió espanyola, les propietats psicomètriques, la fiabilitat i la validesa no són tan bones com en la versió anglesa.

El SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults). Lee *et al.*¹⁴ va desenvolupar aquest instrument per investigar l'alfabetització per a la salut de la població de parla hispana l'any 2006. És un test de reconeixement de paraules, a partir dels 66 ítems del REALM, que incorpora un test de comprensió. És fàcil de fer. Les persones han de llegir en veu alta una llista de 50 termes mèdics i associar cadascun d'ells a una altra paraula de significat similar per demostrar el seu nivell de comprensió. El test també valora si la pronunciació de les paraules és correcta. Una puntuació per sota de 37 indica un nivell inadequat d'alfabetització per a la salut.

Es va testar en una mostra de 201 persones de parla hispana i 202 angloparlants. La inclusió d'aquests darrers es va fer per verificar el disseny de l'associació de paraules fent ús de la correlació entre la puntuació del REALM i del SAHLSA. Els criteris de validesa van mostrar una correlació de $r = 0,76$, la qual cosa indica que el disseny de les preguntes per a l'associació va ser adequat. La fiabilitat va ser excel·lent: $\alpha = 0,92$, i el test-retest = $0,86$. La validesa, en relació al TOFHLA-S, va ser dubtosa ($r = 0,65$) (taula 2.1).

Els avantatges del SAHLSA són el mínim entrenament requerit, la facilitat en la seva realització, la puntuació ràpida (3-6 minuts) i la seva elevada fiabilitat. La principal limitació n'és la validesa, la mostra va ser petita i principalment composta per dones. Com que és un test dirigit a la població de parla hispana resident als Estats Units, caldria adaptar l'instrument perquè fos entès per persones de diferents procedències. Padilla-Santoyo *et al.*,¹⁵ el 2008, van estudiar la validesa i la fiabilitat de l'instrument en població del Perú i van concloure que 8 dels 50 ítems de l'instrument s'havien de revisar, donat que els participants havien tingut alguns problemes amb la interpretació de les paraules. Una altra limitació és que el SAHLSA únicament avalua el reconeixement i la comprensió de paraules, però no els coneixements numèrics.

Instruments posteriors a la revisió de Macuso (2006)

L'escala HALS (Health Activities Literacy Scale)¹ estudia habilitats d'alfabetització relacionades amb la salut, classificant-les en nivells de baix (puntuació 1) a alt (puntuació 5). Consta de 191 ítems i està dirigida a població adulta. Té un enllaç amb la base de dades NALS, la qual cosa contribueix a donar-

li validesa i permet consultar característiques de la població com l'edat, el país de naixement, el sexe, l'ètnia, el nivell d'educació o l'estat de salut, entre d'altres (taula 2.2). És una escala de tipus funcional. Segons Nutbeam,¹⁶ l'escala HALS té avantatges comparant-la amb el TOFHLA o el REALM, doncs aquests només mesuren dominis selectius pensats com a indicadors de capacitats individuals totals.¹⁷ En canvi l'escala HALS, més recent, és un test més comprensible, que classifica les competències relacionades amb la salut en cinc dominis: promoció de la salut, protecció de la salut, prevenció de malalties, cures i manteniment de la salut, i sistemes de navegació; també estableix diferències entre tasques i habilitats de HL. Ha estat utilitzada amb èxit a diferents països (a banda dels Estats Units), com al Canadà, Austràlia i Suïssa.

L'instrument METER¹⁸ va ser dissenyat amb l'objectiu de validar un instrument ràpid per mesurar l'HL (taula 2.2). Es va provar el mètode en una mostra de 155 malalts, en una sala d'espera de cardiologia. S'avaluaven les paraules que reconeixien d'un llistat. Els resultats van mostrar una correlació entre l'HL i la salut mental i física. És útil per detectar malalts que necessiten més ajuda per entendre i utilitzar la informació sanitària. Els autors creuen que l'instrument podria ser vàlid també per a d'altres àmbits clínics, i afirmen que l'HL no es limita al coneixement del vocabulari, sinó que també està relacionada amb la capacitat d'adquirir, comprendre i utilitzar la informació sanitària.

e-HEALS (L'Escala Health Literacy Scale)¹⁹ es va publicar l'any 2006 amb els resultats obtinguts després de fer una escala electrònica per mesurar l'HL en una àmplia gamma de poblacions i contextos. Consta de 8 ítems i avalua coneixements, confort i destreses percebudes en el procés de cerca, avaluació i aplicació d'informació electrònica relacionada amb problemes de salut. Es tracta d'un autoinforme que pot ser proporcionat per un professional sanitari; es basa en la percepció individual de les pròpies habilitats i coneixements en cadascun dels dominis estudiats. L'instrument proporciona una valoració global de les habilitats del consumidor relacionades amb la salut, aporta informació útil per a les decisions clíniques i la planificació de la promoció de la salut amb persones o poblacions específiques. Es va desenvolupar al Canadà, en un entorn clínic, amb una mostra de 664 joves d'entre 13 i 21 anys, familiaritzats amb la tecnologia i els instruments. Els autors recomanen provar l'instrument en altres àmbits i poblacions.¹⁹ Hi ha limitacions en la fiabilitat del test-retest.

El SILS (Single Item Literacy Screener) és un instrument ideat per Nancy S. Morris,²⁰ per identificar els pacients que necessiten ajuda per llegir la informació relacionada amb la salut. La limitació en l'habilitat lectora és un dels factors importants de l'alfabetització per a la salut. Es va fer un estudi a la ciutat de Vermont (Estats Units), amb 999 persones diabètiques, seleccionades des de l'atenció primària. Van utilitzar el S-TOFHLA i el van modificar. Els autors ressalten l'evidència de l'associació entre la limitació de l'habilitat lectora i l'augment de la utilització dels serveis de salut, la poca freqüentació dels serveis preventius i els pobres resultats per a la salut en adults amb malalties cròniques.²⁰

El SILS és força útil per a la valoració de les habilitats lectores dels adults i permet als professionals determinar les necessitats addicionals d'aquests pacients. L'aplicació del SILS en l'àmbit clínic pot millorar els processos i els resultats de l'atenció en pacients crònics que tenen una limitada habilitat lectora.²⁰

PHLAT Spanish (El Health Literacy Activities Test)²¹ el van desenvolupar Yin *et al.*, l'any 2012, per avaluar l'alfabetització per a salut i les habilitats numèriques de pares de parla hispana amb nens de menys de 30 mesos, i verificar la seva validesa. L'estudi es va practicar en quatre centres d'atenció primària. El PHLAT consta de 10 ítems i es va passar juntament amb el S-TOFHLA i el WRAT-3 numèric, amb el propòsit de determinar-ne la seva correlació. També hi ha l'escala curta de 8 ítems (PHLAT-8) (veure taula 2.2). La correlació associada amb més anys d'educació és ($r = 0,49$), en comparació amb la del TOFHLA ($r = 0,53$), i WRAT-3 ($r = 0,55$) puntuacions ($P < 0,001$). La fiabilitat interna era bona (coeficient de fiabilitat Kuder-Richardson; KR-20 = 0,61). No es varen apreciar diferències significatives amb l'escala de 8 elements: ($r = 0,97$, $P < 0,001$), i amb una fiabilitat interna comparable (KR-20 = 0,64). El PHLAT espanyol ha demostrat ser un bon instrument per identificar els pares amb un baix nivell d'alfabetització per a la salut i beneficiar-se de la millora de la informació relacionada amb la salut dels seus fills.

Conclusions

És important conèixer el nivell de HL de les poblacions, identificar les comunitats més vulnerables per tal d'elaborar les estratègies adients en els entorns clínics adreçades a millorar el seu estat de salut. En aquest sentit, existeixen diferents instruments de mesura d'alfabetització per a la salut. En els últims anys se n'han elaborat molts de nous, la majoria d'ells en anglès i d'altres, pocs, en espanyol o traduïts a l'espanyol, amb els inconvenients culturals derivats d'una simple traducció no contextualitzada en un país concret. És convenient seguir utilitzant instruments de mesura de HL en diferents països i poblacions, per avaluar els nivells de HL així com per comprovar la fiabilitat i la validesa dels mateixos, aspecte necessari a partir de la literatura consultada. Cal també treballar en la validació de les escales en les llengües autòctones. Els models multivariables permeten estimacions més acurades de HL que els models únicament predictius.

Bibliografia

1. Rudd RE. Health literacy skills of US adults. *Am J Health Behav* 2007; 31:S8-S18.
2. Rudd RE, Moeykens B, Colton TC. Health and literacy: a review of medical and public health literature. A: Comings J, Garners B, Smith C. (ed.) *Annual review of adult learning and literacy*. New York: Jossey-Bass; 1999.

3. Kirsch IS, Jungeblut A. Young adult literacy assessment (YALS). A: Kirsch IS, Jungeblut A. Literacy: profiles of American's young adults [Internet]. Princeton, NJ: ETS; 1986. Disponible a: https://www.ets.org/research/policy_research_reports/publications/report/1986/aesy
4. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, *et al.* Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2009; 24(11):1211-1216.
5. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through ante-natal education: an exploratory study. *Health Prom Int.* 2001; 16:381-388.
6. Mancuso J. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci.* 2009; 11:77-89.
7. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, *et al.* Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med.* 1991; 23(6):433-435.
8. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A Shortened instrument for literacy screening. *J. Gen Intern. Med.* 2003; 18:1036-1038.
9. Nurss JR, Baker DW, Davis TC, Parker RM, Williams M. Difficulties in functional health literacy screening in Spanish-speaking adults. *Journal of Read.* 1995; 38:632-637.
10. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nuss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J.Gen. Intern. Med.* 1995; 10:537-541.
11. Baker DK, Williams MV, Parker RM, Gazmarerian JA, Nurss J. Development of brief test measure functional health literacy. *Patient Educ. Couns.* 1999; 33-42.
12. Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underseved* 1997; 8:56-69.
13. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* 2005; 3(6):514-22. Erratum in: *Ann Fam Med.* 2006; 4(1):83.
14. Lee SY, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Serv. Res.* 2006; 41:1392-1412.
15. Padilla-Santoyo P, Vílchez-Roman C. Propiedades psicométricas del cuestionario SAHLSA-50: prueba estandarizada para medir el conocimiento sobre la salud. *Rev Per Obst Enf.* 2008; 4(2):90-95.
16. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54:303-305.
17. Baker DW. The meaning and measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21:878-883.

18. Rawson KA, Gunstad J, Spitznagel MAB, Potter V, Waetcher D, Rosneck J. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(1):67-71.
19. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res.* 2006; 8(4):e27.
20. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract.* 2006; 7:21.
21. Yin HS, Sanders LM, Rothman RL, Mendelsohn AL, Dreyer BP, White RO, *et al.* Assessment of health literacy and numeracy among Spanish-speaking parents of young children: validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). *Acad Pediatr.* 2012; 12(1):68-74.

Annexos

SAHLSA (50 ítems)¹⁴

És una eina de valoració de l'alfabetització per a la salut validada, que conté 50 elements. Va ser dissenyada per avaluar l'habilitat de llegir d'un adult de parla castellana i entendre termes mèdics comuns. Està basada en l'instrument Rapid Estimates of Adult Literacy in Medicine (REALM), l'eina més utilitzada per avaluar l'alfabetització per a la salut en anglès.

Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50). The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50) is a validated health literacy assessment tool containing 50 items designed to assess a Spanish-speaking adult's ability to read and understand common medical terms. The SAHLSA was based on the Rapid Estimates of Adult Literacy in Medicine (REALM), known as the most easily administered tool for assessing health literacy in English.

Stem	Key or Distracter		
1. próstata	__glándula	__circulación	__no sé
2. empleo	__trabajo	__educación	__no sé
3. menstrual	__mensual	__diario	__no sé
4. gripe	__sano	__enfermo	__no sé
5. avisar	__medir	__decir	__no sé
6. comidas	__cena	__paseo	__no sé
7. alcoholismo	__adicción	__recreo	__no sé
8. grasa	__naranja	__manteca	__no sé
9. asma	__respirar	__piel	__no sé
10. cafeína	__energía	__agua	__no sé
11. osteoporosis	__hueso	__músculo	__no sé
12. depresión	__apetito	__sentimientos	__no sé
13. estreñimiento	__bloqueado	__suelto	__no sé

Stem	Key or Distracter		
14. embarazo	__parto	__niñez	__no sé
15. incesto	__familia	__vecinos	__no sé
16. pastilla	__tableta	__galleta	__no sé
17. testículo	__óvulo	__esperma	__no sé
18. rectal	__regadera	__inodoro	__no sé
19. ojo	__oír	__ver	__no sé
20. irritación	__rígido	__dolorido	__no sé
21. abnormal	__diferente	__similar	__no sé
22. estrés	__preocupación	__feliz	__no sé
23. aborto espontáneo	__pérdida	__matrimonio	__no sé
24. ictericia	__amarillo	__blanco	__no sé
25. papanicolaou	__prueba	__vacuna	__no sé
26. impétigo	__pelo	__piel	__no sé
27. indicado	__instrucción	__decisión	__no sé
28. ataque	__herida	__sano	__no sé
29. menopausia	__señoras	__niñas	__no sé
30. apéndice	__rascar	__dolor	__no sé
31. comportamiento	__pensamiento	__conducta	__no sé
32. nutrición	__saludable	__gaseosa	__no sé
33. diabetes	__azúcar	__sal	__no sé
34. sífilis	__anticonceptivo	__condón	__no sé
35. inflamatorio	__hinchazón	__sudor	__no sé
36. hemorroides	__venas	__corazón	__no sé
37. herpes	__aire	__sexo	__no sé
38. alérgico	__resistencia	__reacción	__no sé
39. riñón	__orina	__fiebre	__no sé
40. calorías	__alimentos	__vitaminas	__no sé
41. medicamento	__instrumento	__tratamiento	__no sé
42. anemia	__sangre	__nervio	__no sé
43. intestinos	__digestión	__sudor	__no sé
44. potasio	__mineral	__proteína	__no sé
45. colitis	__intestino	__vejiga	__no sé
46. obesidad	__peso	__altura	__no sé
47. hepatitis	__pulmón	__hígado	__no sé
48. vesícula biliar	__arteria	__órgano	__no sé
49. convulsiones	__mareado	__tranquilo	__no sé
50. artritis	__estómago	__articulación	__no sé

Instruccions per administrar l'escala SAHLSA-50¹⁴

Administration of the test could be facilitated by using laminated 4"×5" flash cards, with each card containing a medical term printed in boldface on the top and the two association words —i.e., the key and the distracter— at the bottom.

Directions to the Interviewer

1. *Before the test, the interviewer should say to the examinee: «Le voy a mostrar tarjetas con 3 palabras en ellas. Primero, me gustaría que usted lea la palabra arriba en voz alta. Entonces, yo leeré las dos palabras debajo a usted y me gustaría que usted me dijera cuál de las dos palabras es más similar a la palabra arriba. Si usted no sabe la respuesta, por favor diga, “no sé”. No adivine».*
2. *Show the examinee the first card.*
3. *The interviewer should say to the examinee: «Ahora, por favor, lea la palabra arriba en voz alta».*
4. *The interviewer should have a clipboard with a score sheet to record the examinee’s answers. The clipboard should be held such that the examinee cannot see or be distracted by the scoring procedure.*
5. *The interviewer will then read the key and distracter (the two words at the bottom of the card) and then say: «¿Cuál de las dos palabras es más similar a la palabra de arriba? Si usted no sabe la respuesta, por favor diga, “no sé”».*
6. *The interviewer may repeat the instructions so that the examinee feels comfortable with the procedure.*
7. *Continue the test with the rest of the cards.*
8. *A correct answer for each test item is determined by both correct pronunciation and accurate association. Each correct answer gets one point. Once the test is completed, the interviewer should tally the total points to generate the SAHLSA-50 score.*
9. *A score between 0 and 37 suggests the examinee has inadequate health literacy.*

eHealth Literacy Scale¹⁹

I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.

1. How useful do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Not useful at all	Not useful	Unsure	Useful	Very Useful

2. How important is it for you to be able to access health resources on the Internet?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Not important at all	Not important	Unsure	Important	Very important

3. *I know **what** health resources are available on the Internet*

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

4. *I know **where** to find helpful health resources on the Internet*

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

5. *I know **how** to find helpful health resources on the Internet*

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

6. *I know **how** to use the Internet to answer my questions about health*

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

7. *I know **how** to use **the health information** I find on the Internet to help me*

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

8. I have the skills I need to evaluate the health resources I find on the Internet

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

9. I can tell high quality health resources from low quality health resources on the Internet

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

10. I feel confident in using information from the Internet to make health decisions

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Undecided
4. Agree
5. Strongly Agree

Thank you!

Taula 2.1 Instruments de mesura d'alfabetització per a la salut (fins al 2006)

Instrument	Autor, et any	Propòsit	Àmbit	Disseny	Descripció	Validesa	Fiabilitat	Puntuació/ interpretació
REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	Davis, et al., 1991	Funcional.	Centres sanitaris, hospital, comunitat, atenció primària.	Test de reconeixement de paraules (lectura en veu alta i avaluació de la pronunciació).	Test 125 paraules.	Criteris: SORT: $r = 0,95$. PIAT-R: $r = 0,98$.	Test-retest: 0,98.	Classificació en 4 nivells de HL: entre 0 i 18 el més baix, i el més alt entre 61 i 66.
REALM versió reduïda	Davis, et al., 1993	Funcional.	Centres sanitaris, hospital, comunitat, atenció primària.	Test de reconeixement de lectura.	Test 66 paraules.	Criteris: SORT: $r = 0,96$. PIAT-R: $r = 0,97$. WRAT-R: $r = 0,88$.	Test-retest: 0,99.	Classificació en 4 nivells de HL: entre 0 i 18 el més baix, i el més alt entre 61 i 66.
TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)* Hi ha una versió en espanyol, una breu i una curta (s-TOFHLA), (només comprensió lectora)	Parker, et al., 1995	Funcional. Mesura habilitats dels pacients per realitzar tasques relacionades amb la salut que requereixen habilitats lectores i numèriques.	Sanitari.	Test cronometrat, 12' per a la comprensió lectora i 10' per a la secció numèrica.	50 ítems de comprensió lectora. 17 ítems d'habilitats numèriques Textos que s'utilitzen en hospitals.	REALM: $r = 0,84$. WRAT-R: $r = 0,74$.	Cronbach $\alpha = 0,98$.	0-59 (HL inadequada): incapacitat de llegir i interpretar textos de salut. 60-74 (HL marginal): dificultat per interpretar i llegir textos de salut. 75-100 (HL adequada): capacitat de llegir i interpretar la majoria de textos de salut.

Instrument	Autor, any	Propòsit	Àmbit	Disseny	Descripció	Validesa	Fiabilitat	Puntuació/ interpretació
SAHLSA (Short Assessment of HL for Spanish Speaking Adults)	Lee, <i>et al.</i> , 2006	Elaborar un test de HL fàcil d'usar, en espanyol.	Població de parla hispana.	Test basat en el reconeixement de terminologia mèdica.	Llistat de 50 paraules, 2 paraules associades a cadascuna d'elles.	<p>Criteris: TOFHLSA-S: $r = 0,65$.</p>	<p>Cronbach $\alpha = 0,92$.</p> <p>Test-retest: 0,86.</p> <p>Criteris validesa: TOFHLSA-S: $r = 0,65$.</p>	Entre 0 i 37: nivell inadequat de HL.
MART (Medical Achievement Reading Test)	Hanson-Divers, 1997	Test de terminologia per avaluar diferents nivells de lectura.	Sanitari.	Test basat en el reconeixement de terminologia mèdica.			<p>Cronbach $\alpha = 0,98$.</p>	
NVS (Newest Vital Sign) Versions en espanyol i anglès	Weiss, 2005	Instrument de detecció precoç de pacients amb un nivell baix de HL i de millora de les pràctiques de comunicació dels professionals.	Clinic.	Es fan preguntes als pacients sobre la informació d'una etiqueta de gelat.	Els pacients poden tenir la còpia de l'etiqueta i se'ls fa una sèrie de 6 preguntes sobre la informació que conté.	<p>Criteris: TOFHLSA: $r = 0,59$ (anglès). TOFHLSA: $r = 0,49$ (espanyol).</p>	<p>Cronbach $\alpha = 0,76$ (anglès).</p> <p>Cronbach $\alpha = 0,69$ (espanyol).</p>	<p>0-1: alta probabilitat de $\geq 50\%$ d'alfabetització limitada.</p> <p>2-3: possibilitat d'alfabetització limitada.</p> <p>4-6: alfabetització adequada.</p>

Modificada de Mancuso. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature, 2009.

Taula 2.2 Instruments de mesura d'alfabetització per a la salut. Període avaluat: del 2006 al 2012

Instrument	Autor, any	Propòsit	Àmbit	Disseny	Descripció	Validesa	Fiabilitat	Puntuació/ interpretació
eHEALS (escala electrònica de HL)	Norman, Skinner, 2006 (Canadà)	Provar l'avaluació psicomètrica en una població concreta.	Entorn clínic. Joves (13-21a.).	<i>Online</i> . Autoavaluació. 8 ítems.	Basat en model de Skinner de HL.		$r = 0,49$ a $0,68$. Coeficient <i>alpha</i> = $0,88$.	Veure taula 2.1.
METER (Medical Term Recognition Test)	Rawson, 2009	Mesurar l'HL d'una manera ràpida. Funcional	Clínic.			No consta.	No consta.	No consta.
HALS (Health Activities Literacy Scale)	Rudd, 2007	Mesurar la comprensió lectora. Funcional.	Població adulta.	Estudia i classifica les habilitats d'alfabetització relacionades amb la salut.	191 ítems classificats en 5 apartats d'activitats relacionades amb la salut.			Nivell baix (1). Nivell alt (5).

Instrument	Autor, any	Propòsit	Àmbit	Disseny	Descripció	Validesa	Fiabilitat	Puntuació/ interpretació
SILS (Single Item Literacy Screener)	Morris, <i>et al.</i> , 2006	Identificar les limitacions en l'habilitat lectora.	Atenció primària i hospitalària (pacients amb diabetis i amb insuficiència cardíaca).	Instrument senzill per identificar pacients amb dificultats per llegir informació sanitària.	Mesura la necessitat d'ajuda amb el material escrit d'informació sanitària; es mesura amb una escala de Likert, de mai (1) a sempre (5).	TOFHILA ($r = 0,91$). REALM ($r = 0,80$).	S-TOFHILA, bona consistència interna (Cronbach's $\alpha/p\alpha = 0,98$).	Categorització: Inadequat (0-16). Marginal (17-22). Adequat (23-36).
Health Literacy Activities Test (PHL/AT Spanish)	Shonna, <i>et al.</i> , 2012	Avaluar l'alfabetització de salut i les habilitats numèriques de pares de parla hispana amb menys de 30 mesos, i verificar la seva validesa.	Centres d'atenció primària.	10 ítems, i es va passar juntament amb (S-TOFHILA) i (WRAT-3 numèric).	Estudien 3 les àrees: nutrició/ creixement/desenvolupament, lesió/seguretat, cures preventives.	La correlació associada amb anys més grans d'educació ($r = 0,49$), en comparació amb la del TOFHILA ($r = 0,53$), i WRAT-3 ($r = 0,55$). Puntuacions ($p < 0,001$).	Fiabilitat interna bona (Kuder-Richardson, coeficient de fiabilitat: KR-20 = 0,61).	

Taula 2.3 Avantatges i limitacions dels principals instruments de mesura de l'alfabetització per a la salut

	REALM	TOFHLA	NVS	MART	SAHLSA
Avantatges	Ràpid. Fàcil de fer i de puntuar. Bona acceptació per part de la població. Validesa.	Alta fiabilitat i validesa. Disponibilitat de versió en espanyol i versió per a persones amb problemes de visió. Avaluació de habilitats lectores i numèriques. Classifica en diferents nivells de comprensió lectora.	Rapidesa en la realització i la puntuació (3'-5'). Sensibilitat de l'instrument.	Fiabilitat Ràpida de fer: (3'). Resultats en (3-5'). Aparença no amenaçadora.	Facilitat de realització. Puntuació ràpida (3'-6'). Elevada fiabilitat. Instrument en espanyol.
Limitacions	No avaluen la comprensió de les paraules, mesuren només la capacitat de saber llegir. Disponible només en castellà.	Temps llarg de realització (22'). Frustració dels participants relacionada amb el temps cronometrat. Versió en espanyol no validada.	Falta de precisió dels descriptors. La grandària de la mostra no permet generalitzar. Possibles errors de mala classificació. Propietats psicomètriques, fiabilitat i validesa de la versió en espanyol no són tan bones com en anglès.	Només mesura el reconeixement de paraules. Mostra petita, no extrapolable. Criteris de validesa. No es disposa d'estudis publicats.	Validesa. Mostra petita i no representativa. Seria desitjable adaptar l'instrument.

Elaboració pròpia, a partir del treball de Mancuso.⁶

CAPÍTOL III

ESTÀNDARDS I PRÀCTIQUES EN LA COMUNICACIÓ ORAL PER A LA SALUT

MÒNICA FERNÁNDEZ AGUILERA
MÒNICA NEGREDO ESTEBAN
NÚRIA BORRELL BRAU

Resum

L'ús d'un llenguatge planer, el fet d'apropar-se al context del pacient i l'escolta activa són algunes de les recomanacions que recull el present capítol. La bibliografia revisada aporta conclusions ben interessants: la millora de la comunicació entre pacients i professionals sanitaris repercuteix en la promoció i la protecció de la salut, la prevenció de malalties, una menor utilització dels serveis d'urgències i la reducció de reingressos hospitalaris. En definitiva, som davant d'una nova realitat en la qual sovint tenim pacients apoderats, és a dir, cada cop més conscients que és necessària la implicació en l'autocura. Per tant, els hem de fer coresponsables a l'hora de cuidar la seva salut, prevenir malalties i participar en el seu curs terapèutic per aconseguir un màxim benefici del sistema sanitari. En aquest sentit, la millora de la comunicació oral és una eina molt important.

Aquest capítol aporta tota una sèrie d'eines i indicacions que ja s'han posat en marxa i que han tingut bons resultats, així com una sèrie de recomanacions que es deriven de la recerca feta a través de bibliografia dels últims 20 anys en articles publicats als Estats Units, el Regne Unit, el Japó i Espanya. Les experiències ens diuen que la comunicació oral i la comunicació escrita van molt lligades. Hem de conèixer tant el nivell d'alfabetització dels nostres pacients com la seva comprensió lectora per poder adequar les converses i els continguts, i per assegurar-nos que els missatges s'entenen i s'apliquen. A més, la millora en l'alfabetització per a la salut requereix un abordatge a diferents nivells que millori tots els graus d'alfabetització per a la salut: la promoció de la salut, la protecció de la salut, la prevenció de malalties, l'atenció a la salut i els sistemes de navegació. Estem convençuts que és una tasca més complexa i que requereix de la implicació de molts més àmbits a banda del sanitari: l'educatiu, la indústria farmacèutica, els mitjans de comunicació, la representació dels col·lectius sanitaris i, òbviament, de l'àmbit polític.

Introducció

La gran quantitat de bibliografia existent confirma que la **millora de la comunicació entre pacients i professionals sanitaris repercuteix en la promoció i la protecció de la salut, la prevenció de malalties, una menor utilització dels serveis d'urgències i la reducció de reingressos hospitalaris**,^{1,2} especialment pel que fa a malalts crònics.

En un moment com l'actual, en què el 80% dels recursos de salut a Catalunya es destinen a malalts crònics i a Espanya prop de 20 milions de persones pateixen una malaltia crònica, creiem que és de vital importància fer una reflexió sobre el paper de la millora de la comunicació. Davant d'aquestes dades tan rellevants, és evident que cal implicar molt més els diferents agents que participen en la comunicació. En aquesta guia proposem noves línies d'actuació perquè el pacient sigui molt més protagonista i tingui un major control sobre les decisions i les accions que afecten la seva pròpia salut: parlem d'un pacient nou, el **pacient apoderat**.

El capítol fa una revisió bibliogràfica exhaustiva d'articles publicats sobre la *health literacy* (HL), especialment centrats en la comunicació oral a nivell internacional, entre el 1994 i el 2014. Hem analitzat articles publicats als Estats Units, el Regne Unit, el Japó i Espanya, amb experiències que confirmen que, per obtenir una comunicació efectiva, ens hem de basar: en l'intercanvi oral entre professionals sanitaris i persones ateses, i en la competència lectora dels pacients; per tant, articulant molt bé la comunicació oral i la comunicació escrita entre elles.

Els dos **estils de comunicació** predominants en els processos comunicatius entre professionals sanitaris i persones ateses són el **biomèdic**,³ que té com a protagonista el metge, i el **centrat en el pacient**,^{4,5} en el qual la persona atesa té un paper molt més actiu.⁶

Fins ara, als professionals sanitaris se'ls ha reconegut per les seves **competències professionals**: interpretar dades, resoldre problemes, participar en investigació, treballar en equip... tant ha estat l'èmfasi posat en aquestes, que les **competències socials**, entre elles la comunicació oral, no han estat gaire desenvolupades. Cal destacar que algunes professions sanitàries, entre elles la infermeria i el tècnic en cures auxiliars d'infermeria, sí que han desenvolupat programes de formació específica, tot i que encara quedi molt camí per recórrer.

Els **objectius** d'aquest capítol sobre estàndards i pràctiques en la comunicació oral per a la salut són diversos. D'una banda, presentem una sèrie d'**indicacions** que permetran assolir una comunicació oral més efectiva. De l'altra, proposem **eines de millora de la comunicació oral**, amb contingut per dur-la a terme en la pràctica diària. També presentem els resultats més destacats de les eines ja posades en marxa, perquè es pugui decidir quines triar en funció de cada necessitat.

Indicacions per aconseguir una comunicació oral efectiva

La relació clàssica metge-pacient ha entrat en crisi. La falta de reconeixement recíproc, en molts casos, ha fet que la medicina *cosifiqui* el pacient, el qual s'ha convertit en un mer receptor d'informació.⁷ Creiem que s'han de promoure actuacions que evitin el paternalisme que, sovint, fan servir els professionals sanitaris.⁸ Els pacients ben informats s'impliquen més en la seva cura. Tot i que s'ha de mantenir la distància terapèutica, s'ha de millorar el grau d'empatia.

En aquest sentit, la capacitat del professional d'adaptar-se als requeriments i les característiques de les persones ateses, així com la qualitat del tracte es relacionen amb una comunicació més eficaç. A més, els pacients defineixen la competència mèdica enllaçant els coneixements tècnics i les habilitats amb aspectes de relació referits a la comunicació i la informació.

Alguns del factors en la comunicació que allunyen el professional del pacient són l'ús i l'abús del llenguatge mèdic (com a mínim, s'utilitza un terme mèdic incompreensible per al pacient en el 85% de les visites); el nivell de llenguatge poc planer que dificulta la comprensió; la falta de personalització de la informació sobre la salut relativa al cas del pacient atès i la falta de promoció de diàlegs amb més interaccions entre metge i persona atesa. En definitiva, es recomana al professional: escoltar més i parlar menys.^{9,10}

Eines de millora de la comunicació oral

Segons Groene, només el 50% dels pacients ha formulat dubtes o altres preguntes específiques sobre el seu procés al seu metge.¹¹ És per aquest motiu que proposem algunes eines dirigides, bé al professional, bé al pacient apoderat, perquè aconseguixin una comunicació efectiva.

Tot i la poca bibliografia existent que doni a conèixer experiències d'èxit en comunicació oral, volem destacar d'entre totes elles el programa **Ask me 3 (AM3)**:¹² tres preguntes senzilles que promouen la relació entre professionals sanitaris i pacients. El programa ha estat desenvolupat per la *National Patient Safety Foundation* (Boston, Estats Units). D'una manera satisfactòria, aquest programa també s'ha posat en marxa com a prova pilot en diferents àrees bàsiques d'atenció a Barcelona.¹¹

Eines per al pacient

AM3 és una **proposta senzilla de 3 preguntes** que qualsevol pacient hauria de tenir previstes a l'hora de tenir una visita amb el seu metge o infermera. Les preguntes són:

- Quin és el meu problema principal?
- Què cal que faci?
- Per què fer-ho és important per a mi?

Aquest programa també repassa l'ús i l'abús de termes mèdics, conceptuals, per categoritzar o, fins i tot, que expressen un judici de valor per part del professional. La proposta és substituir aquesta terminologia per un llenguatge oral molt més entenedor per a una gran majoria dels pacients. Incloem alguns exemples:

Llenguatge mèdic que cal evitar	Vocabulari recomanat
Afecció	Malaltia, molèstia, problema de salut.
Benigne	Que no farà mal; no és càncer.
Condicció	Com se sent; problemes de salut.
Disfunció	Problema.
Inhibidor	Droga que deté alguna cosa dolenta per a vostè.
Intermitent	A vegades sí, a vegades no.
Lesió	Ferida; part infestada de la pell.
Oral	Per la boca.
Procediment	Quelcom que es fa per tractar un problema; operació.
Vertigen	Mareig.

Eines per als professionals

Enumerem algunes eines que poden fer servir els professionals sanitaris:

- Utilitzar els mètodes del *Teach back* i el *Showback* per poder valorar el grau de comprensió de la informació rebuda.¹³
- Informar el pacient mitjançant l'ajuda de text escrit, diagrames i esquemes acompanyats amb frases simples i al nivell de coneixement del llenguatge de la persona atesa.
- Remetre la persona a grups de suport de pacients crònics, perquè se senti en un entorn més còmode, i pugui fer les preguntes i resoldre els dubtes pendents. No hem d'oblidar que una de les causes que fan que la persona no ens pregunti és la vergonya a mostrar aquesta ignorància, sigui idiomàtica o de la terminologia emprada.
- Limitar les interrupcions d'altres professionals, de telèfons... durant la visita a la persona atesa.
- Donar tota la informació dosificada, dividint-la segons la capacitat de la persona d'assimilar-la.

Llistat de bones pràctiques

D'altra banda, des del Grup de Treball d'Alfabetització per a la Salut de la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut (HPH-Catalunya),¹⁴ es va desenvolupar un document pensat per a la millora de la comunicació oral entre professionals i pacients o persones ateses.

El document és una *checklist* dirigida als professionals sanitaris, que recull les bones pràctiques en comunicació oral, les quals s'haurien de perseguir per obtenir una comunicació efectiva.

Ítem	Justificació	Frase exemple
Preparació de l'entrevista	És important mirar l'historial dels pacients abans d'iniciar l'entrevista clínica. Els donarà molta seguretat el fet que es conegui la seva situació.	«Sra. X, en l'última visita...».
Benvinguda	Saludeu cordialment els pacients quan s'inicia el contacte. Mireu-los als ulls quan hi parleu. Se sentiran confortables, més segurs i còmodes. Opcionalment, doneu-los la mà a la benvinguda.	«Bon dia, sóc el Dr. X / la infermera Y». «Si us plau, segui i expliqui'm com s'ha trobat».
Inici de l'entrevista	Comenceu amb una pregunta oberta. No pressuposeu el motiu de la consulta. Avalueu altres motius possibles de consulta.	«En què la puc atendre?». «Quin és el motiu de la seva consulta?». «Hi ha algun altre motiu que desitgi explicar-me?».
Llenguatge no verbal	Proveu de sincronitzar amb el pacient mitjançant una postura relaxada, mireu l'interlocutor i somriueu quan sigui oportú. Proveu d'encomanar al pacient la vostra conducta no verbal de cordialitat, interès i respecte.	Feu servir l'ordinador en els moments imprescindibles, i mireu de fer sentir còmode el pacient: «Ara prendré alguna nota per a l'historial, però l'escolto».
Escolta activa i empatia	Deixeu que el pacient s'expressi sense presses i mireu d'acompanyar-lo en la seva reflexió, amb empatia. Proveu d'avaluar les seves idees, creences, preocupacions i expectatives. Expresseu comprensió amb frases empàtiques, sense emetre judicis, mentre valida les seves emocions.	«Expliqui'm...». «Continui, que l'escolto». «Com porta la seva situació?». «Què és el que més el preocupa?». «Entenc com se sent». «Qualsevol persona en la seva situació estaria (espantada, enfadada, trista...)».
Respecte	Imagineu com us agradaria que us tractessin: no tutegeu i no trivialitzeu, crideu el pacient pel seu nom, cregueu el pacient, respecteu la intimitat del pacient, no parleu com si el pacient no fos allà. Anuncieu i demaneu disculpes per les interrupcions, si no es poden evitar. Seieu correctament. No atengueu la visita dret ni ajagut a la cadira.	«Sra. X, disculpi'm, he de fer una trucada». Exemple negatiu de llenguatge no verbal: mirar el rellotge o el mòbil quan el pacient pregunta alguna cosa. «Perdoni, li he de comunicar una cosa a la infermera Y».

Ítem	Justificació	Frases exemple
Fase resolutiva de l'entrevista		
Explorar la perspectiva del pacient sobre el diagnòstic i el tractament	S'ha d'afavorir un clima de bidireccionalitat abans de proporcionar informació.	«M'agradaria que em donés la seva opinió sobre...». «Què en sap de la pressió arterial?».
Llenguatge i explicacions	Parleu a poc a poc. Expliqueu els termes clínics, ajusteu el llenguatge a les necessitats dels pacients. Feu dibuixos per acompanyar les explicacions. Els pacients us entendran millor.	Exemples de llenguatge planer: hipertensió arterial = pressió alta; diabetis = sucre a la sang; úlceres = hèrnia o nafra d'estómac; vertigen = mareig; intermitent = a vegades sí, a vegades no; intervenció = operació
Animeu els pacients a fer preguntes	Feu preguntes obertes. Tres preguntes importants per als pacients: 1. Quin és el meu problema? 2. Què he de fer? 3. Per què fer-ho és important per a mi?	«Moltes vegades tenim la tendència a fer servir un llenguatge complicat». «¿Quines preguntes o quins dubtes té?». «Abans de veure'ns la propera vegada, apunti preguntes o dubtes i porti'ls a la consulta».
Verifiqueu la comprensió	Feu servir la tècnica del <i>teachback</i> (ensenyeu-me).	«Em vull assegurar d'haver explicat bé el que ha de fer. Expliqui'm què és el que ha de fer/com s'ha de prendre la medicació». «Em pot mostrar com fa servir l'inhalador?».
Mostrar confiança	Demostreu que confieu en la capacitat del pacient d'aconseguir l'objectiu. Reforceu i premieu les seves fites, amb honestedat.	«Té tot el meu suport perquè es decideixi entre qualsevol de les dues opcions». «El felicito per tota la feina que ha fet».
Faciliteu la presa conjunta de decisions	Consensueu els objectius terapèutics. Arribeu a pactes.	«Quedem, doncs, d'acord que seguirà treballant sobre...». «Em sembla bé fer una analítica, però d'altra banda convé que no deixi el tractament».
Comproveu el nivell d'acord/satisfacció	Si hi ha dubtes o si el pacient mostra resistències.	«L'he entès bé?». «Llavors quedem així»
Preneu precaucions al final de l'entrevista	No assumiu riscos innecessaris.	«Si observa alguna cosa anòmala, no dubti a trucar-me». «Si les coses no van com era d'esperar, torni novament i en parlem».
Tancament de l'entrevista	Acomiadeu-vos del pacient quan s'acabi l'entrevista.	«Ens veiem de nou...».

Avaluació de les eines i les actuacions

Creiem oportú destacar que les poques eines d'avaluació que hem trobat tenen poc material de suport i estudi. El fet de ser comunicacions orals, sovint fa que s'hagin de gravar les converses per tenir material d'anàlisi. Com s'ha d'informar d'aquestes gravacions, en alguns casos els professionals i les persones ateses són més curoses amb el llenguatge, degut al fet que en són més conscients i, potser, fins i tot, es poden sentir condicionades a l'hora d'expressar-se. Tot i així, hem volgut destacar diversos estudis que hem considerat rellevants pel que fa als continguts.

Un estudi¹¹ va mesurar tres aspectes de les consultes mèdiques: 1) freqüència de les paraules (instrument SFI); 2) de les paraules de la llista anterior, s'agrupen les paraules amb una major freqüència determinades per l'instrument SFI i, finalment, 3) es mesuren específicament les paraules mèdiques. Un altre estudi fa una revisió bibliogràfica del tema, i conclou¹⁰ que la comunicació oral ha de contemplar, per a la seva anàlisi: 1) mesura de l'ús del llenguatge mèdic; 2) complexitat de les paraules comunes; 3) contextualització del llenguatge i, finalment, 4) característiques del diàleg.

En un altre estudi practicat amb pacients oncològics en tractament pal·liatiu que haguessin rebut com a mínim dos cicles de quimioteràpia,¹⁵ es valorava la visita després d'aquest segon cicle. Les variables tenien en compte les característiques dels pacients i, en la visita, s'analitzava: 1) procés (atenció verbal i orientació de la conversa); 2) part afectiva (parla social i apropament al problema); 3) contingut (aspectes mèdics i tècnics, activitats de la vida diària, funcionament emocional, dolor, cansament i altres símptomes).

Conclusions

Malgrat que hi ha una limitació important, perquè els estudis sobre eines de comunicació oral utilitzen diferents instruments en diferents contextos poblacionals que en fan difícil la replicació, podem arribar a algunes conclusions interessants:

1. Aspectes relacionals en l'àmbit de la comunicació terapèutica

Segons els resultats dels estudis,^{9, 15} els pacients defineixen la competència mèdica enllaçant l'habilitat i els coneixements tècnics amb aspectes relacionals: **comunicació, informació i tracte**. Cal tenir en compte que, davant de processos dolorosos, l'aspecte relacional té un importància cabdal ja que la recerca d'informació és l'estratègia més comuna per afrontar el dolor.

La capacitat del professional sanitari d'adaptar-se a les característiques del pacient, així com la qualitat i l'actitud en el tracte condicionen la satisfacció de la població atesa, quelcom que es relaciona amb una comunicació més eficaç en la consulta.

Aquests aspectes són fonamentals per definir les futures línies d'actuació i establir les bases d'una formació específica per als professionals sanitaris (àmbits de competències comunicatives i socials) durant tota la seva trajectòria professional.

2. Eines bàsiques per a una bona comunicació

Hi ha estudis^{10, 15} que ens proporcionen, als professionals, algunes recomanacions senzilles per millorar la comunicació amb els pacients: 1) utilitzar llenguatge planer i evitar el llenguatge tècnic i mèdic, perquè afavoreix la comprensió, permet el diàleg i disminueix la distància entre el professional i el pacient; 2) apropar-se al context del pacient. Un missatge despersonalitzat fa que el pacient no se senti representat; per tant, cal construir una connexió amb el pacient preguntant què vol saber i utilitzant-ho com a punt de partida de la relació terapèutica; 3) escolta activa. S'ha de deixar parlar el pacient i establir un diàleg que afavoreixi la interacció.

Des del punt de vista del pacient, cal potenciar mètodes que afavoreixin la comunicació, com el AM3, esmentat anteriorment.

Per assegurar la comunicació efectiva i centrar-la en el pacient, cal avaluar el nivell comunicatiu de la persona atesa i que aquesta valoració formi part de la documentació clínica, fàcilment visible per al professional. En aquest sentit, també es pot valorar la realització en una primera visita d'un breu test de comprensió que ajudi el professional sanitari a millorar la comunicació amb el pacient.

3. Orientació de la comunicació a l'apoderament (*empowerment*) del pacient

Un altre aspecte a tenir en compte és que el pacient actual té accés a la informació a través d'internet d'una manera senzilla; aquesta informació, però, moltes vegades és contradictòria i calen coneixements per poder-la filtrar. Davant d'aquest desplegament d'informació, la qüestió que es planteja és si els professionals estan preparats per afrontar aquesta situació i si estan disposats a fer el seu paper en un nou escenari, col·laborant en l'anomenat atorgament de poders (*empowerment*) al pacient. Sabem que un pacient ben informat coopera millor i és més responsable. Un pacient apoderat és un pacient coresponsable a l'hora de cuidar la seva pròpia salut, de prevenir la malaltia i participar en el curs terapèutic.

4. Abordatge global vers la millora de la *health literacy*

La millora de l'alfabetització per a la salut requereix un abordatge a diferents nivells, pluridisciplinari i multifactorial que millori tots els nivells d'alfabetització per a la salut: promoció de la salut, protecció de la salut, prevenció de malalties, atenció a la salut i sistemes de navegació. Per tot això és necessari un compromís per part de tots els sectors implicats: l'àmbit educatiu i sanitari, la indústria

farmacèutica i d'alimentació, els mitjans de comunicació, la representació dels col·lectius sanitaris i, és clar, d'aquells que tenen responsabilitats polítiques.

Les intervencions comunitàries són més efectives quan van acompanyades de mesures estructurals que facilitin i reforcin els canvis en les conductes.

Bibliografia

1. Helitzer D, Hollis C, Sanders M, Roybal S. Addressing the «other» health literacy competencies: knowledge, dispositions, and oral/aural communication: development of TALKDOC, an intervention assessment tool. *J Health Commun.* 2012; 17(suppl. 3):160-75.
2. Prieto M, Danet A, Escudero MJ, Ruiz A, Pérez O, García N. Definición de la competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(5):450-456.
3. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med.* 2004; 19(11):1069-79.
4. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9):796-804.
5. Berger M, Mühlhauser I. Diabetes care and patient-oriented outcomes. *JAMA* 1999; 281(18):1676-8.
6. Danet A, Escudero MJ, Prieto MA, March JC. Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos en el sistema sanitario público andaluz. *Revista de Comunicación y Salud* 2012; 2(2):63-77.
7. Calvo F, Costa AM, García-Conde J, Megía MJ. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. Octubre 2011 [citado 25 febrer 2014]; 85(5):459-468. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500005&lng=es
8. Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Atención al usuario* 2011; 24:16-22.
9. Roter DL. Oral literacy demand of health care communication: challenges and solutions. *Nurs Outlook* 2011; 59(2):79-84.
10. Koch-Weser S, Rudd RE, Dejong W. Quantifying word use to study health literacy in doctor-patient communication. *J Health Commun.* 2010; 15(6):590-602.
11. Groene R, Bolívar I, Brotons C. Impact, barriers and facilitators of the «Ask me 3» patient communication intervention in a primary care center in Barcelona, Spain: a mixed-methods analysis. *Int J Pers Cent Med* 2012; 2(4):853-861.

12. National Patient Safety Foundation [Internet]. Ask me 3 resources [citat 25 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/ask-me-3-resources/>
13. The Joint Commission [Internet]. What did the doctor say?: improving health literacy to protect patient safety [citat 25 febrer 2014]. Disponible a: http://www.jointcommission.org/What_Did_the_Doctor_Say/
14. Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut [Internet]. Grup de treball d'Alfabetització per a la Salut [citat 25 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.udg.edu/aer/HSPS/Grupsdetreball/HealthLiteracy/tabid/15493/language/ca-ES/Default.aspx>
15. Detmar SB, Muller MJ, Wever LD, Schornagel JH, Aaronson NK. The patient-physician relationship. Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: an observational study. *JAMA* 2001; 285(10):1351-7.

CAPÍTOL IV

ESTÀNDARDS I PRÀCTIQUES EN LA COMUNICACIÓ ESCRITA PER A LA SALUT

ANNA JIMÉNEZ SÁNCHEZ
JOANA RUIZ PASTOR

Resum

La informació relacionada amb temes de salut i el maneig de la mateixa per part dels pacients acostuma a tenir un nivell de complexitat mitjà o alt. Estudis recents demostren que la major part de la informació sanitària que s'edita és comprensible només per persones que han cursat estudis superiors, i que una bona comprensibilitat de la informació sanitària contribueix a una millor autocura de la pròpia malaltia, a prendre decisions informades sobre la pròpia salut, així com a tenir uns estils de vida saludables.

Produir informació clara, precisa i comprensible és essencial per obtenir millors resultats per a la salut. Amb aquest gran objectiu, determinem quins són aquells aspectes bàsics a tenir en compte en el procés d'elaboració de materials escrits per tal que siguin comprensibles per al màxim nombre de persones, independentment del seu grau d'educació, origen cultural, edat, religió i altres factors socioculturals o socioeconòmics que hi pugin incidir. Així doncs, per tal que un text que contingui informació sanitària sigui àmpliament comprensible, cal seguir sis grans principis: que tingui un contingut clar, específic i útil; que disposi d'una estructura organitzada; que estigui elaborat amb un estil senzill, directe i de lectura fàcil; que el to emprat sigui motivant i que mogui a l'acció; que inclogui elements de suport a la comprensió, i que incorpori sistemes de verificació i avaluació amb l'objectiu de continuar millorant fins arribar a un nivell de comprensibilitat òptim.

Introducció

L'objectiu de la comunicació escrita per a la salut és el d'esdevenir comprensible per al major nombre de persones, independentment del nivell formatiu o dels coneixements específics de salut que puguin tenir. Està demostrat que una bona comprensibilitat de la informació sanitària contribueix a una millor autocura i control de la pròpia malaltia, a prendre decisions informades sobre la pròpia salut, així com a tenir uns hàbits de vida saludables. Els darrers estudis demostren que hi ha una vinculació directa entre el baix nivell d'alfabetització i els mals resultats en salut, com un major risc d'ingrés hospitalari i un pitjor control de la pròpia malaltia.^{1,2,3,4}

La major part de la informació escrita sobre salut és comprensible només per persones amb estudis d'educació superior (nivell de batxillerat), i en el cas dels documents de consentiment informat, el grau de comprensibilitat es restringeix a persones amb títol universitari. Segons el darrer estudi de la National Assessment of Adult Literacy (NAAL), publicat l'any 2003 i que va avaluar les competències de la població adulta en *health literacy* segons la capacitat de recerca, la comprensió i l'ús de la informació continguda en revistes i fulletons, mapes i gràfics, i la capacitat de fer càlculs, es va concloure que entre el 30% i el 40% dels adults nord-americans tenen capacitat d'escriptura i lectura bàsiques o per sota del nivell bàsic; pel que fa a l'alfabetització quantitativa, el percentatge s'eleva al 55%.⁵

Pel que fa a l'alfabetització per a la salut i la comprensió de la informació sanitària, l'estudi va concloure que el 53% dels adults tenia un nivell mitjà d'alfabetització per a la salut, un 35% tenia habilitats baixes o molt baixes, i només un 12% eren considerats competents. També es va observar que les persones d'edat avançada, persones que viuen en situació de pobresa i el col·lectiu d'hispanics (que tenen l'anglès com a segona llengua) tenien una menor alfabetització per a la salut que el col·lectiu de dones i persones que disposaven d'una assegurança mèdica privada. En el cas de les persones amb menys habilitats bàsiques, la informació per a la salut es rebia principalment dels mitjans audiovisuals.⁵

La major part de la població té problemes per entendre correctament la informació escrita sobre salut. Amb les diferents polítiques de millora de l'alfabetització per a la salut es busca reduir el nivell de tecnicismes i complexitat de la informació per tal que sigui comprensible per a la majoria de la població, és a dir, per a persones que tinguin estudis bàsics (educació primària).

Hem de tenir present que, en algunes ocasions, els mateixos pacients «oculten» les seves incapacitats quan s'enfronten a informació sanitària en el marc de la consulta. És per això que cal proporcionar informació clara i comprensible, i alhora detectar quines són les barreres o les mancances que tenen els nostres pacients.⁶ Incompliments reiterats, qüestionaris sense acabar de completar i problemes de visió o audició ens poden posar en guàrdia.

Les recomanacions recollides en aquesta guia volen ser aplicables a materials escrits dirigits a qualsevol tipus d'audiència, sense considerar-ne els factors culturals, educatius i socioeconòmics.

En aquesta línia, es considera que, **per elaborar eficaçment una informació escrita sobre salut, cal seguir sis principis bàsics:**^{7,8,9}

1. Contingut: clar, específic i útil

La selecció del contingut i els objectius que ens proposem a l'hora d'elaborar un document escrit han de ser obvis i copsables des de la primera lectura.

La persona ha de saber quin és el contingut del document i per a què serveix d'un cop d'ull, i obtenir tota aquella informació que necessita.

2. Estructura organitzada

Cal agrupar, ordenar i destacar la informació més rellevant i necessària per tal que el pacient i la família puguin seguir instruccions clares d'autocura.

3. Estil senzill, directe i de fàcil lectura

L'ús d'un llenguatge planer i un estil de frases curtes i directes permet que la informació sigui comprensible per a un màxim nombre de persones, sense importar el nivell d'estudis que tinguin.

4. To positiu i motivant, que convidi a l'acció

Implicar el lector en la informació i moure'l a l'acció és clau en l'elaboració de informació sanitària.

5. Elements visuals de suport

Les imatges i altres elements visuals ajuden a entendre millor els textos, clarificant algunes explicacions que poden ser complexes.

6. Verificació i avaluació

Els pacients i els usuaris són una part essencial a tenir present en el moment d'elaborar i avaluar els materials escrits. Cal fer enquestes de comprovació que indiquin l'efectivitat dels materials i permetin introduir millores que incrementin la comprensió lectora.

En el transcurs del capítol desenvoluparem cadascun d'aquests principis, i proporcionarem exemples i eines útils de comprovació per assegurar la qualitat, la comprensibilitat i l'efectivitat dels nostres documents d'informació sobre salut.

1. Selecció del contingut: clar, específic i útil

La selecció del contingut i els objectius que ens proposem a l'hora d'elaborar un document escrit han de ser obvis i copsables des de la primera lectura.

La persona ha de poder saber quin és el contingut del document i per a què serveix, d'un cop d'ull, i obtenir tota aquella informació que necessita.

1.1 Poden els lectors conèixer d'un cop d'ull de què tracta el material?

Assegurar-se que l'objectiu del material és clar i obvi a primera vista. Explicitar quin és el contingut, a qui va dirigit i com utilitzar-lo.

Utilitzar títols i subtítols suficientment clars i atractius per connectar amb l'audiència desitjada, i no generar equívocs amb el contingut. Cal que el lector detecti d'entrada la utilitat i el valor del material per a la seva pròpia salut: ¿què és i per a què serveix?

1.2 La informació ha de ser interessant i necessària des del punt de vista de l'usuari

És important centrar-se en allò que més interessa que retingui el lector. S'ha de tenir present que cada persona té un nivell diferent de comprensió lectora, de coneixement expert i d'interès, i compromís amb la seva pròpia salut. Totes aquestes variables poden esdevenir barreres que cal intentar vèncer en el moment d'elaborar els materials.

Cal detectar quines són les necessitats d'informació del lector, què és allò que el lector sap i allò que necessita saber.

1.3 La informació ha de convidar a l'acció

La informació, per tal de ser eficaç, ha de moure a l'acció per generar un efecte beneficiós en la salut del lector. Per fer-ho, cal que l'objectiu sigui clar i que el lector s'identifiqui amb la informació, independentment de la cultura, el sexe o l'edat.

1.4 Limitar el nombre de missatges

Cal seleccionar i limitar la informació clau, rellevant i necessària a un nombre raonable de missatges. Massa informació pot distreure el lector i confondre'l a l'hora de saber quina és la informació essencial, de destriar-la d'aquella interessant o recomanable. S'ha de defugir d'allò que seria aconsellable o interessant saber, i limitar el contingut a la informació clau per a l'autocura i el control de la pròpia malaltia.

D'altra banda, s'ha d'evitar caure en una simplificació excessiva o eliminar exemples aclaridors que és possible que els lectors necessitin per acabar de copsar missatges complexos. En alguns casos, si el lector vol ampliar la informació o

aprofundir en el seu coneixement, es podria recórrer a altres suports: vídeos, informació *online* organitzada segons el nivell de profunditat i altres fonts.

S'aconsella un màxim de quatre missatges clau que moguin a l'acció en cada document.

1.5 Dades, taules i gràfics comprensibles

En nombroses ocasions, la informació sobre la salut requereix posseir coneixements bàsics de matemàtiques. Calcular les dosis de medicació necessàries en cada cas pot esdevenir una dificultat afegida per a moltes persones. Per tant, és especialment important que, en els casos en què es presenti informació amb taules d'equivalència de mesures, o constants i dosis de medicació, es mostri d'una manera clara i senzilla que faciliti la comprensió de les instruccions que donen els professionals a la consulta o a les pautes escrites en els informes mèdics.

1.6 Contingut actualitzat, font identificada i data de publicació

És important contextualitzar la informació que es dona. La informació mèdica evoluciona i s'actualitza ràpidament, i és per això que cal indicar qui és l'emissor de la informació i quan es publica.

2. Estructuració del contingut

Per a una lectura fàcil, cal establir com s'ordena el contingut i com es divideix per facilitar l'assimilació de conceptes. L'ús freqüent de titulars, subtítols, destacats, resums, llistes i enumeracions són una bona manera d'aconseguir-ho. Els encapçalaments han de ser específics, informatius i contenir informació agrupada, seqüencial i etiquetada.

2.1 Agrupar, ordenar i destacar

A fi d'evitar una sobrecàrrega d'informació, es recomana dividir el text en paràgrafs relativament curts, de manera que concentrin idees clares i concises.

L'ús de molts encapçalaments específics que recullin la idea principal de cada paràgraf facilita la lectura i ajuden a seguir el fil de la informació.

Si és possible, dedicar una pàgina per tema als fulletons.

En el cas d'utilitzar llistes per agrupar la informació, es recomana que no siguin gaire extenses i, en cas que ho siguin, agrupar els ítems per seccions en la mateixa llista.

L'espai en blanc és un element que facilita la lectura dels textos, permetent separar els continguts i oferint un aspecte amable i agradable a la lectura.

3. L'estil

El to, les paraules i l'estructura gramatical emprats són elements que incideixen en la vinculació del lector amb la informació, com també en la comprensibilitat de la informació. Les recomanacions següents ajuden a incrementar la comprensió dels missatges que volem transmetre al màxim nombre de lectors.

3.1 *Veü activa i directa*

L'ús del llenguatge de conversa ajuda a apropar el lector a la informació que li facilitem, gràcies a l'ús del «vostè» i el «nosaltres».

3.2 *Frases curtes i simples*

L'acumulació de molta informació en una mateixa frase dificulta la comprensió lectora. Per aquest motiu, s'aconsella **limitar el nombre de paraules en cada oració**. Es desaconsella emprar paràgrafs amb una sola frase.

L'ordre dels elements de la frase ha de respondre a l'ordre lògic (subjecte + verb + predicat), intentant evitar l'ús de frases subordinades.

S'ha de vetllar per una correcta cohesió del text, utilitzant connectors que permetin seguir la progressió de les idees o els conceptes exposats.

3.3 *Llenguatge planer*

Per arribar a un nombre màxim d'audiència **cal mantenir un vocabulari precís i senzill alhora**. Sempre que es pugui, es recomana emprar el terme més curt i més simple.

Exemples:

proveir → donar

hipertensió → pressió arterial alta

assistència → ajuda

En el cas que s'hagi d'emprar necessàriament vocabulari tècnic, és imprescindible incloure les definicions pertinents i, fins i tot, exemples familiars que ajudin a la interpretació del terme. El mateix passa amb les sigles, els acrònims i les abreviacions.

S'ha de tenir present la necessitat de simplificar el llenguatge legal sempre que es pugui, malgrat les dificultats que això representa. Els consentiments informats i altres documents haurien de ser comprensibles per a tots els usuaris.

El llenguatge també ha de ser, des del punt de vista cultural, adequat i respectuós amb tothom. Les persones sempre van davant de la malaltia o la discapacitat que pateixen.

Evitar l'argot, tant el mèdic com el col·loquial. S'ha de vigilar a l'hora d'utilitzar símbols, per tal que no interfereixin en la comprensió de la informació facilitada.

Exemples:

Una diabètica → Una dona amb diabetis o que pateix diabetis

Una discapacitat → Un home amb discapacitat o que té una discapacitat

3.4 Missatges directes, específics i concrets

Per aconseguir que el missatge arribi d'una manera clara, cal ser concrets i anar directament al moll de la informació, sense preàmbuls o introduccions excessivament llargues. D'aquesta manera es manté l'atenció del lector i es facilita la interpretació adequada de la informació.

4. Comprometre, motivar i donar suport

4.1 To positiu i amistós

El lector es mostra més receptiu davant de missatges amb un to amable i encoratjador, especialment si les indicacions no són fàcils o agradables de seguir.

Per aconseguir-ho, es poden utilitzar recursos com preguntes, petits qüestionaris, exemples i, fins i tot, espais en blanc que el lector hagi d'omplir amb les seves respostes.

Evitar els enunciats amb una forma negativa.

Exemples:

No utilitzi els serveis d'urgències innecessàriament → Utilitzi els serveis d'urgències només quan sigui necessari.

4.2 Oferir suport i ajuda

A l'hora de donar instruccions, cal assegurar-se que el lector les pugui seguir i, en el cas d'advertir de possibles riscos, també s'ha d'oferir la solució, com fer-hi front (telèfons d'atenció, recomanacions, etc.). Informi els lectors de com i quan poden demanar més informació.

Quan es sol·liciti per escrit que algú faci quelcom amb urgència, cal que el to sigui amistós i que convidi a l'acció d'una manera positiva, oferint suport si s'escau.

Elements de vinculació amb el material: instruccions específiques, o possibilitat d'accedir a ajuda o a més informació.

5. Dibuijos, imatges i elements gràfics

Un disseny atractiu és un bon punt de partida per captar l'atenció del lector i per mantenir-la.

No obstant això, no s'ha d'oblidar que l'objectiu principal del disseny ha de ser ajudar a comprendre la informació i reforçar els missatges clau. Un bon disseny és aquell que està en sintonia amb els objectius que ens hem marcat a nivell de contingut, estructura, estil i to, i potenciar-los.

5.1 Disseny del document i la pàgina

La mida, la forma i el format del document són aspectes a tenir en compte en funció del contingut del material i del moment en què es consultarà. No és el mateix elaborar una guia de símptomes i recomanacions d'actuació davant d'un tractament llarg i complex de quimioteràpia, per exemple, que preparar-se per sotmetre's a un escàner abdominal. La durabilitat, la quantitat d'informació, el to i el suport seran diferents en cada cas.

Generalment, l'orientació recomanada per als fulletons informatius és la vertical (abans que l'horitzontal), i cal evitar els formats estrets, especialment si estem elaborant un fulletó amb varies pàgines.

La innovació en els formats i la creativitat poden ser un bon reclam per atreure l'atenció del lector. Els formats quadrats, cònics, etc., poden ser útils en alguns casos.

Altres aspectes que fan més amable, atractiu i fàcil de llegir un document són els espais en blanc deixats en el document per poder «respirar» i organitzar els elements de tal manera que visualment ens indiquin l'ordre de lectura.

5.2 Llegibilitat: tipus de lletra, mida i contrast

Per fer que el document sigui llegible, s'aconsella **limitar a dues les diferents tipografies emprades** i combinar-les entre elles, de tal manera que siguin tipus *serif*, preferiblement, per als textos, i d'un altre disseny per als títols.

Per emfasitzar els textos o destacar-ne les parts importants podem utilitzar la cursiva i la negreta, així com destacar-les amb color. Cal ser molt curosos d'evitar-ne l'abús i perdre impacte. **No es recomana l'ús del subratllat ni de les majúscules**, donat que dificulten la lectura.

La millor manera de saber si la mida de lletra que utilitzem en un document és la correcta és tenir en compte l'opinió dels nostres lectors. Sovint, les persones grans necessiten una mida de lletra superior per llegir correctament un document. Una mida estàndard podria ser de 12 punts, tot i que cal tenir present que cada tipus de lletra té una mida diferent, tot i ser de 12 punts.

El contrast entre el text i el fons ha de ser suficient per poder llegir correctament tota la informació que conté el document. **El negre sobre blanc ofereix el major contrast**, tot i que també funcionen bé els colors foscs sobre els tons crema. No es recomana l'ús del negatiu (blanc sobre negre) ni imprimir el text a sobre de colors de fons molt brillants, imatges o dibuixos per evitar barreres per a la llegibilitat. Els marges i l'espai entre línies proporcionen espais en blanc.

5.3 Encapçalaments, títols, llistes i blocs de text

Es suggereix que els paràgrafs i els títols estiguin alineats a l'esquerra, i que les línies tinguin una longitud adequada i es tallin en funció del contingut. És a dir, que una idea important no estigui interrompuda per un salt de línia, columna o pàgina.

És important utilitzar nombrosos títols, subtítols i vinyetes per guiar el lector a través de la informació. Per fer-ho correctament cal diferenciar-los entre ells amb mides i contrastos que ajudin a visualitzar com es jerarquitzava i s'ordena la informació.

5.4 Colors

El color és una eina més per contribuir a la correcta difusió dels missatges i no només un element decoratiu. Cal restringir el número de colors dins d'un mateix document per evitar distraccions del missatge principal.

En el cas que utilitzem els colors com a codi, haurem de verificar que el lector ho entén com a tal.

5.5 Fotografies i il·lustracions

Una imatge val més que mil paraules. És conegut per tothom el potencial de les imatges com a eines de comunicació, i són especialment útils si les sabem combinar correctament amb la nostra informació escrita sobre la salut.

Una imatge o una il·lustració ha de tenir una funció més enllà de fer el document més atractiu; cal que informi, clarifiqui i que estigui totalment relacionada amb el seu contingut.

S'ha de vigilar a l'hora de seleccionar una imatge on hi apareguin persones: cal que les seves expressions i el seu llenguatge corporal siguin adequats, i que coincideixin amb les situacions descrites al text que acompanyen. Es recomana evitar l'ús d'imatges amb tocs d'humor i caricatures, així com icones i símbols que necessitin ser interpretats: no podem estar segurs que tots els nostres lectors ho facin de la mateixa manera. No és recomanable mostrar parts aïllades del cos, ja que això desconcerta el lector, i en el cas de mostrar òrgans, resulta útil mostrar també la part externa corresponent del cos per tal que el lector s'orienti millor.

S'aconsella seleccionar imatges clares (amb pocs elements) i, en el cas de les il·lustracions, mirar que siguin de línies senzilles, evitant la filigrana i els detalls excessius que distreguin de l'acció.

Evitar imatges purament decoratives, les caricatures, l'abús dels símbols i les imatges inadequades per al contingut i la situació descrits.

5.6 Taules, gràfics i diagrames

La representació de dades amb taules, gràfics i diagrames pot resultar confusa o difícil de comprendre. És per això que s'aconsella proporcionar un etiquetatge clar i informatiu, i tenir una cura especial amb l'explicació dels números i els càlculs. En algunes ocasions és necessari explicar la informació de més d'una manera, i afegir exemples clars i adequats.

5.7 Formularis i qüestionaris

Els formularis són un tipus d'informació escrita destinats a recopilar informació útil, principalment per a les institucions sanitàries. Sovint, representen una dificultat a l'hora de ser omplerts degut a la manca de clarificació del propòsit, la dificultat en la comprensió de les preguntes o la saturació d'informació, qüestions que poden fer desistir l'enquestat del seu propòsit.

Per elaborar un bon formulari o qüestionari hem de treballar per **triar un títol clar** i especificar l'objectiu que perseguim amb la recopilació de la informació que es demana. Cal oferir instruccions clares de com s'ha d'omplir i limitar el número de respostes possibles. **El formulari ha de ser concís i adequat al propòsit**, és a dir, que preguntí només allò que sigui realment necessari. L'aspecte pot esdevenir una barrera important, per això es recomana una presentació clara, amb espais en blanc i atractiva. S'aconsella evitar el format de graella: aquest format presenta dificultats a l'hora de respondre, ja que l'enquestat ha d'anar constantment a les files superiors i de l'esquerra per llegir els encapçalaments i trobar-hi les opcions de resposta. Resulta més adient crear blocs de preguntes i de respostes independents els uns dels altres.

6. Verificació i avaluació

La verificació i el *feedback* sobre la comprensibilitat del material amb els lectors és una eina bàsica que cal tenir present a l'hora de crear material escrit. Només amb l'opinió dels lectors es poden introduir millores significatives que contribueixin a una major alfabetització per a la salut. També existeixen eines informàtiques que podem utilitzar prèviament, per confirmar que l'extensió, el lèxic i la informació escrita, en general, són prou entenedors i s'ajusten a les recomanacions abans esmentades. En el moment d'elaborar aquesta guia no existia una eina en català d'aquesta mena. No obstant això, hi ha disponible en espanyol el programa informàtic Inflesz.

Pel que fa a l'avaluació amb pacients, es poden posar en pràctica diversos mètodes, que poden incloure des de l'entrevista personal i en grup, fins a petits qüestionaris escrits amb preguntes bàsiques de comprovació de la comprensió del material i les instruccions contingudes.

Tant en les sessions d'entrevistes individuals com en les sessions de grup podem utilitzar quatre mètodes combinats de *feedback* per obtenir un resultat millor: fer preguntes, que les respostes es pensin en veu alta, fer exercicis o alguna tasca relacionada amb la informació, observar el comportament davant del material...

Entre les coses que podem «anar a buscar» en una sessió de *feedback* hi ha:

a. Si el material és adequat, rellevant, i culturalment apropiat

Es pot preguntar directament als lectors si troben el material atractiu, si els convida a llegir, si saben amb un primer cop d'ull de què es tracta, si pensen que està escrit per a ells, si se senten respectats i compresos amb la informació que es presenta, si tant el contingut com les imatges són respectuosos amb les seves tradicions culturals i les seves creences, si pensen que el to és amigable i els dóna suport i, finalment, si els motiven a seguir les recomanacions.

b. Organització i navegació de lectura en el document

Gràcies a les sessions amb els lectors, també podem conèixer si el material està ben organitzat de manera que tingui sentit, si la mida de la lletra i el contrast són suficients per a una lectura fàcil, si hem agrupat i etiquetat correctament la informació de manera que la puguin localitzar ràpidament al document, i si els elements gràfics faciliten l'ordre de lectura i no distreuen del contingut.

c. Fotografies, il·lustracions i elements visuals

Donat que les imatges poden donar lloc a nombroses interpretacions, resulta molt útil demanar als lectors si les troben adequades per al material, culturalment apropiades i si són útils a l'hora de clarificar la informació escrita.

d. Comprensió

Aquest aspecte és clau per determinar si el nostre material és eficaç i d'utilitat per als nostres lectors. Hem de verificar, en les sessions de *feedback*, si el propòsit del material es cospa immediatament, si els lectors entenen què han de fer amb la informació, si el contingut disposa d'exemples, explicacions i definicions que l'ajudin a entendre millor i si els lectors entenen la utilitat dels gràfics, les imatges i els altres elements visuals de suport.

e. Contingut

Hem de tenir present, a vegades, les possibles creences preconcebudes i potser no del tot ajustades a la realitat que tenen els lectors davant de la informació sobre la salut que els proporcionarem. Cal avaluar si consideren que el material és potencialment útil per a ells, si els interessa i si els proporciona tota la informació que necessiten. En aquest últim punt podem verificar que no es deixen preguntes sense resposta o que no hi ha punts confusos. Podem comprovar també si els sembla que el material és curt o llarg, si consideren que s'hi ha d'afegir o treure informació o si els sembla que la informació és fiable i que prové d'una font de confiança.

f. Usabilitat

Un element important a conèixer a través del *feedback* amb els lectors és saber si poden utilitzar en la seva vida diària aquesta informació i si, a més, estarien disposats a fer-ho. Com a preguntes de comprovació sobre aquest ítem, podríem demanar si aquesta informació els dóna resposta a les seves preguntes, si els permetria prendre decisions més saludables i si estarien disposats a fer algun canvi d'actituds o hàbits a partir de la lectura del material.

g. Altres aspectes a consultar amb els lectors

Com a punt final a les entrevistes amb els lectors, podem consultar si la manera (format) com es presenta el material els sembla correcta o bé si el preferirien haver rebut d'alguna altra manera. També podem recollir suggeriments oberts sobre com millorarien el material per a una major comprensió i vinculació amb la informació.

Conclusions

Per elaborar una informació escrita i eficaç sobre la salut cal que el contingut sigui clar, específic i útil; que l'estructura estigui organitzada agrupant, ordenat i destacant la informació més rellevant i necessària per al pacient; que l'estil sigui senzill, directe i de fàcil lectura, amb frases curtes i directes que permetin que la informació sigui comprensible per a un nombre màxim de persones, sense importar el nivell d'estudis; que el to sigui positiu i motivant, que convidi a l'acció; que compti amb elements visuals de suport per entendre millor els textos i, finalment, verificant i avaluant el material, doncs només amb l'opinió dels lectors es poden introduir millores significatives que contribueixin a una major alfabetització per a la salut.

Bibliografia

1. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med.* 2005;165(17):1946-52
2. 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;92(8):1278-83
3. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, *et al.* Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA.* 2002;288(4):475-82.
4. Schloman B. Information Resources Column: Health Literacy: A Key Ingredient for Managing Personal Health. *Online Journal of Issues in Nursing*;2004 [citat 15 de gener de 2013]. Disponible a: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No2May04/HealthLiteracyAKeyIngredientforManagingPersonalHealth.aspx
5. National Center for educational statistics [sede web]. A First Look at the Literacy of America's Adults in the 21st Century [citat 15 de gener de 2013]. Disponible a: <http://nces.ed.gov/NAAL/PDF/2006470.PDF>
6. Adult Meducation [sede Web]. American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation; 2006 [accés 15 de gener de 2013]. Disponible a: http://www.adultmeducation.com/AssessmentTools_1.html
7. US. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) [sede web]. Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. [monografia en Internet]. [accés 20 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html>
8. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* 2006 May;61(2):173-90. Erratum in: *Patient Educ Couns.* 2006;64(1-3):393-4.
9. Peregrin T. Picture this: visual cues enhance health education messages for people with low literacy skills. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(4):500-5

Annex

Eines de comprovació del material escrit

- ✓ **Consideracions prèvies a l'elaboració del material**
 - Coneixement de l'audiència a qui va dirigida la informació: qui són i què necessiten.
 - Objectius de la informació: què volem que faci el lector i què necessita saber per fer-ho.

- ✓ **Títol**
 - Específic.
 - Informatiu.
 - Atractiu.
 - Conté el missatge principal, amb paraules suficients per copsar-lo.
 - Acompanyat de subtítol descriptiu que completi el significat.

- ✓ **Selecció de la informació**
 - Identificar allò bàsic que necessita saber el lector.
 - Eliminar aquella informació aconsellable o interessant.
 - Número adequat de missatges seleccionats.
 - Detectar la necessitat d'exemples.
 - Evitar l'excessiva simplificació del missatge.
 - Avaluar altres fonts i suports per ampliar la informació.

- ✓ **Fonts**
 - Data d'elaboració de la informació.
 - De quina font s'extreu.

- ✓ **Estructuració i agrupació de la informació**
 - Ús abundant de titulars i subtítols.
 - Encapçalaments específics i informatius.
 - Ús d'elements per destacar parts del contingut (requadres, signes).
 - Ús de llistes i vinyetes.
 - Enumeracions per navegar pel contingut.
 - Contingut agrupat sota un encapçalament.
 - Espais en blanc i marges.
 - Èmfasi / Reiteració dels punts clau.

✓ Estil

- Ús abundant de titulars i subtítols.
- Veu activa i directa.
- Frases curtes.
- Frases simples (subjecte-verb-predicat).
- Llenguatge planer (definicions de tecnicismes).
- Evitar sigles i acrònims.
- Culturalment adequat.
- Màxim 4 missatges.
- Missatges concrets i directes.

✓ Convidar a l'acció

- El document conté instruccions clares sobre què vol que faci el lector.
- El lector sap què s'espera que faci un cop llegida la informació.
- To positiu i encoratjador.
- Oferir suport.

✓ Imatges i elements gràfics

- Format del document ajustat a l'objectiu.
- Orientació vertical.
- Mida adequada de la lletra (12p).
- Tipus de lletra llegible.
- Espais en blanc.
- Màxim dues tipografies per document.
- Evitar subratllats i majúscules.
- Limitar l'ús de cursives i negretes.
- Contrast adequat fons/text.
- Alineació del text a l'esquerra.
- Ús racional del color.
- Imatges adequades al contingut.
- Imatges culturalment apropiades.
- Evitar les caricatures.
- Evitar l'ús excessiu de símbols.

✓ Taules i gràfics

- Etiquetatge clar i informatiu dels números i els càlculs.
- Adients i adequats al contingut.
- Exemples clars i adequats.

✓ **Formularis i qüestionaris**

- Títol clar i específic.
- Objectiu explícit.
- Conté les instruccions per omplir-lo correctament.
- Pregunta només allò necessari.
- Número de respostes limitat.
- Evitar el format de graella.
- Ús abundant d'encapçalaments i blocs de preguntes.

CAPÍTOL V

ESTÀNDARDS I PRÀCTIQUES EN LA COMUNICACIÓ PER A LA SALUT I NOVES TECNOLOGIES DE LA COMUNICACIÓ I LA INFORMACIÓ

ISABEL RAMON BOFARULL
ÀLEX PALAU LÓPEZ
CARME GUITERAS MAURI

Resum

L'emergència i el potencial de les noves tecnologies han generat grans expectatives en el camp de la salut, fins al punt que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) reconeix que les TIC (tecnologies de la informació i la comunicació) contribuiran a millorar la qualitat de l'atenció sanitària i l'accessibilitat als serveis assistencials; i és que l'ús de les tecnologies obre un ampli ventall de possibilitats per transmetre i intercanviar informació d'una manera ràpida, i fer-la extensiva a molts col·lectius de la població. Alhora, està comportant un canvi en les relacions entre els professionals sanitaris i els pacients, doncs fomenta la implicació i la participació d'aquests darrers en els processos assistencials.

El repte que plantegen les noves tecnologies rau en com utilitzar els mitjans tècnics i com adequar els continguts perquè siguin accessibles, i que un públic majoritari —com també persones amb discapacitats— els entenguin. S'accepta la premissa d'actuar considerant, en tot moment, que el destinatari de la informació pertany a un grup de població amb un nivell bàsic de formació.

Conceptes clau: TIC, e-Salut i salut mòbil

El concepte TIC inclou els elements i les tècniques que s'utilitzen en el tractament i la transmissió de les informacions, principalment les relacionades amb la informàtica, Internet i les telecomunicacions.

El concepte e-Salut —sorgit de la *Cimera Mundial de la Societat de la Informació*, del 2003—, es defineix com l'aplicació de les TIC en els diferents àmbits relacionats amb l'atenció sanitària i la cura dels pacients. Abraça camps tan

diversos com la telemedicina, les tecnologies de suport a la decisió mèdica, la teleassistència a la gent gran i les persones discapacitades, els sistemes de teràpia remota o l'ús de tecnologies web 2.0 (mòbils, plataformes, blogs, xarxes socials) en l'àmbit sanitari.

Més concretament, el concepte **salut mòbil** inclou totes les tecnologies de control i seguiment, així com els serveis de recepció de dades clíniques. Com expressa A. Cornet, la salut mòbil no és només una nova tecnologia: «És un nou concepte de pràctica clínica que comporta canvis importants en els processos i la gestió de recursos, en especial en el tractament i la prevenció de la cronicitat».¹

Els avantatges de l'e-Salut

L'e-Salut facilita un canvi en la provisió de serveis, sovint d'una manera més eficient, efectiva i equitativa. En general, la seva aplicació es relaciona amb la millora de l'accessibilitat als serveis, la reducció dels temps de resposta, la implantació d'alertes, l'efectivitat diagnòstica o terapèutica i la millora de la qualitat dels serveis, eliminant els obstacles del temps i la distància. Per als professionals, a més, l'e-Salut millora l'accés a la informació rellevant i permet compartir experiències o mitjans tecnològics des de la distància.

S'apunten molts avantatges en l'aplicació de tecnologies a l'àmbit de la salut:

- Facilitar l'eficiència del sistema evitant intervencions diagnòstiques o terapèutiques duplicades o innecessàries.
- Millorar la comunicació entre els centres de salut.
- Afavorir la implicació dels pacients, potenciant l'accés al coneixement i els registres electrònics personals, accessibles a través d'Internet.
- Prevenir malalties educant les persones, fomentant que tinguin cura de la seva salut i que segueixin hàbits de vida saludables.
- Facilitar el seguiment de les persones amb patologies cròniques.
- Fomentar una nova relació entre el pacient i el professional de la salut perquè es prenguin les decisions d'una manera compartida.
- Facilitar el treball dels professionals millorant la comunicació, l'intercanvi d'experiències i coneixements, la formació o el control dels pacients.
- Facilitar la comunicació entre el pacient i els serveis sanitaris, i permetre l'autonomia en la gestió del seu procés: programar visites, accedir a informes i resultats de proves, fer consultes en línia o presentar queixes i suggeriments.
- Proporcionar punts d'accés simples i unificats a informació i serveis.
- Reduir els costos de l'atenció sanitària.
- Ampliar l'àmbit de l'assistència sanitària mitjançant els serveis de salut en línia.

L'accés a les TIC

L'ús de les TIC requereix que l'usuari tingui la capacitat de llegir, d'utilitzar els aparells tecnològics i que sàpiga buscar la informació, entendre-la i aplicar-la. El repte de les noves tecnologies és arribar al màxim de població possible, sabent que sempre hi haurà persones que no hi podran accedir per les dificultats d'ús o de comprensió dels continguts.

L'accés a les noves tecnologies és desigual, no només a nivell mundial sinó en un mateix país, per motius diversos com ara els econòmics, l'educació o l'edat, entre d'altres. Persones sense recursos o habilitats per a l'accés i l'ús d'ordinadors i xarxes no els poden utilitzar amb eficàcia. Les dificultats d'accés es donen principalment entre la població més desafavorida i vulnerable.

Tendències i mitjans

Un informe de la Universitat Americana de Washington apunta que els estàndards d'e-Salut han d'evolucionar en paral·lel a tres tendències de l'atenció sanitària durant la propera dècada: les tecnologies d'e-Salut mòbils (sense fils), la medicina personalitzada i interactiva per mitjà d'aplicacions socials, i la Web 2.0.²

Segons Kamel,³ la qüestió, avui, no és si utilitzar o no els mitjans de comunicació i les xarxes socials, és a dir, les eines 2.0; la qüestió és, més aviat, quin tipus d'eines cal fer servir segons la població, els objectius, els recursos i el pressupost disponibles, i quina és la millor manera d'utilitzar-les. Amb més de 955 milions d'usuaris de Facebook i uns 600 milions de Twitter, les organitzacions sanitàries han de considerar seriosament les xarxes socials —i la Web 2.0— com un mitjà per arribar als seus respectius grups d'interès, incloent pacients, personal sanitari i públic en general. Les organitzacions i els serveis de salut han d'anar allà on les persones ja estan connectades en línia (a les xarxes socials), en lloc de limitar-se a construir les seves pròpies illes informatives amb portals web planers, unidireccionals i només dirigits a lectura, esperant que la població els visiti.³ Una resolució presa en la *58a Assemblea Mundial de la Salut* insta els estats membres a treballar per implantar els serveis de les noves tecnologies en el camp de la salut.⁴

En els últims anys, moltes organitzacions sanitàries han desenvolupat tecnologies per preparar i apoderar els pacients en la gestió de la seva malaltia. Un exemple és el projecte **e-Care**, desenvolupat per l'americana Kaiser Permanente, l'organització d'assistència sanitària integrada sense ànim de lucre més gran dels Estats Units, amb més de 8 milions de afiliats. El projecte **e-Care** inclou tres nivells d'actuació: un primer nivell d'informació general amb consells de salut, ús de medicaments i guia d'instal·lacions i de personal. Un segon nivell amb informació personalitzada, accés a resultats clínics, prescripció i possibilitat de consulta directa per correu electrònic amb

els professionals. I un tercer nivell de gestió de l'e-Salut que inclou el control de la tensió arterial, nivell de glucosa en sang, control de pes i altres atencions virtuals gràcies a sistemes d'àudio i vídeo i una avaluació sanitària en línia. La implantació d'aquest projecte a la regió de Hawaii va suposar, entre els anys 2004 i 2007, una reducció del 26,2% del total de visites ambulatories (-25,3% de visites a l'atenció primària).⁵

Què entenem per alfabetització en e-Salut?

L'OMS proposa el concepte *eHealth literacy* (alfabetització en e-Salut) i el defineix com «la capacitat de buscar, trobar, comprendre i avaluar la informació de salut a partir de fonts electròniques i aplicar els coneixements adquirits per abordar o resoldre un problema de salut», i és que, com apunta Kamel, tenir accés a Internet, dominar l'equip i tenir les competències bàsiques a la web no garanteix automàticament que una persona sigui capaç d'avaluar i comprendre correctament la informació en línia sobre la salut.³

En aquest sentit, Cameron i Harvey⁶ proposen un model d'alfabetització digital per a la salut conegut com el model «flor de lliri» (figura 1), que inclou una sèrie de components, cadascun dels quals té un caràcter instrumental per a la comprensió global i la mesura del nivell d'alfabetització digital.

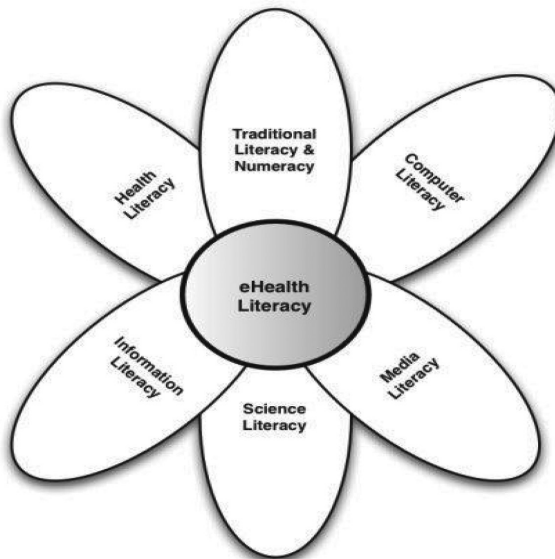


Figura 1. *eHealth literacy lily model*.⁶

El model contempla sis tipus d'habilitats a nivell d'alfabetització, organitzades en dos grups centrals:

Habilitats analítiques

- **Alfabetització tradicional:** engloba les habilitats bàsiques d'alfabetització com ara la capacitat de llegir el text, comprendre passatges escrits i parlar i escriure en una llengua coherent.
- **Alfabetització informacional:** suposa que la persona sap com s'organitza el coneixement, com trobar la informació i com utilitzar-la. Una persona alfabetitzada sap quins són els recursos potencials que ha de consultar per trobar informació sobre un tema específic, desenvolupar estratègies de recerca adequades i filtrar els resultats per extreure coneixements rellevants.
- **Alfabetització mediàtica:** és l'habilitat de pensar críticament sobre el contingut dels mitjans de comunicació i els missatges que emeten.

Competències dependents del context

- **Alfabetització per a la salut:** es defineix com els coneixements necessaris per interactuar amb el sistema de salut i participar en la pròpia autocura. Sense aquesta habilitat, una persona pot tenir dificultats a l'hora de prendre les decisions apropiades sobre la salut o seguir instruccions concretes per dur a terme activitats apropiades de cura personal.
- **Alfabetització digital:** és la capacitat de fer servir els ordinadors per resoldre problemes. Està estretament lligada a la facilitat d'accés als aparells i els sistemes operatius, i inclou la capacitat d'adaptar les noves tecnologies i el programari als recursos electrònics de la sanitat.
- **Alfabetització científica:** entesa com la comprensió de la naturalesa, els objectius, els mètodes, l'aplicació, les limitacions i la política de creació de coneixement d'una manera sistemàtica.

Cap a un disseny que garanteixi l'accés universal

Els usuaris amb discapacitats poden tenir motivacions addicionals per utilitzar internet, ja que la web els pot facilitar algunes tasques que els resultin més costoses de dur a terme en el món real. El percentatge de ciutadans a Espanya amb algun tipus de discapacitat s'estima del 9%.⁷ Segons la Internet Society (ISOC) —dades del març del 2011—, a Espanya hi ha un 62,2% d'usuaris d'Internet. Vanderheiden,⁸ classifica les discapacitats en cinc àmplies categories, segons el tipus d'impediment que generen a l'hora d'utilitzar certs productes: visuals, auditives, físiques, cognitives o del llenguatge, i trastorns convulsius. La gravetat pot variar en cada categoria, alhora que un individu pot patir deteriorament en múltiples categories; però les limitacions pròpies de l'individu no són les úniques que poden dificultar l'accessibilitat als

continguts digitals: n'existeixen d'altres derivades del context d'utilització i del dispositiu d'accés empleat (maquinari i/o programari).

Així, segons Vanderheiden,⁸ la introducció de les TIC ha de partir del concepte del disseny universal per a tota la població i no pas d'aplicar especificitats per a col·lectius concrets.

El disseny universal es concreta en els set principis següents:

1. Ús simple i intuïtiu (fàcil d'entendre i de manejar).
2. Ús equitatiu (no estigmatitzant ni desavantatjós per a ningú).
3. Informació perceptible (donar la informació necessària i de manera efectiva en qualsevol condició ambiental o que pateixi l'usuari).
4. Tolerància a l'error (ha de permetre minimitzar les conseqüències d'una acció accidental o no intencionada).
5. Acomodació a les preferències i les capacitats (permetre formes alternatives d'ús).
6. Esforç físic reduït (ús eficient amb un mínim de fatiga).
7. Els diferents productes TIC per a la llar de la persona haurien d'atendre:
 - Necessitats visuals: fer servir colors contrastats i brillants; imatges grans, clares i nítides; no permetre ombres; evitar enlluernaments.
 - Necessitats auditives (minimitzar els sons irrellevants, augmentar la intensitat, relacionar el volum amb la urgència del missatge, prioritzar els tons greus en lloc dels aguts).
 - Necessitats motrius (permetre adoptar una postura còmoda, l'accionament fàcil, no necessitar la força i permetre un temps llarg de reacció).
 - Necessitats cognitives (evitar la confusió, la informació irrellevant, haver d'atendre dues informacions alhora).

Eines per mesurar

L'escala d'alfabetització **eHeals**⁹ va ser dissenyada per avaluar les habilitats percebudes dels consumidors en l'ús de les tecnologies de la informació per a la salut, i per ajudar a determinar l'adequació entre els programes de salut en línia i els consumidors. L'escala mesura aspectes en relació a les habilitats percebudes en el coneixement i la utilització d'Internet, les habilitats en la cerca i l'aplicació de la informació als problemes de salut.

Aspectes ètics i legals

L'e-Salut implica noves formes d'interacció metge-pacient i planteja nous reptes i amenaces en qüestions ètiques, com les relacionades amb les pràctiques professionals en línia, el consentiment informat, la privacitat o l'equitat. Els

sistemes d'e-Salut han de vetllar per la seguretat de la informació en xarxa per tal de garantir l'accés a la informació sensible únicament a les persones autoritzades. En aquest sentit, la Unió Europea ha publicat diverses directives que tenen l'objectiu de protegir la intimitat i la privacitat de les persones, un aspecte que s'ha de considerar d'una manera especial en la utilització de les TIC.

Web: com construir una pàgina web accessible i navegable

Una pàgina web accessible és la que pot ser utilitzada pel màxim nombre de persones, independentment dels seus coneixements o les seves capacitats personals i físiques, l'edat i el nivell educatiu, i a banda de les característiques tècniques de l'equip utilitzat per accedir-hi.¹⁰ Una pàgina web de qualitat es valora en funció de la facilitat que tinguin els usuaris d'entrar a l'entorn electrònic i assolir els seus objectius.¹¹ Una pàgina web de divulgació o educativa està adreçada al públic en general; per tant, com a criteri general, s'ha d'orientar cap a les persones amb un nivell educatiu mitjà-baix. Diversos organismes de salut recomanen que la llegibilitat dels materials educatius del pacient es correspongui amb un nivell no superior al de l'educació primària.^{12,13}

Característiques de la pàgina web

Navegabilitat i usabilitat

La navegabilitat és la facilitat amb què un usuari es pot desplaçar per les pàgines que formen un lloc web. Així, la web ha de proporcionar un conjunt de recursos i estratègies de navegació dissenyats per aconseguir un resultat òptim en la localització de la informació i l'orientació de l'usuari.¹⁴ La usabilitat és la disciplina que estudia com dissenyar webs de tal manera que els usuaris puguin interactuar amb elles de la manera més fàcil, còmoda i intuïtiva possible tenint presents aspectes de contingut, redacció, organització i disseny.¹⁵ Crawford.¹⁶ destaca tres principis per afavorir la navegabilitat:

- **Orientació:** informar, a la pàgina principal, del propòsit de la web, de la seva estructura, els seus enllaços i la forma de navegar. Indicar el lloc on ens trobem i les opcions possibles de retorn en cada pàgina.
- **Informació:** utilitzar sempre un llenguatge i una estructura dels continguts que en facilitin la comprensió, amb paraules i estructures gramaticals simples i textos clars, curts, persuasius i amb una línia argumental coherent.
- **Interacció:** permetre que l'usuari interactuï, mitjançant recursos com enviar suggeriments, utilitzar enllaços per aprofundir en els continguts o participar en fòrums.

A l'hora d'escriure a Internet, es recomana utilitzar l'estructura de la «piràmide invertida», consistent a començar cada pàgina o text amb les idees bàsiques i les conclusions. La majoria de lectors no llegeixen tot el text, sinó que busquen «paraules clau» i paràgrafs del seu interès. Com a norma general, l'usuari hauria de poder arribar al contingut que busca amb un màxim de tres clics.

Accessibilitat web per a persones amb discapacitat

El portal *Discapnet.es* descriu pautes per facilitar l'accessibilitat a la web per a persones amb discapacitat¹⁷ com, per exemple, les següents:

- Garantir que els documents siguin clars i simples, i que es puguin transformar adaptant-se a les diferents necessitats de les persones.
- Proporcionar alternatives equivalents al contingut visual i auditiu.
- Utilitzar marcadors i fulls d'estil apropiats que permetin transformar les pàgines.
- Identificar l'idioma.
- Permetre gestionar la velocitat en l'ús de les pàgines.
- Assegurar que la interfície d'usuari segueix els principis d'un disseny accessible, independentment del dispositiu des del qual s'hi accedeixi.
- Permetre l'ús de teclat operable, de veu automàtica...

Algunes referències per fer les webs més accessibles a persones amb discapacitat: *Com utilitzen la Web les persones amb discapacitat*¹⁸ mostra com una discapacitat pot dificultar l'ús de la web i diferents escenaris de resolució, i *Guies Breus de Tecnologies W3C* ofereix un conjunt de guies, agrupades per àrees, que proporcionen informació sobre els diferents tipus de tecnologies, per a què serveixen i com funcionen. Entre elles, la «Iniciativa d'accessibilitat web» del W3C desenvolupa mecanismes, navegadors, eines i pautes per facilitar-ne l'ús per part de les persones amb alguna discapacitat.¹⁹

Procés d'elaboració

Perquè una pàgina web sigui útil i comprensible, i especialment en el cas dels continguts sobre la salut, es recomana comptar amb la participació dels futurs usuaris en les etapes d'elaboració de la web (definició d'objectius, cerca d'informació, estructura, disseny, test...). Leavitt i Shneiderman,²⁰ en la seva recerca sobre el disseny i la usabilitat de les pàgines web, destaquen que cal fer servir tots els recursos disponibles per comprendre millor les necessitats dels usuaris. Això inclou explorar aquestes necessitats mitjançant les línies d'atenció al client, enquestes i entrevistes, grups d'usuaris i grups de discussió. Com a document de referència en aquest camp, la *Guia per escriure i dissenyar pàgines web per a la salut fàcils d'usar*,²⁰ remarca la necessitat de saber qui seran els usuaris, i conèixer-ne les seves necessitats i els seus objectius utilitzant mètodes interactius per obtenir informació dels usuaris.

A continuació, es detallen algunes recomanacions d'aquesta guia amb relació a l'elaboració de webs sobre la salut:

- Posar, en primer lloc, la informació més important.
- Descriure els comportaments «què fer» i «com fer-ho» amb relació a la prevenció i la salut, doncs els usuaris prefereixen aprendre allò més bàsic sobre el comportament més que no pas accedir a informació científica i estadística.
- Mantenir una actitud positiva i realista, incloent els beneficis d'actuar. Els usuaris prefereixen la informació sobre les motivacions i les maneres de fer canvis de comportament, més que no pas la informació sobre riscos i barreres.
- Escriure emprant un llenguatge senzill i familiar.
- Comprovar l'exactitud del contingut amb un expert en la matèria que el revisi periòdicament.
- Indicar sempre la data de l'última revisió dels continguts, ja que dona credibilitat.

Avaluació

Abans de publicar una web a la xarxa, és important fer proves d'avaluació analitzant la interfície a partir de principis d'usabilitat reconeguts (l'heurística),²¹ mitjançant la inspecció de diferents usuaris i experts.

Aspectes clau per avaluar i mantenir una pàgina web

- Fer proves d'ús amb persones amb un nivell d'alfabetització limitat, fent servir eines d'avaluació dissenyades per mesurar les habilitats d'alfabetització per a la salut (per exemple, el Test d'Alfabetització Funcional de Salut de l'Adult i l'estimació ràpida de l'Alfabetització d'Adults en Medicina).
- Escollir moderadors experimentats que tinguin experiència treballant amb persones amb coneixements limitats d'alfabetització o amb poca experiència a Internet.
- Fer proves de comprensió a través dels mateixos usuaris, que expliquin amb les seves pròpies paraules què han entès i quines mesures prendrien després de la lectura.
- La participació dels usuaris i les característiques dels continguts —pertinença, coherència i to— són indicadors importants de l'adopció de comportaments saludables per part dels usuaris.

El vídeo: claus per elaborar continguts audiovisuals accessibles per als usuaris

Un vídeo accessible ha de ser clar, atractiu i estar a l'abast, també, de persones amb limitacions sensorials o cognitives. Això implica considerar-ne tant el contingut com la manera de transmetre'l.²²

Alguns consells pràctics:

- **Pensar en el públic.** Hem de pensar sempre quina és la finalitat concreta del vídeo, a qui va dirigit i on es visualitzarà, per adaptar-lo als seus objectius i a les necessitats del receptor i l'entorn. El vídeo és una eina molt vàlida per donar explicacions i facilitar informació amb forma d'història; no es tracta d'un simple canal per transmetre dades.
- **Credibilitat.** La credibilitat ve determinada per la informació verídica, contrastada que es faciliti a l'usuari citant, sempre que calgui, les fonts corresponents.
- **Durada.** És bàsic mantenir l'atenció del públic. Es recomana una producció curta, de 5 minuts o menys, o un màxim 10 minuts en casos puntuals.
- **Captar l'atenció.** Cal dividir el vídeo en capítols curts, introduint els nous conceptes amb canvis de ritme o de música. S'ha de poder transmetre emoció amb imatges suggeridores o testimonis reals.
- **Descripció d'àudio.** Tots els vídeos han de disposar d'una descripció textual alternativa i accessible, que expliqui la informació visual més rellevant. Aquesta alternativa textual no ha de reflectir només converses, sinó també situacions importants com, per exemple, informació d'allò que es visualitza, dels efectes sonors que inclou, etc.
- **Subtítols.** Cal utilitzar subtítols sincronitzats amb les escenes que es visualitzen. Els subtítols estan pensats per a persones amb dificultats d'oïda, persones que no dominen suficientment l'idioma o altres situacions que dificulten una bona audició. La transcripció ha d'incloure el text dels diàlegs, les veus en off i altres elements contextuais.
- **Imatge.** La gravació ha d'utilitzar imatges accessibles, tenint en compte la claredat i la nitidesa dels elements visuals i els gràfics que es projecten.

Conclusions

La utilització i el desenvolupament de l'e-Salut afavoreix la millora en diferents àmbits de la salut. El repte de la seva implantació és arribar al màxim nombre possible de persones, per la qual cosa es bàsic garantir-ne l'accés i que les institucions estableixin l'estratègia més adequada en funció de la seva població de referència, tenint en compte la legislació i les normatives existents.

El terme *health literacy*, traduït com «alfabetització per a la salut», engloba el conjunt d'activitats impulsades per facilitar la comprensió de la informació per a la salut amb l'objectiu de millorar les habilitats i els coneixements dels usuaris, i aconseguir una millor implicació en el control de la seva salut. L'aplicació de tecnologies i mètodes que facilitin l'accés a la informació, com pàgines web i vídeos divulgatius, són elements bàsics per poder arribar al públic objectiu. En la seva elaboració, cal pensar a implicar els propis usuaris, així com establir eines d'avaluació que assegurin i validin els seus continguts i objectius.

Bibliografia

1. Cornet J. La salud móvil: un reto asistencial, tecnológico y para la innovación. Revista I+S, Sociedad española de informática y salud [Internet]. 2013 [citad 3 juny 2013]; 98:39-41. Disponible a: <http://www.seis.es>
2. De Nardis L. E-health standards and interoperability. ITU-T Technology Watch [Internet]. Abril 2012 [citad 26 febrer 2014]. Disponible a: http://www.itu.int/dms_pub/itu-t/oth/23/01/T23010000170001PDFE.pdf
3. Kamel MN. On social media in health literacy. Webmed Central Health Informatics 2012; 3(1):WMC002936.
4. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud; 16-25 maig 2005; Ginebra [Internet]. 2005 [citad 25 febrer 2014]. Disponible a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf
5. Chen C, Garrido T, Chock D, Okawa G, Liang L. The Kaiser Permanente electronic health record: transforming and streamlining modalities of care. Health Aff. [Internet]. 2009; 28(2):323-333. Disponible a: <http://content.healthaffairs.org/content/28/2/323.full>
6. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006; 8(2):e9.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuestas sobre discapacidades, deficiencias y estado de la salud [Internet]. Madrid: INE; 1999. [citad 26 febrer 2014]. Disponible a: http://www.ine.es/ss/te?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259925266821&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
8. Vanderheiden G. Design for people with functional limitations resulting from disability, aging or circumstance. A: Salvendy G (ed). Handbook of human factors and ergonomics. New York: Wiley and Sons; 1997; p. 2010- 2052.
9. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. J Med Internet Res. 2006; 8(4):e27.
10. Universitat d'Alacant. Accesibilidad web [Internet]. Alacant: UA [citad 26 febrer 2014]. Disponible a: <http://accesibilidadweb.dlsi.ua.es>

11. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Report on evaluation set-aside project tailoring web sites to special populations [Internet]. Anchorage: US Department of Health and Human Services; 2002 [citat 10 abril 2013]. Disponible a: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/projects/aiam>
12. Friedman DB, Hoffman-Goetz L. A systematic review of readability and comprehension instruments used for print and web-based cancer information. *Health Educ Behav.* 2006; 33(3):352-73.
13. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2004.
14. Lujan Mora S. Accesibilidad en la web: ¿Accesibilidad, usabilidad, navegabilidad? [Internet]. 7 novembre 2007 [citat 11 març 2013]. Disponible a: <http://accesibilidadenlaweb.blogspot.com.es/2007/11/accesibilidad-usabilidad-navegabilidad.html>
15. ACM Special Interest Group on Computer, Human Interaction (SIGCHI) Curriculum Development Group. Curricula for human-computer interaction. New York: ACM Press; 1992.
16. Crawford K. Escribir para la web. Bilbao: Deusto Editorial; 2001.
17. World Wide Web Consortium. Web content accessibility guidelines 1.0 [Internet]. 1999. Disponible a: <http://www.w3.org/TR/1999/WAI-WEBCONTENT-19990505/>
18. World Wide Web Consortium Oficina Española. Guías breves de tecnologías W3C. Gijón: Oficina del W3C en España; 2007.
19. World Wide Web Consortium. Web accessibility initiative. Techniques for WCAG 2.0 and understanding WCAG 2.0 [Internet]. [citat 10 abril 2013]. Disponible a: <http://www.w3.org/WAI/>
20. Leavitt M, Shneiderman B. Research-based web design & usability guidelines. Washington, DC: US Government Printing Office; 2010.
21. Nielsen J. Usabilidad en el diseño de sitios web. Madrid: Prentice Hall; 2000.
22. Carrera X, Centelles M, Coiduras JL, García R, Gil RM, Gimeno JM, *et al.* Guia de contingut digital accessible [Internet]. Lleida: Universitat de Lleida; 2010 [citat 25 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.udl.cat/serveis/seu/UdLxtothom/recursos/guies.html>

CAPÍTOL VI

DE LA TEORIA A LA PRÀCTICA: INTERVENCIIONS EFFECTIVES EN ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

DOLORS COROMINAS VILALTA
JORDI PUJIULA MASÓ
MONTSE SORO ARTOLA

Resum

Per a la millora de l'alfabetització per a la salut de les persones és necessari el desenvolupament de diferents estratègies i diversos tipus d'intervencions.

En general, la majoria dels treballs revisats se centren en l'efecte de les intervencions fetes en relació amb el coneixement sobre alguns aspectes de la salut o la utilització dels serveis sanitaris que fan els usuaris. S'observa, però, un reduït nombre d'estudis per als diferents tipus d'intervenció que dificulten la investigació. També manquen anàlisis sobre l'impacte d'aquestes accions en l'estat de salut general de les persones amb una baixa alfabetització o la incidència en la despesa sanitària i les desigualtats de la salut per procedència, cultura i edat.

Les intervencions per millorar les habilitats individuals d'alfabetització per a la salut s'han orientat a potenciar la interacció entre el pacient i el professional, proporcionar informació sanitària o eines per promoure una vida saludable, i a la capacitat per a l'autocura. Tot i que aquestes pràctiques han estat ben acollides per la població i sembla que poden resultar positives, no hi ha constància de la seva efectivitat en la millora de la salut i caldrien més estudis per provar la capacitat d'arribar als subgrups amb barreres d'alfabetització.

En aquest punt, es posa èmfasi en la importància de la identificació de les barreres d'alfabetització per adoptar, en el procés d'atenció, una comunicació centrada en el pacient, que en faciliti la millora dels coneixements i proporcioni les habilitats necessàries per a la seva autocura.

La revisió de la literatura sobre l'ensenyament dels principis de l'alfabetització per a la salut orientada als professionals, destaca que aquest aspecte no està adequadament tractat a les escoles professionals, que l'haurien de considerar una qüestió prioritària en la formació dels professionals de la salut.

Introducció

L'alfabetització per a la salut es refereix a la capacitat d'una persona de trobar, entendre i fer servir la informació bàsica per a la salut, i els serveis que necessita per prendre decisions saludables. Una guia d'educació per a la salut del Departament de Salut i Serveis Humans dels Estats Units¹ proposa les següents estratègies per afrontar les barreres d'alfabetització per a la salut:

- Millorar l'ús dels serveis de salut.
- Augmentar l'adherència als consells saludables.
- Millorar l'accessibilitat (simbologia universal i senyalització clara).
- Establir un programa basat en l'usuari (agrupar les citacions en l'espai i el temps).
- Apoderar per fomentar la presa de decisions saludables.
- Treball professional transversal (assistencials, educadors, treballadors socials...).
- Planificar estratègies per elaborar informació fàcil d'entendre.
- Desenvolupar nous mètodes de difusió de la informació.

El 2004, Pignone i altres col·laboradors² van fer una revisió sistemàtica de les intervencions dissenyades per millorar els resultats de la salut de les persones amb un baix nivell d'alfabetització. En general, les intervencions fan servir un o més dels següents enfocaments: díptic amb llenguatge planer, utilització de vídeo i programes interactius, presentació oral.²

És difícil treure conclusions sobre quina metodologia podria ser més eficaç, ja que pocs estudis van fer un examen individualitzat de cada tipus d'intervenció. S'han obtingut resultats mixtos degut al reduït nombre d'estudis existents per a cada tipus d'intervenció (no s'inclouen els estudis que no mesuren directament l'alfabetització). Això elimina un gran nombre d'intervencions sobre la prevenció de les malalties cròniques orientades a superar les barreres experimentades pels grups d'alt risc, molts d'ells probablement amb barreres d'alfabetització.

Cap estudi no investiga com les intervencions afecten l'estat general de salut de les persones amb un baix nivell d'alfabetització, o si els afecten els costos de salut i les desigualtats de salut basades en la procedència, la cultura i l'edat. La majoria d'estudis examinen l'efecte de les intervencions en el coneixement de la salut o els comportaments.

Rima Rudd³ destaca el paper de la salut pública per ajudar a les persones a entendre la manera de millorar la seva qualitat de vida. Assegura que cal sortir de l'esfera assistencial i incloure mesures comunitàries (a la llar, al treball i a l'esfera política).³

Gazmararian⁴ aporta un canvi de visió de l'educació per a la salut, partint de la necessitat de conèixer el grau d'alfabetització de l'usuari per tal d'adaptar el missatge. Considera que la salut pública difon el missatge en funció dels principis de l'educació per a la salut i la comunicació, en lloc d'assegurar la comprensió del missatge per part dels destinataris.⁴

Aquest capítol consta de tres seccions: intervencions sobre alfabetització per a la salut i la descripció d'algunes recomanacions pràctiques per millorar les habilitats individuals; intervencions per construir coneixement i habilitats per als professionals de la salut; intervencions per millorar la prevenció de les malalties cròniques i l'autocura en persones amb una alfabetització per a la salut limitada. A més, es resumeixen les principals troballes dels articles revisats en dues taules al final del capítol: la taula 6.1 mostra les intervencions efectives en alfabetització i salut, i la taula 6.2 recull un llistat de diversos estudis sobre la millora de la prevenció de les malalties cròniques i l'autocura en persones amb una escassa alfabetització per a la salut.

6.1 Intervencions per millorar les habilitats individuals en alfabetització per a la salut

Proporcionar eines de comunicació per a la salut és un enfocament de millora de les habilitats d'alfabetització per a la salut de les persones. Hi ha exemples de campanyes *online* dirigides a millorar la interacció del pacient quan demana consulta amb el professional assistencial (per exemple, Ask me 3 o Going to the doctor, que ajuden el pacient a preparar la visita individual).^{5,6} D'altres, se centren en la promoció d'informació per a la salut o d'eines per promoure una vida saludable i l'autocura.⁷

El problema rau en el fet que aquestes eines han tingut poca difusió a través dels canals d'alfabetització (escola d'adults). Tampoc no hi ha constància de l'efectivitat d'aquestes intervencions en la millora de la salut, tot i que la població adulta reconeix aquests recursos com a mitjans de consulta.

Respecte els missatges sobre la salut pública, ha estat positiva la perspectiva adoptada per l'Oficina de Tabaquisme i Salut dels Estats Units. La metodologia inclou normes de disseny visual, mesures de capacitat lectora i avaluació del material abans de validar-lo.⁸ Health Canada fa una revisió de la guia nutricional d'alimentació i activitat física, redissenyant les etiquetes dels productes alimentaris i informant de la manipulació i la cocció saludables del aliments en qüestió, des de la perspectiva cultural i el nivell d'alfabetització.⁹ Les associacions han representat un factor important per al desenvolupament dels recursos, mitjançant l'elaboració d'estratègies que inclouen: eines interactives a la web, com *Dial-A-Dietitian*, que permet fer una autoavaluació dels factors de risc a partir del carro de compra virtual; serveis d'informació telefònics amb línia oberta per respondre dubtes i solucionar problemes lleus de salut.¹⁰ Aquestes estratègies són conegudes tot i que són poc utilitzades per la població que no parla l'idioma majoritari. L'ús d'aquest tipus de recursos augmenta en traduir els missatges i afegir sensibilitat cultural.

És difícil arribar a conclusions, a partir de la informació disponible sobre l'eficàcia d'aquestes estratègies, respecte la millora de l'alfabetització per a la salut. Aquests exemples representen pràctiques que prometen una millora, però que requereixen de més estudi ja que no queda palesa encara la capacitat d'arribar als subgrups amb barreres d'alfabetització.

6.1.1 *Aprofitar l'educació d'adults per millorar l'alfabetització per a la salut*

Rima Rudd³ assenyalava l'encert d'integrar en el currículum d'educació bàsica dels adults la millora de les habilitats en alfabetització per a la salut, amb l'objectiu d'identificar i millorar les habilitats transferibles d'alfabetització funcional, que són essencials per mantenir la salut i l'accés a l'atenció. Se centra en la lectura, l'escriptura, les matemàtiques i les habilitats comunicatives necessàries per dur a terme tasques de manteniment o de millora de la salut.³

Professors d'educació d'adults treballen, a l'aula, amb l'ajuda de guies publicades pel Centre Nacional per a l'Estudi de l'Educació d'Adults i l'Alfabetització (NCSALL).¹¹ Les aliances comunitàries entre els sectors de la salut i l'alfabetització s'han configurat com estratègies importants de millora de la baixa alfabetització per a la salut. L'entorn d'aprenentatge ha estat identificat com un escenari important per a la prevenció de malalties, la promoció de la salut i la capacitat individual.

Les diferents mesures amb què el sistema d'educació d'adults pot ajudar a l'alfabetització per a la salut¹² són:

- Crear confiança en el sistema de salut pels alumnes i llurs famílies.
- Oferir accessibilitat als professionals de la salut (al grup diana).
- Millorar la comprensió de l'aprenentatge i a comunicar-se d'una manera efectiva amb persones d'altres cultures.
- Proporcionar estratègies per avaluar la comprensió del missatge per part del pacient i fer un ús adequat de la comunicació oral i escrita.
- Suggestir com fraccionar els objectius en petits reptes d'aprenentatge.

La introducció de continguts de salut en els programes d'educació d'adults dona com a resultat una millora en els coneixements i l'adopció d'actituds i hàbits saludables.¹³ Les estratègies d'intervenció inclouen, segons Hohn:¹⁴

- Educació entre iguals (alumnes avantatjats faran de formadors) i mètodes participatius d'aprenentatge (dramatització, narració de contes).
- Adaptació local del material gràfic.
- L'idioma vehicular serà el majoritari (programes d'alfabetització).
- La informació serà distribuïda per la junta escolar local (departament d'educació).
- Salvar les barreres d'accés (horaris, transport, llengua).

Els resultats indiquen que la xarxa d'aprenentatge promou i fomenta l'ús de projectes de promoció de la salut com a mitjà per a la millora de les habilitats d'alfabetització per a la salut, augmenta la salut entre els estudiants i promou canvis saludables de l'estil de vida.¹⁵

El programa *Naitre égaux-Grandir en santé*, de treball amb les famílies, és una prova que la promoció integral i els serveis de prevenció milloren els resultats de la salut del col·lectiu de famílies amb ingressos baixos i fills petits a càrrec. El programa inclou visites domiciliàries efectuades per professionals de diferents disciplines, suport entre parelles (culturalment iguals), educació familiar (que s'inclou la salut pública prenatal, la nutrició i la inclusió en els programes comunitaris).¹⁶

Encara que l'alfabetització per a la salut no hagi estat específicament avaluada, s'ha observat que els programes integrals són una estratègia per millorar la capacitat dels pares de trobar, entendre i fer servir la informació sobre la salut necessària per encarregar-se de la seva pròpia salut i la de la seva família.

6.2 Intervencions per construir coneixement i habilitats per als professionals de la salut

La mala salut de l'alfabetització funcional sembla ser un marcador de problemes de comunicació oral. Això posa de relleu la necessitat de buscar estratègies per millorar la comunicació del grup de persones amb un nivell d'alfabetització per a la salut més baix. Aquestes estratègies s'encaminen a millorar les habilitats en comunicació dels propis professionals, promoure una millor interacció i facilitar l'entesa del missatge.

Coleman¹⁷ revisa la literatura sobre l'ensenyament dels principis de l'alfabetització per a la salut, orientat als professionals d'aquest àmbit, i destaca que una comunicació efectiva està basada en un model d'atenció sanitària de qualitat centrada en el pacient. Davant l'evidència de la relació entre la baixa alfabetització per a la salut i els resultats adversos, l'educació per a la salut és la clau per a una comunicació efectiva entre els pacients i els professionals.

S'observa que la majoria de la literatura sobre alfabetització per a la salut se centra en factors relacionats amb el pacient, fent menys èmfasi en les habilitats comunicatives i les pràctiques del personal de l'atenció sanitària.

No obstant això, **els principis de l'alfabetització per a la salut sorgeixen en cada acte clínic i en cada comunicació pública de salut.** La recerca mostra, també, que els clínics sovint utilitzen l'argot mèdic durant les visites als pacients. Aquest autor assenyala que els informes i les dades d'observació posen en relleu que l'alfabetització per a la salut no està tractada adequadament en les escoles professionals, identificant-se com una qüestió prioritària l'increment i la millora de l'educació en alfabetització en la formació dels professionals de la salut.¹⁷

Un mètode que garanteixi la comprensió del pacient és una eina per afavorir-ne l'autocura. Per tant, es pot deduir que les habilitats per a una comunicació efectiva poden millorar els resultats en salut.

Schillinger,¹⁸ en el seu estudi, ens indica que els pacients amb un baix nivell d'alfabetització tendeixen a retenir el pitjor de la informació, i no acostumen a fer preguntes per aclarir dubtes. Només el 25% dels professionals assistencials de l'atenció primària són conscients de la relació que manté l'alfabetització amb la bona salut dels malalts crònics.¹⁸

Un estudi ha destacat la necessitat d'utilitzar estratègies transversals de comunicació i la implicació de diferents agents sanitaris. Algunes de les estratègies recomanades són: implicar la família i els amics, incloure educadors especialistes en la malaltia (per exemple, la diabetis), utilitzar imatges i diagrames i repassar la comprensió del tractament (farmàcies, espais d'identificació i ajuda).¹⁹ D'altra banda, l'American Medical Association Foundation ha dissenyat guies per a l'elaboració de material emprant un llenguatge planer.²⁰

Per part dels professionals no es reconeix obertament la influència de les barreres de comunicació en la salut. Això indica clarament la necessitat d'incloure, en el contingut curricular *pre* i *post* formació dels professionals, tècniques de millora de la comunicació. En aquest sentit, l'Institut de Medicina dels Estats Units recomana disposar de temps suficient per educar els pacients, desenvolupar estratègies d'educació i capacitació per augmentar el nivell de consciència dels gestors de l'atenció de la salut, a més d'assegurar una formació en comunicació adient per part dels professionals. Les tècniques de comunicació s'ensenyen com una part del currículum professional en els cursos d'habilitats clíniques, tot i que destaca la inexistència d'un pla d'estudis coherent entre institucions i disciplines.^{20,21}

També hi ha tallers que utilitzen la metodologia de l'aprenentatge-servei, en què hi participen professionals en formació i persones amb un nivell baix d'alfabetització, per preparar-se per a les trobades futures en el sistema de salut. Aquest enfocament forma els usuaris, perden la por de preguntar i, als professionals, els ajuda a respondre amb un vocabulari i uns exemples adaptats a les necessitats, a més de poder-ne comprovar la comprensió.²²

En la seva revisió, Coleman observa que els plans d'estudi publicats per alguns professionals de la salut, centrats en l'alfabetització per a la salut, tendeixen a usar una combinació de mètodes d'ensenyament que inclou components didàctics i experimentals. Tot i que els programes d'alfabetització per a la salut descrits en la literatura publicada estan exclusivament dissenyats per a l'educació mèdica, sembla probable que un conjunt de competències d'alfabetització (coneixement, habilitats i actituds) i pràctiques en comunicació eficaç s'imparteixin per a tots els professionals de la salut.¹⁷

Coleman conclou que el desenvolupament d'un conjunt bàsic de competències mesurables serà de gran ajuda, no només per al desenvolupament de plans d'estudi racionals d'alfabetització per a la salut, sinó també per a l'avaluació dels plans d'estudi existents i futurs.¹⁷

Cal reconèixer que molts malalts crònics (per edat) pertanyen al grup de les persones amb una alfabetització per a la salut més baixa. Per contribuir a millorar

els resultats en els processos d'autocura, és necessari sensibilitzar els professionals de la salut de la influència que exerceix la baixa alfabetització i efectuar una revisió de les perspectives actuals de la comunicació en la formació d'habilitats clíniques dels professionals, per tal d'identificar-ne les esclertes. No obstant això, hi ha pocs exemples publicats d'intervencions per millorar la comunicació que avaluin específicament l'eficiència en les barreres comunicatives.

6.2.1 La identificació dels usuaris amb barreres per a l'alfabetització

La justificació per identificar usuaris amb una baixa alfabetització és adoptar, durant el procés, una comunicació centrada en el pacient per millorar els coneixements i proporcionar les habilitats necessàries per a la seva autocura.

En la revisió de la literatura publicada per Easton, Entwistle i Williams,²³ apunten que els professionals de la salut detectaran els baixos nivells d'alfabetització funcional i per a la salut més fàcilment en uns grups que no en d'altres; per exemple, entre persones de minories ètniques que tenen problemes amb la llengua dominant (en aquest cas, es poden salvar les dificultats amb traducció-mediació). També s'acostuma a associar els problemes d'alfabetització amb les persones grans, degut a la seva escassa escolarització i, més encara, si pateixen problemes visuals, audius o de deteriorament cognitiu. En general, els professionals s'esforcen a donar instruccions orals clares a aquestes persones.²³

En el seu article, els autors destaquen que en els països desenvolupats hi pot haver una gran «població oculta», referint-se a persones que tenen problemes d'alfabetització per a la salut menys evidents i que, per aquest motiu, no són reconegudes ni tractades. Aquesta «població oculta» amb dificultats d'alfabetització, emmascarada per la seva capacitat de comunicar-se oralment, i per la seva competència en la lectura i l'escriptura, no és conscient del seu nivell baix d'alfabetització per a la salut; moltes d'aquestes persones són reticents a mostrar-lo i han desenvolupat estratègies d'afrontament que l'oculten.²³

Per això, els professionals de la salut sovint no reconeixen les dificultats dels adults que es troben en aquestes circumstàncies, entre d'altres motius, perquè se'n sap ben poca cosa de les repercussions que té l'escassa alfabetització per a la salut que pateixen aquests grups.²³

Els mateixos autors evidencien l'associació existent entre la «població oculta» amb un baix nivell d'alfabetització funcional (o d'alfabetització per a la salut), i un estat de salut poc desitjable. Aquesta vinculació pot ser atenuada mitjançant l'ús diferencial dels serveis i un tractament de bona qualitat. Les respostes emocionals o la disminució de la pròpia eficàcia dels pacients poden influir en la relació entre l'educació per a la salut i l'estat de la salut; això pot incloure l'estigma relacionat amb la baixa alfabetització per a la salut. En aquest cas, es proposa una major consciència de les necessitats del pacient per tal de millorar-ne l'experiència.²³

D'aquí se'n deriva la importància de l'atenció específica a aquestes persones, per poder desenvolupar estratègies que minimitzin les possibles conseqüències adverses

per a la salut degut a les seves dificultats intrínseques. Tot i que l'alfabetització general i l'alfabetització per a la salut estan relacionades, els investigadors consideren que la complexitat del sistema sanitari, el llenguatge mèdic que s'utilitza i l'exposició a nous conceptes de salut influeixen negativament en l'alfabetització per a la salut, fins i tot entre les persones que tenen una alfabetització general adequada.²³

Laurie i els seus col·laboradors,²⁴ valoren la necessitat d'un model predictiu que pugui utilitzar les dades multivariables actualment disponibles (factors demogràfics establerts pels sistemes nacionals d'avaluació) i que faciliti informació als professionals de la sanitat i la salut pública, els investigadors i els centres de salut per ajudar a identificar si la baixa alfabetització per a la salut pot ser un problema significatiu per a la comunitat o la població que atenen. Consideren que el desenvolupament d'aquest model pot possibilitar les bases per a l'aplicació de mesures preventives a nivell comunitari, així com orientar les intervencions d'alfabetització, en l'àmbit pràctic, en aquelles zones que sigui necessari.

En el seu estudi van desenvolupar dos models relacionats amb l'alfabetització per a la salut que es poden aplicar a l'àmplia disponibilitat de dades del cens. El primer estimava una puntuació mitjana d'alfabetització per a la salut i, el segon, calculava la probabilitat de gaudir d'aptituds per sobre de la mitjana. Aquests models predictius de l'educació per a la salut afavoreixen la comprensió dels factors que incideixen en la baixa alfabetització de la població en general, i permeten calcular la mitjana de l'educació sanitària de les comunitats.²⁴

El resultat obtinguts mostren el gran potencial d'aquests instruments per tal que les persones i (les organitzacions) que atenen comunitats amb un nivell d'instrucció més baix puguin dirigir i aplicar una sèrie de suports i estratègies addicionals per millorar l'accés a i la comprensió de la informació sobre la salut. Un exemple n'és oferir assessorament per part del personal d'infermeria i d'educadors de salut a un pacient en relació amb el diagnòstic de la seva afecció, el seu tractament i el seguiment del seu procés utilitzant un llenguatge senzill en un entorn amable.²⁴

D'altra banda, Chew²⁵ ha elaborat una guia ràpida, *The Newest Vital Sign (NVS)*, per alertar els professionals de l'atenció primària dels pacients que poden necessitar més atenció. Es basa en tres preguntes que valoren la necessitat d'ajuda per omplir els qüestionaris mèdics, llegir i entendre els informes mèdics o el material del sistema de salut, i per entendre la informació oral administrada pels professionals de la salut.²⁵

King²⁶ qüestiona la necessitat d'utilitzar eines senzilles per identificar els usuaris que presenten barreres en l'alfabetització. Defensa que un enfocament universal en l'adaptació del missatge a les capacitats de l'usuari ajudaria tothom i evitaria l'estigmatització de les persones amb una baixa alfabetització.²⁶

En aquest sentit, Yost i els seus col·laboradors²⁷ van demostrar que els dispositius tecnològics poden facilitar la detecció i la mesura del grau d'alfabetització dels

pacients. L'any 2010, van publicar un estudi pensat per avaluar l'eficàcia d'una tauleta o «pantalla tàctil que parla» (*talking touchscreen*), amb un programa multimèdia bilingüe que mostrava, a la pantalla, el text de les preguntes acompanyat de la corresponent versió en àudio. L'objectiu del treball era explorar la facilitat d'ús i l'acceptabilitat de l'instrument multimèdia com a eina d'educació per a la salut: els resultats mostren que va ser fàcil d'utilitzar fins i tot per la població més vulnerable. La majoria dels participants (93%), seleccionats d'una mostra de pacients de quatre centres d'atenció primària, van manifestar no haver tingut cap dificultat amb la utilització de la tauleta. Els esforços per difondre una eina de detecció de persones amb un nivell baix d'alfabetització per a la salut han d'anar acompanyats de conscienciació i formació dels professionals per poder donar una resposta a les barreres que s'aixequin.²⁷

Fa falta més investigació, però el coneixement actual suggereix que una combinació entre «precaucions universals» (pressuposar que tothom precisa ajuda) i una mirada respectuosa a les barreres comunicatives identificades ajuden a autogestionar millor la cura de les malalties cròniques.^{26, 27}

6.3 Intervencions per millorar la prevenció de les malalties cròniques i l'autocura en les persones amb una baixa alfabetització per a la salut

S'ha investigat molt sobre les estratègies d'intervenció per prevenir les malalties cròniques, millorar els esforços d'autocura i reduir les iniquitats en salut. Però existeix poca informació sobre com les pràctiques actuals i el desenvolupament de polítiques sanitàries aborden la baixa alfabetització per a la salut com una barrera amb un potencial que cal tenir present per millorar la gestió de les malalties cròniques.

En la recerca bibliogràfica efectuada, s'ha trobat que la majoria de les investigacions sobre educació per a la salut en el maneig de malalties cròniques se centren en la diabetis, i que bona part dels estudis relacionats amb la prevenció secundària s'inclouen en l'àrea de detecció del càncer. Pocs estudis fan un examen de l'impacte de la baixa alfabetització per a la salut i se centren en els esforços de prevenció primària dirigits als factors de risc de les malalties cròniques: pes, hàbits alimentaris, activitat física i hipertensió.

Els professionals de la salut ja no se centren en «educar» els pacients, sinó que els ajuden a desenvolupar habilitats d'autocura ajudant-se del procés de la gestió centrada en cada pacient. El model de cura de la malaltia crònica proposat per Wagner ha mostrat ser eficaç per millorar els resultats de l'atenció als pacients amb diabetis i infart cardíac.²⁸

Rothman i col·laboradors²⁹ han estudiat l'impacte de l'alfabetització per a la salut limitada sobre l'efectivitat d'un programa de gestió integral en pacients diabètics. Tota la comunicació del grup d'intervenció es va adaptar a les necessitats individuals de comprensió. Els pacients del grup d'intervenció van rebre un suport intensiu d'un equip multidisciplinari per tractar la malaltia. Els punts del

programa integral per al control de la diabetis eren: atenció habitual del metge de capçalera, control per part de l'educador especialista en diabetis, 1-2 sessions d'assessorament sobre el tractament farmacològic, guia d'autocontrol (algoritmes de tractament) per ajustar la medicació, salvar barreres (comunicació, mobilitat, salut), regular el contacte telefònic en la periodicitat necessària, oferir material per donar suport a l'educació oral basada en imatges i suport interactiu durant tot el període de seguiment. Els temes més consultats van ser: objectius del tractament, identificació dels símptomes, prevenció de les complicacions a llarg termini i autocura.²⁹

Els pacients amb un nivell d'alfabetització baix van ser els més beneficiats pel programa. L'estudi conclou que l'alfabetització pot ser un factor important per predir qui es beneficiarà d'una intervenció integral en el control de la diabetis. Els elements clau del programa eren el suport en l'autocura i el treball multidisciplinari. La premissa «més temps i més atenció» no va ser suficient per explicar les diferències observades (no hi va haver diferències entre la freqüència de les visites i el temps dedicat a cada pacient); cal afegir l'apoderament del pacient com un factor d'influència en la millora de la salut relacionada amb la qualitat de vida.²⁹

Gardner,³⁰ en el seu estudi d'una població rural de persones grans, dissenyat per millorar l'educació per a la salut general, també identifica l'apoderament com un component important en les intervencions d'alfabetització per a la salut.³⁰

En la mateixa línia, s'estan desenvolupant programes per millorar la prevenció de les malalties cròniques i l'autocura que utilitzen el model centrat en el pacient i l'enfocament multidisciplinari.³¹ L'aprenentatge i la pràctica que ofereix aquest model situa els pacients en una posició més favorable a entendre i seguir el tractament adequat, millorar el resultat en el seguiment i reduir els costos de l'atenció mèdica.

6.3.1 Actuacions efectives amb estratègies individuals, segons el tipus d'intervenció

Les actuacions efectives en alfabetització per a la salut han d'anar acompanyades de canvis en les conductes de les persones, però **hem de promoure la salut a través d'una millora de la comunicació oral, escrita, electrònica i interpersonal entre els consumidors, els pacients, els ciutadans i tots els proveïdors de salut.**

La força de l'evidència dels estudis sobre els efectes de les característiques del disseny d'intervencions en les poblacions amb un baix nivell educatiu és escassa. Això es deu, en bona part, a les diferències entre les intervencions i els resultats posteriors dels estudis agrupats segons el tipus d'intervenció.

6.3.2 Intervencions amb documents de disseny alternatiu

El disseny dels documents comporta una millora dels resultats de comprensió i elecció en les intervencions a partir dels individus.

Radvinsky i els seus col·laboradors³² van utilitzar, per a l'atenció als pacients, documents de salut amb un disseny que presentava la informació sobre la descripció d'avantatges i inconvenients del seguiment de mesures. Amb aquest tipus de model es millorava la comprensió de les indicacions a seguir en la promoció de la salut. També s'observà que la informació important en el document calia ubicar-la al principi.³²

En l'estudi de Regan i col·laboradors, la millora de la comprensió era deguda a la informació del document, que només presentava informació essencial. Si als mateixos pacients se'ls donava informació essencial i no essencial, la comprensió del document era més baixa. Limitar i enfocar la informació representa una millora en els documents d'alfabetització per a la salut.³³

6.3.3 Intervencions amb alternativa de la presentació numèrica

Baker i col·laboradors³⁴ van utilitzar, per a un estudi sobre la qualitat hospitalària, una presentació numèrica que ajudava a comprendre millor les respostes, de tal manera que el nombre més alt indicava una millor qualitat del servei hospitalari. Els resultats d'aquest estudi variaven segons el nivell d'alfabetització dels pacients. Els pacients amb una alfabetització baixa milloraven la seva comprensió i els pacients amb una alfabetització alta també aconseguien beneficiar-se d'aquest enfocament numèric. Aquest mateix estudi també investigava si adjuntar símbols per indicar conceptes de «més» o «menys» ajudava la comprensió.³⁴

L'ús de la numeració s'ha utilitzat en altres estudis, per exemple, per examinar l'efecte de la informació sobre el risc de patir un atac de cor i els beneficis del tractament amb un medicament contra el colesterol en 1.047 adults nord-americans i alemanys.³⁵ A més, altres autors han observat que el valor predictiu positiu en la presentació numèrica també millorava la comprensió d'una prova genètica per a la diabetis i la trisomia 21.³⁶

6.3.4 Intervencions amb alternativa de representar i adjuntar pictogrames

En una revisió bibliogràfica de vuit estudis de qualitat, es van investigar els efectes de la representació pictòrica en els resultats, incloent la comprensió, la percepció exacta del risc i l'elecció de les opcions de més qualitat. Els símbols inclouen un signe (+) per indicar les intervencions. Per millorar la comprensió, es poden utilitzar materials amb il·lustracions, vinyetes o dibuixos amb informació. Per exemple, els símbols de semàfors amb colors faciliten la millora de la comprensió.³⁷

6.3.5 Intervencions amb mitjans alternatius

Quatre assaigs aleatoritzats varen avaluar els efectes de diferents tipus de mitjans de comunicació en la comprensió o la intenció de buscar informació sobre la salut.^{38, 39, 40, 41}

Tres d'ells se centraven en els efectes de la utilització d'alguns mitjans, com per exemple el vídeo, presentacions amb diapositives en lloc de la utilització de materials impresos, etc.^{39, 40, 41}

L'altre assaig va examinar els efectes de la utilització del vídeo combinat amb la narrativa verbal. L'eficàcia de la versió multimèdia s'evidencia en aquest estudi aleatoritzat amb una mostra de 200 adults de quatre centres d'atenció primària dels Estats Units, als quals se'ls va passar una informació narrativa verbal sobre la demència avançada, o la narració verbal en combinació amb uns dos minuts de vídeo. Els participants que van rebre la informació verbal i el vídeo van obtenir un coneixement millor, en comparació amb el grup que només va rebre la narrativa verbal.³⁸

Conclusions

La millora de l'alfabetització per a la salut de les persones requereix el desenvolupament de diferents estratègies i diversos tipus d'intervencions per tal d'assegurar: una bona accessibilitat a tots els usuaris, la difusió de la informació adient tant pel que fa al contingut com a la forma, i el treball transversal dels professionals en un model d'atenció centrada en el pacient amb capacitat de prendre decisions saludables.

És important, per part dels professionals, detectar la «població oculta» amb dificultats d'alfabetització per a la salut, emmascarada per la seva competència en alfabetització funcional. El coneixement actual de les intervencions efectives en *health literacy* apunta a la combinació de «precaucions universals» (pressuposar que tothom precisa ajuda) amb una mirada respectuosa a les barreres comunicatives identificades.

Taula 6.1 Intervencions efectives en alfabetització i salut i evidència disponible

Autor	Intervenció	Resultats	Nivells evidència
Greene, <i>et al.</i> , 2008 ⁴⁴ Peters, <i>et al.</i> , 2007 ⁴⁵	Documents amb disseny alternatiu	Destacant les característiques comunes de qualitat: no es proporciona un marc per a les característiques de qualitat (fragmentació entre els avantatges i els inconvenients). Millora de la comprensió per part de les persones amb una alfabetització alta, però empitjorament en els grups d'alfabetització baixa. Millora de la comprensió i l'elecció dels plans de salut si la presentació és d'informació única (només en grups d'alfabetització baixa).	3

Autor	Intervenció	Resultats	Nivells evidència
Peters, <i>et al.</i> , 2007 ⁴⁵ Galesic, <i>et al.</i> , 2009 ⁵⁰ Garcia-Retamero, Galesic, 2009 ⁵¹	L'alternativa de la presentació numèrica	Tenim una presentació d'informació de qualitat de tal manera que el nombre més alt (vs. nombre més baix) és millor: la comprensió millora en grups de baixa alfabetització. Millora la presentació d'informació sobre el risc de la malaltia i la informació sobre els beneficis del tractament. Millora de la comprensió per igual en persones de baixa i alta alfabetització.	2-
Walker, <i>et al.</i> , 2007 ⁵² Wright, <i>et al.</i> , 2009 ⁵³ Peters, <i>et al.</i> , 2007 ⁴⁵ Mayhom, Goldsworthy, 2007 ⁵⁴ Hwang, <i>et al.</i> , 2005 ⁵⁵ Galesic, <i>et al.</i> , 2009 ⁶⁰ Garcia-Retamero, Galesic, 2009 ⁵¹	L'alternativa de representar i adjuntar pictogrames	Efectes mixtos depenent dels símbols i la informació a la qual es van afegir. La presentació dels signes (-) / (+), no va tenir cap efecte en general, encara que hi va haver una interacció de més qualitat si s'indicava mitjançant un símbol de més o menys. Blanc i negre, i color de trànsit de llum no va tenir cap efecte sobre la comprensió, però va augmentar la proporció d'individus que trien els hospitals d'alta qualitat.	3
Volandes, <i>et al.</i> , 2009 ⁴³ Campbell, <i>et al.</i> , 2004 ⁵⁶ Kang, <i>et al.</i> , 2009 ⁵⁷ Bryant, <i>et al.</i> , 2009 ⁵⁸	Mitjans alternatius	Es va barrejar l'efecte de l'addició de vídeo, ordinador o presentacions de diapositives en ser impreses. L'efecte d'impressió simplificada es va barrejar en funció del nivell de lectura dels materials impresos, i el disseny i la qualitat de l'estudi. Millora dels coneixements i la preferència per la cura del confort.	3
Yates, Pena, 2006 ⁴⁶ Coyne, <i>et al.</i> , 2003 ⁴⁷ Campbell, <i>et al.</i> , 2004 ⁵⁶ Sudore, <i>et al.</i> , 2007 ⁴⁸ Sudore, <i>et al.</i> , 2008 ⁴⁹ Kang, <i>et al.</i> , 2009 ⁵⁷ Greene, Peters, 2009 ⁵⁹	Llegibilitat alternativa en documents de disseny	Resultats mixtos en funció del grau de simplificació, el nivell d'alfabetització de la població i la qualitat de l'estudi.	3
Seligman, <i>et al.</i> , 2005 ⁴²	Conèixer prèviament l'estat d'alfabetització del pacient	No té efecte en els resultats a nivell del pacient.	2

Taula 6.2 Estudis per millorar la prevenció de les malalties cròniques i l'autocura en les persones amb alfabetització per a la salut baixa i evidència disponible

Autor	Estudis agrupats	Resultats	Nivells evidència
Wolf, <i>et al.</i> , 2007 ⁶¹ Von Wagner, <i>et al.</i> , 2007 ⁷⁴	Tabac	Resultats mixtos.	3
Wolf, <i>et al.</i> , 2007 ⁶¹ Murphy, <i>et al.</i> , 2010 ⁶⁹	Drogues i alcohol	Cap efecte sobre el consum actual d'alcohol. En un estudi trobem relació positiva entre el nivell d'educació i el consum de substàncies.	3
Von Wagner, <i>et al.</i> , 2007 ⁷⁴ Cho, <i>et al.</i> ⁶⁸ Wolf, <i>et al.</i> , 2007 ⁶¹	Estil de vida saludable (l'activitat física, els hàbits alimentaris i l'ús del cinturó de seguretat)	Resultats contradictoris dels estudis que examinen l'exercici, la dieta o les activitats combinades, i l'ús del cinturó de seguretat.	3
Paasche-Orlow, <i>et al.</i> , 2005 ⁷⁵ Marteleteo, <i>et al.</i> , 2008 ⁷⁶	Comportaments sexuals de risc i VIH	Resultats mixtos.	3
Davis, <i>et al.</i> , 2007 ⁶³ Wolf, Davis, <i>et al.</i> , 2007 ⁶⁴ Bailey, <i>et al.</i> , 2009 ⁶⁵	Interpretació i missatges de salut	La baixa alfabetització per a la salut associada a una pitjor capacitat d'interpretar els missatges de salut: menor probabilitat d'oferir un relat de salut organitzat.	2++
Paasche-Orlow, Riekert, <i>et al.</i> , 2005 ⁶⁶	Autocura en l'asma	Baixa alfabetització associada a una habilitat d'autocura pitjor.	2-
Lincoln, <i>et al.</i> , 2006 ⁷⁷ Nokes, <i>et al.</i> , 2007 ⁷⁸ Bennett, <i>et al.</i> , 2007 ⁷⁹ Kalichman, <i>et al.</i> , 2008 ⁷² Walker, <i>et al.</i> , 2007 ⁸⁰ Morris, <i>et al.</i> , 2006 ⁸¹ Sudore, <i>et al.</i> , 2006 ⁷¹ Howard, <i>et al.</i> , 2005 ⁶² Coffman, 2010 ⁸² Murphy, 2010 ⁶⁹	Simptomatologia de la salut mental	En vuit d'aquests deu estudis s'hi va trobar una associació entre la baixa alfabetització per a la salut i la depressió.	2-

Autor	Estudis agrupats	Resultats	Nivells evidència
<p>Wolf, <i>et al.</i>, 2007⁵⁹</p> <p>Howard, <i>et al.</i>, 2005⁶³</p> <p>Sudore, <i>et al.</i>, 2006⁷¹</p> <p>Sentell, Halpin, 2006⁹¹</p> <p>Baker, <i>et al.</i>, 2004⁹²</p> <p>Gazmararian, 2006⁹³</p> <p>Howard, <i>et al.</i>, 2006⁹⁴</p> <p>Wolf, <i>et al.</i>, 2005⁹⁵</p> <p>Baker, <i>et al.</i>, 2004⁹⁶</p> <p>Rotham, <i>et al.</i>, 2006⁹⁷</p> <p>Baket, <i>et al.</i>, 2008⁹⁸</p> <p>Laramee, <i>et al.</i>, 2007¹⁰⁰</p> <p>Kim, 2009⁹⁹</p>	<p>Malalts crònics (diabetis, hipertensió, malaltia de l'artèria coronària, insuficiència cardíaca, bronquitis o emfisema, asma, artritis, càncer...)</p>	<p>Resultats mixtos: tres estudis no van trobar cap relació, però el control dels factors de confusió era limitat i les mostres eren petites.</p>	<p>3</p>
<p>Paasche-Orlow, <i>et al.</i>, 2006⁷³</p> <p>Mayben, <i>et al.</i>, 2007⁸³</p> <p>Nokes, <i>et al.</i>, 2007⁷⁸</p> <p>Kalichman, <i>et al.</i>, 2008⁷²</p> <p>Murphy, 2010⁶⁹</p>	<p>VIH i símptomes</p>	<p>No es va trobar relació en els resultats de tres estudis, però el control dels factors de confusió era limitat i les mostres eren petites.</p>	<p>2-</p>
<p>Shone, <i>et al.</i>, 2009⁸⁰</p> <p>DeWalt, <i>et al.</i>, 2007⁶⁷</p>	<p>Control de l'asma</p>	<p>Resultats mixtos.</p>	<p>3</p>
<p>Morris, <i>et al.</i>, 2006⁸¹</p> <p>Tang, <i>et al.</i>, 2007⁸⁴</p> <p>Powell, <i>et al.</i>, 2007⁸⁵</p> <p>Schillinger, <i>et al.</i>, 2006⁸⁶</p> <p>Mancuso, <i>et al.</i>, 2010⁸⁷</p>	<p>Control de la diabetis</p>	<p>Resultats mixtos.</p>	<p>3</p>
<p>Powers, <i>et al.</i>, 2008⁸⁸</p> <p>Pandit, <i>et al.</i>, 2009⁸⁹</p>	<p>Control de la hipertensió</p>	<p>Resultats mixtos.</p>	<p>3</p>
<p>Wolf, <i>et al.</i>, 2006⁹⁰</p>	<p>Control del càncer de pròstata</p>	<p>Més control en tenir més resultats de les proves específiques (PSA) del càncer de pròstata.</p>	<p>2-</p>

Autor	Estudis agrupats	Resultats	Nivells evidència
Howard, <i>et al.</i> , 2006 ⁹⁴ Baker, <i>et al.</i> , 2004 ⁹² Wolf, <i>et al.</i> , 2005 ⁹⁵ Cho, <i>et al.</i> , 2008 ⁶⁸ Sudore, <i>et al.</i> , 2006 ⁷¹ Nokes, <i>et al.</i> , 2007 ⁷⁸ Kim, 2009 ⁹⁹ Smith, <i>et al.</i> , 2003 ¹⁰¹ Lee, <i>et al.</i> , 2009 ¹⁰² Muir, <i>et al.</i> , 2008 ¹⁰³ Johnston, <i>et al.</i> , 2005 ¹⁰⁴ Hahn, <i>et al.</i> , 2007 ¹⁰⁵	Estat de la salut i la qualitat de vida en adults, gent gran i persones amb malalties específiques	Cap relació amb l'estat de salut global.	2-

Bibliografia

1. Health.gov [Internet]. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Promotions; 2010 [actualitzat 4 febrer 2014; citat 4 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.health.gov/communication/literacy/default.htm>
2. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(2):185-92.
3. Rudd RE. A maturing partnership. Focus on basics: connecting research and practice [Internet]. Febrer 2002 [citat 14 febrer 2014]; 5(C). Disponible a: http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/fob/2002/fob_5c.pdf
4. Gazmararian JA, Curran JW, Parker RM, Bernardt JM, DeBuono BA. Public health literacy in America: an ethical imperative. *Am J Prev Med.* 2005; 28(3):317-22.
5. Ask me 3 [Internet]. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2007 [actualitzat 2014; citat 14 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>
6. Miyagawa M. Going to the doctor [Internet]. Whitehorse: Yukon Learn; 2002 [citat 14 febrer 2014]. Disponible a: <http://en.copian.ca/library/learning/yukon/doctor/doctor.pdf>

7. LINCS Health and literacy special collection [Internet]. Boston, MA: World Education Services; 2001-2006 [actualitzat 2009; citat 14 febrer 2014]. Disponible a: <http://healthliteracy.worlded.org/>
8. Gregory S, Xiques P, Reddick V. A model for promoting health literacy and chronic disease prevention through the 2004 surgeon general's report on smoking «People's piece». 3rd National Prevention Summit: Innovations in Community Prevention, Steps to a Healthier US initiative [Internet]. Estiu 2005 [citat 14 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.healthierus.gov/steps/summit/summit2005/workshopA5.html>
9. Dietitians of Canada [Internet]. Toronto: Dietitians of Canada; 2013 [citat 4 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.dietitians.ca>
10. Chiarelli L. Health literacy interventions [Internet]. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2006 [citat 14 febrer 2014]. Disponible a: http://www.cpha.ca/uploads/Portals/h-1/Interventions_e.pdf
11. Soricone L, Lawrence W. A conversation with FOB: learning how to teach health literacy. Focus on basics: connecting research and practice [Internet]. Novembre 2005 [citat 14 febrer 2014]; 8(A). Disponible a: <http://www.ncsall.net/index.html?id=995.html>
12. Tassi A. The emergence of literacy as a public priority: from research to consensus action. *Literacy harvest* 2004; 2(1):5-10.
13. Kurtz-Rossi S, Coyne C, Titzel J. Using research to inform health and literacy program development: results from the HEAL: BBC evaluation study. *Literacy harvest* 2004; 2(1):35-44.
14. Hohn M. Empowerment health education in adult literacy: guide for public health and adult literacy practitioners, policy-makers and funders. *Literacy leader fellowship program reports* 1997; 3(4A).
15. Doucette P. (coord.) *Literacy and health promotion: four case studies*. Halifax, NS: Hearth Health Nova Scotia; 2001.
16. Boyer G, Laverdure J. *Le déploiement des programmes de type «Naitre égaux-Grandir en santé» au Québec*. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec; 2000.
17. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. *Nursing outlook* 2011; 59:70-8.
18. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low literacy. *Arch Intern Med*. 2003; 163(1):83-90.
19. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med*. 2002; 34 (5):383-9.
20. American Medical Association Foundation. *Health literacy: help your patients understand*. Faculty guide 2005.

21. Shotet L, Renaud L. Critical analysis of best practices in health literacy: literacy and health in Canada. *Canadian journal of public health* 2006; 97(2):S10-S13.
22. Weiss B, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* 2005; 3(6): 514-22.
23. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the «hidden population» of people with low literacy: a systematic review of the literature. *BMC Public health* 2010; 10:459.
24. Laurie TM, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, *et al.* Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2009; 24(11):1211-6.
25. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* 2004; 36(8):588-94.
26. King J. The meaning of patient education experiences for adults with limited literacy and chronic illnesses: draft dissertation [tesi doctoral]. Ottawa: University of Ottawa; 2005.
27. Yost KJ, Webster K, Baker DW, Jacobs EA, Anderson A, Hahn EA. Acceptability of the talking touchscreen for health literacy assessment. *J Health Commun.* 2010; 15(2):80-92.
28. Wagner E. The chronic care model. Improving chronic illness care [Internet]. Seattle, WA: ICIC; 2006. Disponible a: <http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>
29. Rothman R, Malone R, Bryant B, Shintani A. A randomized trial of primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes. *Am J Med.* 2005; 118(3):276-284.
30. Gardner M, Jones S, Peeler J. Improving health literacy to improve the health of rural elders. Abstract from a workshop presented at the 3rd National Prevention Summit: innovations in community prevention. Steps to a healthier US initiative [Internet]. Estiu 2005 [citat 14 febrer 2014]; 19(5). Disponible a: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/prevrpt/Volume19/Issue4pr.htm>
31. Association of Ontario Health Centres. Highly effective disease management-case study: how CHCs enhance diabetes care and save public health system resources [Internet]. Ontario: Association of Ontario Health Centres; 2006 [citat 4 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.aohc.org>
32. Radvansky GA. Aging memory and comprehension. *Curr Dir Psychol.* 1999; 8(2):49-53.
33. Regan J, Petroski C. Prescription drug coverage among medicare beneficiaries. *Health Care Financ R.* 2007; 29(1):119-26.

34. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(6):723-6.
35. Teal C, Paterniti D, Murphy C, John D, Morgan R. Medicare beneficiary knowledge: measurement implications from a qualitative study. *Health Care Financ R. Estiu 2006; 27(4):13-23.*
36. Bardia A, Loprinzi C, Grothey A, Nelson G, Alberts S, Menon S, *et al.* Adjuvant chemotherapy for resected stage II and III colon cancer: comparison of two widely used prognostic calculators. *Semin Oncol.* 2010; 37(1):39-46.
37. Peters E, Dieckmann NF, Västfjäll D, Mertz CK, Slovic P, Hibbard JH. Bringing meaning to numbers: The impact of evaluative categories on decisions. *J Exp Psychol.* 2009; 15(3):213-27.
38. Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, *et al.* Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomized controlled trial. *BMJ* 2009; 338:b2159.
39. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, *et al.* A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:30.
40. Kang EY, Fields HW, Kiyak A, Beck FM, Firestone AR. Informed consent recall and comprehension in orthodontics: traditional vs improved readability and processability methods. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009; 136(4):488.e1-13; discussion 488-9.
41. Bryant MD, Schoenberg ED, Johnson TV, Goodman M, Owen-Smith A, Master VA. Multimedia version of a standard medical questionnaire improves patient understanding across all literacy levels. *J Urol.* 2009; 182(3):1120-5.
42. Seligman HK, Wang FF, Palacios JL, Wilson CC, Daher C, Piette JD, Schillinger D. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(11):1001-7.
43. Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, *et al.* Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomized controlled trial. *BMJ* 2009; 338:b2159.
44. Greene J, Peters E, Mertz CK, Hibbard JH. Comprehension and choice of a consumer-directed health plan: an experimental study. *Am J Manag Care* 2008; 14(6):369-76.
45. Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard JH, Mertz CK. Less is more in presenting quality information to consumers. *Med Care Res Rev.* 2007; 64(2):169-90.
46. Yates K, Pena A. Comprehension of discharge information for minor head injury: a randomised controlled trial in New Zealand. *N Z Med J.* 2006; 119(1239):U2101.

47. Coyne CA, Xu R, Raich P, Plomer K, Dignan M, Wenzel LB, *et al.* Randomized, controlled trial of an easy-to-read informed consent statement for clinical trial participation: a study of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol.* 2003; 21(5):836-42.
48. Sudore RL, Landefeld CS, Barnes DE, Lindquist K, Williams BA, Brody R, *et al.* An advance directive redesigned to meet the literacy level of most adults: a randomized trial. *Patient Educ Couns.* 2007; 69(1-3):165-95.
49. Sudore RL, Schickedanz AD, Landefeld CS, Williams BA, Lindquist K, Pantilat SZ, *et al.* Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(6):1006-13.
50. Galesic M, Gigerenzer G, Straubinger N. Natural frequencies help older adults and people with low numeracy to evaluate medical screening tests. *Med Decis Making* 2009; 29(3):368-71.
51. Garcia-Retamero R, Galesic M. Communicating treatment risk reduction to people with low numeracy skills: a cross-cultural comparison. *Am J Public Health* 2009; 99(12):2196-202.
52. Walker D, Adebajo A, Heslop P, Hill J, Firth J, Bishop P, *et al.* Patient education in rheumatoid arthritis: the effectiveness of the ARC booklet and the mind map. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46(10):1593-6.
53. Wright AJ, Whitwell SC, Takeichi C, Hankins M, Marteau TM. The impact of numeracy on reactions to different graphic risk presentation formats: an experimental analogue study. *Br J Health Psychol.* 2009; 14(Pt 1):107-25.
54. Mayhorn CB, Goldsworthy RC. Refining teratogen warning symbols for diverse populations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2007; 79(6):494-506.
55. Hwang SW, Tram CQ, Knarr N. The effect of illustrations on patient comprehension of medication instruction labels. *BMC Fam Pract.* 2005; 6(1):26.
56. Campbell FA, Goldman BD, Boccia ML, Skinner M. The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: a comparison of print, video, and computer-based presentations. *Patient Educ Couns.* 2004; 53(2):205-16.
57. Kang EY, Fields HW, Kiyak A, Beck FM, Firestone AR. Informed consent recall and comprehension in orthodontics: traditional vs improved readability and processability methods. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009; 136(4):488.e1-13; discussion 488-9.
58. Bryant MD, Schoenberg ED, Johnson TV, Goodman M, Owen-Smith A, Master VA. Multimedia version of a standard medical questionnaire improves patient understanding across all literacy levels. *J Urol.* 2009; 182(3):1120-5.

59. Greene J, Peters E. Medicaid consumers and informed decision making. *Health Care Financ Rev.* Primavera 2009; 30(3):25-40.
60. Galesic M, Garcia-Retamero R, Gigerenzer G. Using icon arrays to communicate medical risks: overcoming low numeracy. *Health Psychol.* 2009; 28(2):210-6.
61. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviors among older adults. *Am J Prev Med.* 2007; 32(1):19-24.
62. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med.* 2005; 118(4):371-7.
63. Davis TC, Wolf MS, Bass PF 3rd, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, *et al.* Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Ann Intern Med.* 2006; 145(12):887-94.
64. Wolf MS, Davis TC, Shrank W, Rapp DN, Bass PF, Connor UM, *et al.* To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Educ Couns.* 2007; 67(3):293-300.
65. Bailey SC, Pandit AU, Yin S, Federman A, Davis TC, Parker RM, *et al.* Predictors of misunderstanding pediatric liquid medication instructions. *Fam Med.* 2009; 41(10):715-21.
66. Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A, Chanmugam A, Hill P, Rand CS, *et al.* Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005; 172(8):980-6.
67. DeWalt DA, Dilling MH, Rosenthal MS, Pignone MP. Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambul Pediatr.* 2007; 7(1):25-31.
68. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008; 66(8):1809-16.
69. Murphy DA, Lam P, Naar-King S, Harris RD, Parsons JT, Muenz LR, *et al.* Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Educ Counsel.* 2010; 79(1):25-9.
70. Shone LP, Conn KM, Sanders L, Halterman JS. The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Educ Couns.* 2009; 75(3):368-75.
71. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, *et al.* Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(5):770-6.
72. Kalichman SC, Pope H, White D, Cherry Ch, Amaral CM, Swetzes C, *et al.* Association between health literacy and HIV treatment adherence: further evidence from objectively measured medication adherence. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic.).* 2008; 7(6):317-23.
73. Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Palepu A, Meli S, Faber V, Samet JH, *et al.* Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):835-40.

74. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(12):1086-90.
75. Paasche-Orlow MK, Clarke JG, Hebert MR, Ray MK, Stein MD. Educational attainment but not literacy is associated with HIV risk behavior among incarcerated women. *J Womens Health (Larchmt)* 2005; 14(9):852-9.
76. Marteleto L, Lam D, Ranchhod V. Sexual behavior, pregnancy, and schooling among young people in urban South Africa. *Stud Fam Plann.* 2008; 39(4):351-68.
77. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, *et al.* Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):818-22.
78. Nokes KM, Coleman CL, Cashen M, Dole P, Sefcik E, Hanilton MJ, *et al.* Health literacy and health outcomes in HIV seropositive persons. *Res Nurs Health* 2007; 30(6):620-7.
79. Bennett IM, Culhane JF, McCollum KF, Mathew L, Elo IT. Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77(2):243-8.
80. Walker D, Adebajo A, Heslop P, Hill J, Firth J, Bishop P, *et al.* Patient education in rheumatoid arthritis: the effectiveness of the ARC booklet and the mind map. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46(10):1593-6.
81. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. *BMC Fam Pract.* 2006; 7:49.
82. Coffman MJ, Norton CK. Demands of immigration, health literacy, and depression in recent Latino immigrants. *Home Health Care Management & Practice* 2010; 22(2):116-22.
83. Mayben JK, Kramer JR, Kallen MA, Franzini L, Lairson DR, Giordano TP. Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(3):195-204.
84. Tang YH, Pang SM, Chan MF, Yeung GS, Yeung VT. Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs.* 2008; 62(1):74-83.
85. Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ.* 2007; 33(1):144-51.
86. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep.* 2006; 121(3):245-54.

87. Mancuso JM. Impact of health literacy and patient trust on glycemic control in an urban USA population. *Nurs Health Sci.* 2010; 12(1):94-104.
88. Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Thorpe CT, Bosworth HB. Literacy and blood pressure: do healthcare systems influence this relationship? A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:219.
89. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini MV, Persell SD, *et al.* Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns.* 2009; 75(3):381-5.
90. Wolf MS, Knight SJ, Lyons EA, Durazo-Arvizu R, Pickard SA, Arseven A, *et al.* Literacy, race, and PSA level among low-income men newly diagnosed with prostate cancer. *Urology* 2006; 68(1):89-93.
91. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):862-6.
92. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 2007; 167(14):1503-9.
93. Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J, Rask K. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(12):1215-21.
94. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):857-61.
95. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med.* 2005; 165(17):1946-52.
96. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, *et al.* Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(3):215-20.
97. Rothman RL, Housam R, Weiss H, Davis D, Gregory R, Gebretsadik T, *et al.* Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *Am J Prev Med.* 2006; 31(5):391-8.
98. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, *et al.* Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(6):723-6.
99. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs.* 2009; 18(16):2337-43.
100. Laramee AS, Morris N, Littenberg B. Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:98.
101. Smith JL, Haggerty J. Literacy in primary care populations: is it a problem? *Can J Public Health* 2003; 94(6):408-12.

102. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI, Crittenden K, Vicencio D. Health literacy, social support, and health status among older adults. *Educ Gerontol.* 2009; 35(3):191-201.
103. Muir KW, Santiago-Turla C, Stinnett SS, Herndon LW, Allingham RR, Challa P, *et al.* Health literacy and vision-related quality of life. *Br J Ophthalmol.* 2008; 92(6):779-82.
104. Johnston MV, Diab ME, Kim SS, Kirshblum S. Health literacy, morbidity, and quality of life among individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2005; 28(3):230-40.
105. Hahn EA, Cella D, Dobrez DG, Weiss BD, Du H, Lai JS, *et al.* The impact of literacy on health-related quality of life measurement and outcomes in cancer outpatients. *Qual Life Res.* 2007; 16(3):495-507.

CAPÍTOL VII

EFFECTIVITAT DELS PROGRAMES D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT DIRIGITS A PERSONES AMB BAIXOS NIVELLS D'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

CARME VALLS GUALLAR
JORDI VILARDELL BERGADA
ROSA SUÑER SOLER

Resum

El present capítol descriu estàndards i pràctiques en l'educació per a la salut dutes a terme en persones amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut i els resultats observats. Específicament, s'han revisat els resultats en persones amb una situació de malaltia crònica com la diabetis, les malalties musculoesquelètiques o les malalties cardíaques. La revisió bibliogràfica és, en la seva totalitat, internacional; no tenim coneixement, en aquests termes, de resultats similars en el nostre entorn. No obstant això, el programa *Pacient Expert* a Catalunya, un programa que fomenta l'autocura seguint les recomanacions de l'OMS, és un bon recurs educatiu per ensenyar d'altres pacients crònics promovent l'autocura, fonamentant la comunicació eficaç i considerant els nivells d'alfabetització dels participants, tot i que no hi hagi resultats, de moment, en aquesta línia doncs encara no fa gaire que s'ha posat en pràctica.

Els resultats de la present revisió assenyalen que l'educació sanitària per a la diabetis, adaptada als nivells d'alfabetització per a la salut, té efectes sobretot a curt termini (entre 3 i 6 mesos) sobre el control glucèmic; a més, també té efectes sobre el coneixement de la diabetis i sobre el foment d'estils de vida saludables. En les malalties cardíaques cròniques com la insuficiència cardíaca s'ha observat que els programes amb múltiples sessions d'educació i formació, i amb un seguiment dels pacients redueixen la incidència de complicacions i l'hospitalització en pacients amb baixos nivells d'alfabetització. Pel que fa a les malalties musculoesquelètiques en persones amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut, destaca el fet que hi hagi molt poca bibliografia, ressaltant els efectes moderats dels programes d'educació també quan es combinen amb el material escrit i amb altres materials de suport, com àudios, i el seguiment dels pacients per telèfon.

En altres malalties cròniques hi ha poca evidència que clarifiqui les característiques clau dels programes d'educació per a la salut per a pacients amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut, essent necessari continuar investigant en aquesta línia amb la inclusió i el seguiment d'un major nombre de pacients amb nivells compromesos de *health literacy*.

Introducció

L'educació per a la salut és tota aquella activitat lliurement escollida que participa en un aprenentatge de la salut o de la malaltia, és a dir, en un canvi relativament permanent de les disposicions o les capacitats del subjecte. Una educació per a la salut eficaç pot produir canvis a nivell de coneixements, de la comprensió, de les formes de pensar; pot influenciar o canviar valors; pot determinar canvis d'actituds i de creences; pot facilitar l'adquisició de competències, fins i tot pot produir canvis de comportaments o de formes de vida.^{1,2}

L'educació per a la salut esdevé un instrument necessari que ha de permetre, d'una banda, desenvolupar les capacitats personals i socials i, de l'altra, implementar polítiques per a la salut d'acord amb els principis ètics de les actuacions sanitàries, avalades per un ampli consens social i respectant la diversitat social i cultural. Cal tenir present que els processos d'educació per a la salut són complexos, sovint comunitaris, i que cal adaptar-los contínuament a les situacions canviants de les persones o dels grups amb els quals es treballa. Atesa la seva complexitat i les situacions canviants, els resultats del processos educatius s'obtenen a llarg termini. Es considera fonamental integrar, en els projectes educatius, els aspectes cognitius de la persona o la comunitat (coneixements), els aspectes afectius (actituds i valors), aspectes psicomotors (habilitats i destreses) i els aspectes socials (capacitats de relació).³

Segons Tones,² un programa eficient d'educació per a la salut és aquell que considera les teories existents i l'estat del coneixement previ del tema. S'ha de basar en un diagnòstic que consideri els factors socials, psicològics i ambientals del comportament relacionat amb la salut o la malaltia. L'enfocament, doncs, no s'ha de basar només en el coneixement, sinó també en les creences dels individus i relacionar-se amb el grau de desenvolupament de la persona, considerant les barreres i la pressió social en l'adopció i el manteniment de la conducta que es desitgi, així com també considerar les barreres ambientals. A més, cal complementar l'educació amb un ambient de suport i crear coalicions entre les parts interessades, educant amb mètodes apropiats i comptant amb els professionals de la salut.²

El present capítol descriu els estàndards i les pràctiques en l'educació per a la salut duts a terme fins ara, considerant el nivell d'alfabetització per a la salut de les persones i els resultats obtinguts. Per revisar l'evidència, s'ha focalitzat especialment la cerca d'informació en programes per a persones en situació de malaltia crònica com la diabetis, les malalties musculoesquelètiques o les malalties cardíques.

Educació per a la salut, diabetis i *health literacy*

La diabetis és un problema de salut creixent a nivell mundial i s'associa amb complicacions greus si no està ben controlada. L'educació per a l'autocura és un component important de l'atenció integral de la diabetis. L'educació per a la salut en la diabetis d'acord amb els nivells d'alfabetització sembla tenir efectes positius a curt termini sobre el control glucèmic, el coneixement de la diabetis i el foment d'estils de vida saludables. En un sentit contrari, quan no es considera el baix nivell d'alfabetització per a la salut de les persones, aquestes poden tenir dificultats per comprendre la informació dels programes educatius per a la diabetis i dels materials tradicionals. Per contrarestar aquest possible obstacle, diversos estudis han optat per fer programes adaptats a les necessitats individuals dels pacients. Wolff i els seus col·laboradors⁴ varen desenvolupar el programa «Alfabetització, Diabetis i Educació Numeracy Toolkit», que consistia en 24 mòduls interactius en la cura de la diabetis estàndard que es poden adaptar a les necessitats individuals de cada pacient i que són utilitzats per tots els membres de l'equip d'atenció multidisciplinària. El contingut i el format d'aquest material tenia com a objectiu millorar la facilitat d'ús per als pacients diabètics amb un nivell baix d'alfabetització i pocs coneixements d'aritmètica, mitjançant l'adhesió a un nivell de lectura inferior i utilitzant il·lustracions dels conceptes claus, codificacions amb colors i altres recursos per guiar els pacients a través de les instruccions per tenir cura de si mateixos. Encara que va estar dissenyat per a pacients amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut i matemàtiques, els autors assenyalen que aquest programa proporciona materials per facilitar l'educació sobre la diabetis per a tots els pacients.⁴

En un altre estudi⁵ (una metanàlisi d'11 assaigs, que incloïa 1.603 persones), es va observar una millora del control glucèmic (HbA1c) després de l'educació considerant els nivells d'alfabetització sobre la salut, tant als tres mesos com als sis mesos, en comparació amb els grups de control que van rebre una atenció habitual. Aquest efecte no va ser significatiu 12 mesos després de la intervenció. Els coneixements també van millorar en els grups d'intervenció tres mesos i dotze mesos després de la intervenció. Altres mesures de resultats tant clínics (nivells de lípids i pressió arterial) com centrats en els pacients (qualitat de vida, actitud, mesures d'apoderament dels pacients i autoeficàcia), no van mostrar una millora significativa en comparació amb els grups de control. L'educació sanitària sobre la diabetis, culturalment apropiada i adient als nivells d'alfabetització per a la salut, sembla tenir efectes a curt termini sobre el control glucèmic, el coneixement de la diabetis i els estils de vida saludables. Cap dels estudis inclosos en aquesta revisió es van allargar en el temps, per la qual cosa els resultats a llarg termini no es coneixen. L'heterogeneïtat dels estudis va fer difícil poder fer comparacions entre subgrups.⁵

En una metanàlisi recent, conduïda per Pottie i col·laboradors⁶ i que va incloure 10 assaigs, el control glucèmic (HbA1c) va mostrar una millora després de dur a terme una educació per a la salut culturalment apropiada (d'acord amb els nivells d'alfabetització per a la salut) tant als tres com als sis mesos després de la intervenció, en comparació amb els grups de control que van rebre una atenció

habitual. No obstant això, aquest efecte no va ser significatiu 12 mesos després de la intervenció. Els resultats sobre el coneixement de la malaltia també van millorar en els grups d'intervenció als tres, els sis i els dotze mesos. Altres mesures de resultat, tant clínics (per exemple, els nivells de lípids i la pressió arterial) com de qualitat de vida, actitud i autoeficàcia, no van mostrar una millora significativa en comparació amb els grups de control.⁶

A més de considerar els nivells d'alfabetització per a la salut, s'ha observat que **les persones amb barreres idiomàtiques i un accés limitat als programes sobre diabetis responien millor a les intervencions que utilitzaven treballadors de salut de la mateixa ètnia, i a les intervencions de promoció culturalment acceptables i econòmicament assequibles**. S'ha vist que els programes d'incentius milloren la retenció de les persones en els programes d'educació per a la salut, quelcom que s'associa amb uns millors nivells d'HbA1c, almenys a curt termini. L'adopció d'un ambient positiu d'aprenentatge, un enfocament flexible i menys intensiu, un per un, i l'ensenyament en un ambient informal millora les taxes de retenció en els programes duts a terme amb persones majors de 16 anys, amb diabetis mellitus tipus 2 i pertanyents a grups ètnics minoritaris residents a països amb una renda mitjana-alta o alta.^{5,7}

Educació per a la salut, malaltia cardíaca i *health literacy*

Diversos estudis han demostrat que els programes per al maneig de malalties poden reduir les hospitalitzacions i millorar els símptomes dels pacients amb insuficiència cardíaca congestiva,^{8,9} observant que la teleassistència (telemonitoratge) i el seguiment dels pacients amb entrevistes telefòniques estructurades milloren els resultats i disminueixen el risc d'hospitalitzacions quan es comparen amb les intervencions habituals.¹⁰ Però, què succeeix quan els nivells d'alfabetització dels pacients són baixos? Quins programes són més eficaços?

DeWalt i col·laboradors¹¹ van utilitzar grups focals i entrevistes individuals de resposta cognitiva per desenvolupar un fulletó educatiu per a pacients amb un nivell baix d'alfabetització per a la salut i amb insuficiència cardíaca. El fulletó es va incorporar en una intervenció per al maneig de la malaltia, conjuntament amb una hora de sessió educativa individualitzada inicial i trucades telefòniques de suport, programades durant més de 6 setmanes. Es va dur a terme un estudi de seguiment, durant tres mesos, dels pacients amb poques habilitats d'alfabetització (nivell d'alfabetització inferior al novè grau) per posar a prova l'acceptabilitat i l'eficàcia del programa. Els resultats d'interès van incloure els coneixements relacionats amb la insuficiència cardíaca, el comportament vers l'autocura i els símptomes relacionats amb la insuficiència cardíaca, mesurats amb l'escala Minnesota Living with Heart Failure.

El nivell de lectura mitjana dels pacients inclosos en l'estudi era de cinquè grau, amb un 32% de lectura igual o inferior al nivell del tercer grau. Tot i que la puntuació mitjana sobre el coneixement de la malaltia, en un principi, va ser del 67% i que

no va millorar després de la intervenció, la proporció de pacients que van informar del control diari del pes va augmentar del 32% a l'inici de l'estudi, al 100% a les 12 setmanes, conclouent que el programa per al maneig de la malaltia d'insuficiència cardíaca dissenyat específicament per als pacients amb un nivell baix d'alfabetització es va associar amb una millora del comportament per a l'autocura i dels símptomes d'insuficiència cardíaca.¹¹

El mateix investigador d'aquest treball i altres col·legues van dur a terme, posteriorment, un assaig clínic multicèntric¹² amb 605 pacients amb insuficiència cardíaca, comparant l'eficàcia d'un programa d'educació d'una sola sessió (40') *versus* l'eficàcia d'un programa de múltiples sessions, amb la mateixa formació inicial i el mateix suport telefònic. La primera mesura de resultat va ser la incidència per a totes les causes d'hospitalització o mort, i com a mesures de resultat secundàries es van incloure l'hospitalització per insuficiència cardíaca i la qualitat de vida relacionada amb la malaltia cardíaca, amb estratificació prèvia per nivells d'alfabetització. L'efecte de l'entrenament multisessió, en comparació amb l'entrenament d'una sola sessió va diferir segons el grup d'alfabetització. Així, entre les persones amb un nivell baix d'alfabetització, la capacitació multisessió va produir una menor incidència en totes les causes d'hospitalització i mort, i també una menor incidència sobre l'hospitalització per insuficiència cardíaca.¹² Els autors van concloure que no hi va haver cap diferència entre les taxes d'hospitalització o mort de les dues intervencions. No obstant això, l'alfabetització dels pacients va ser un factor important en l'efecte de la intervenció: només els pacients amb un nivell baix d'alfabetització es varen beneficiar de la intervenció de múltiples sessions, assenyalant que és important enfocar els recursos més intensius a través de la formació contínua per als pacients amb una alfabetització baixa.¹²

En la mateixa línia, Eckman i col·laboradors,¹³ en un assaig clínic van observar una millora dels resultats sobre el coneixement de la malaltia coronària en el grup d'intervenció, format per pacients als quals se'ls va reforçar l'educació per a la salut amb un fulletó i un vídeo, obtenint una millora significativa en l'exercici i la pèrdua de pes. En els pacients amb baixa alfabetització per a la salut s'hi van observar més beneficis respecte els pacients amb uns nivells més alts d'alfabetització.¹³

Educació per a la salut, malalties musculoesquelètiques i *health literacy*

Els programes de suport per a l'autocura de malalties musculoesquelètiques, com l'artrosi o l'artritis, s'han associat amb una millora del dolor i la funcionalitat, entre d'altres resultats positius observats en els pacients que les pateixen.^{14, 15} Hi ha, no obstant, molt poca investigació que compari l'eficàcia d'aquests programes segons el nivell d'alfabetització per a la salut.¹⁴

Un estudi¹⁶ fet entre el 2006 i el 2008 als Estats Units va investigar els efectes d'un programa de suport basat en la informació i el seguiment mitjançant contactes

telefònics, sobre una mostra final de 461 pacients amb artrosi de maluc o genoll, al llarg d'un any de seguiment. El grup d'intervenció va rebre informació escrita i versions en àudio dels materials educatius d'autocontrol, que cobrien temes com els fonaments de la malaltia, l'autogestió, l'exercici, l'alimentació saludable i el control del pes, la medicació, les consultes amb el metge, la cura de les articulacions, les teràpies complementàries i alternatives, el maneig de l'estrès i el son. A més, es feien trucades telefòniques mensuals per part de l'educador sanitari per tal de revisar els punts clau, desenvolupar metes d'autogestió setmanals i plans d'acció, i per resoldre problemes. Aquesta intervenció d'educació per a la salut es va comparar amb l'atenció habitual (tot i que també es va fer un seguiment mensual dels pacients del grup de control), essent les variables de resultat el dolor, la funcionalitat (caminar i flexionar) i l'autoeficàcia envers l'autocura de la malaltia, considerant també variables sociodemogràfiques i els nivells d'alfabetització per a la salut. Entre els resultats, destaca una millora del dolor més notable en els participants del grup d'intervenció que comptaven amb un nivell d'alfabetització per a la salut més baix, conclouent que la intervenció basada en informació escrita, àudios i seguiment per telèfon pot ser particularment beneficiosa per als pacients amb artrosi pertanyents a minories racials o ètniques i amb un nivell baix d'alfabetització per a la salut.¹⁶ Recentment, s'ha publicat una revisió¹⁷ que comprenia assaigs publicats entre el 1946 i el 2012 sobre intervencions educatives en persones amb un nivell d'alfabetització per a la salut baix i amb problemes musculoesquelètics. De 2.440 treballs, només sis estudis de qualitat moderada es varen incloure en la revisió. Els resultats suggereixen que les intervencions educatives en persones amb problemes musculoesquelètics tenen un petit efecte a curt termini sobre el coneixement i l'autoeficàcia. Només un estudi d'aquesta revisió, de qualitat moderada, va mostrar un petit efecte sobre l'ansietat, i un altre estudi va mostrar efectes sobre la salut autopercebuda i el benestar de les persones amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut.¹⁷ Els autors esmenten que, habitualment, els assaigs clínics d'educació en pacients amb aquest tipus de malalties no solen incloure un gran nombre de persones amb nivells baixos d'alfabetització, hi ha falta d'evidència i recomanen portar a terme estratègies per reclutar pacients amb baixos nivells d'alfabetització per als programes d'educació de pacients amb afeccions musculoesquelètiques.¹⁷

Pel que fa a d'altres malalties cròniques, hi ha poca bibliografia sobre l'eficàcia dels programes específics d'educació per a la salut en persones amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut. Per exemple, només es disposa d'informació en un estudi fet amb pacients amb asma, en el qual s'hi indicava que l'educació havia de ser adaptada al nivell d'aquestes persones.¹⁸ En general, diversos autors coincideixen a dir que els professionals educadors especialistes en salut necessiten saber els nivells de *health literacy* i adaptar els programes a aquestes persones,¹⁹ utilitzant diverses estratègies educatives i material d'educació sanitària clarificador, ajudes visuals, un major etiquetatge clar dels medicaments, programes de suport i seguiment per a l'autocura, un aprofitament dels mitjans de comunicació, etc. L'ús d'aquestes estratègies pot millorar els resultats de la salut dels pacients amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut.²⁰

Conclusions

Tal com s'ha esmentat al principi del capítol, **una educació per a la salut eficaç hauria de produir canvis a nivell de coneixements, millorar la comprensió, determinar canvis d'actituds i de creences, facilitar l'adquisició de competències i produir canvis en els comportaments** o les formes de vida canviant-los per d'altres de més saludables. **Aquests resultats, que sempre es persegueixen amb els programes d'educació per a la salut, han de ser igualment possibles d'obtenir i tan eficaços en persones amb baixos nivells d'alfabetització per a la salut** com en la resta, essent adaptats a les necessitats específiques d'aquestes persones, aplicant totes les recomanacions sobre comunicació verbal, escrita i referent a les noves tecnologies comentada en els capítols anteriors de la guia. Específicament, utilitzant material senzill, clar i amb suport audiovisual, informant i formant en diverses sessions, implicant la família o d'altres iguals, com ara pacients experts, i fent un seguiment continuat per tal d'aconseguir l'eficàcia desitjada.

Bibliografia

1. Tones K, Tilford S. Health education: effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman Hall; 1994.
2. Tones K. Health education: evidence of effectiveness. Arch Dis Child. 1997; 77:189-191.
3. García A, Saez J, Escarbajal A. Educación para la salud. La apuesta para la calidad de vida. Madrid: Arán; 2000.
4. Wolff K, Cavanaugh K, Malone R, Hawk V, Gregory BP, Davis D, *et al.* The Diabetes Literacy and Numeracy Education Toolkit (DLNET): materials to facilitate diabetes education and management in patients with low literacy and numeracy skills. Diabetes Educ. 2009; 35(2):233-6, 238-41.
5. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (3):CD006424.
6. Pottie K, Hadi A, Chen J, Welch V, Hawthorne K. Realist review to understand the efficacy of culturally appropriate diabetes education programmes. Diabet Med. 2013; 30(9):1017-25.
7. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials. Diabet Med. 2010; 27(6):613-23.
8. Riegel B, M D, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, Gurtvitz MZ, *et al.* State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2009; 120:1141-1163.

9. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 44(4):810-819.
10. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Stewart S, Cleland JG. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. *Eur J Heart Fail*. 2011; 13(9):1028-40.
11. DeWalt DA, Pignone M, Malone R, Rawls C, Kosnar MC, George G, *et al*. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(1):78-86.
12. DeWalt DA, Schillinger D, Ruo B, Bibbins-Domingo K, Baker DW, Holmes GM. Multisite randomized trial of a single-session versus multisession literacy-sensitive self-care intervention for patients with heart failure. *Circulation* 2012; 125(23):2854-62.
13. Eckman MH, Wise R, Leonard AC, Dixon E, Burrows C, Khan F, *et al*. Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Educ Couns*. 2012; 87(2):143-51.
14. Rudd RE, Rosenfeld L, Gall V. Health literacy and arthritis research and practice. *Curr Opin Rheumatol*. 2007; 19:97-100.
15. Sperber NR, Bosworth HB, Coffman CJ, Lindquist JH, Oddone EZ, Weinberger M, *et al*. Differences in osteoarthritis self-management support intervention outcomes according to race and health literacy. *Health Educ Res*. 2013; 28(3):502-11.
16. Borkhoff CM, Wieland ML, Myasoedova E, Ahmad Z, Welch V, Hawker GA, *et al*. Reaching those most in need: a scoping review of interventions to improve health care quality for disadvantaged populations with osteoarthritis. *Arthritis Care Res*. 2011; 63:39-52.
17. Lowe W, Ballinger C, Protheroe J, Lueddeke J, Nutbeam D, Armstrong R, *et al*. Effectiveness of musculoskeletal education interventions in people with low literacy levels: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(12):1976-85.
18. Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A, Chanmugam A, Hill P, Rand CS, *et al*. Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; 172(8):980-6.
19. Weiss BD, Coyne C, Michielutte R, Davis TC, Meade CD, Doak LG, *et al*. Communicating with patients who have limited literacy skills: consensus statement from the National Work Group on Literacy and Health. *J Fam Pract*. 1998; 27:33-39.
20. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *J Clin Outcomes Manag*. 2009; 16(1):20-29.

AUTORS

Núria Borrell Brau. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), Sant Joan Despí, Barcelona.

Dolors Corominas Vilalta. Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Girona.

Mònica Fernández Aguilera. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), Sant Joan Despí, Barcelona.

Magda González Soriano. Escola Superior d'Infermeria del Mar, Parc de Salut Mar, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona.

Carme Guiteras Mauri. Consorci Hospitalari de Vic (CHV), Vic.

Anna Jiménez Sánchez. Consorci Sanitari del Garraf (CSG), Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Mònica Negrodo Esteban. Institut Bonanova de FP Sanitària, Parc de Salut Mar, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona.

Àlex Palau López. Consorci Hospitalari de Vic (CHV), Vic.

Jordi Pujiula Masó. Centre Geriàtric Maria Gay, Girona

Isabel Ramón Bofarull. Consorci Hospitalari de Vic (CHV), Vic.

Joana Ruiz Pastor. Consorci Sanitari del Garraf (CSG), Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Manel Santià Vila. Clínic Barcelona Hospital Universitari, Barcelona.

Mercè Serra Galcerán. Escola Superior d'Infermeria del Mar, Parc de Salut Mar, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona.

Montse Soro Artola. Centre Fòrum, Parc de Salut Mar, Barcelona.

Rosa Suñer Soler. Departament d'Infermeria, Facultat d'Infermeria, Universitat de Girona (UdG), Girona.

Carme Valls Guallar. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Jordi Vilardell Bergada. Clínic Barcelona Hospital Universitari, Barcelona.

