

Treball Final de Grau

L'ALFABETITZACIÓ PER LA SALUT DE LES PERSONES GRANS AMB PATOLOGIA CRÒNICA

Revisió bibliogràfica

Marta Cos Oliveras

Tutora: Dra. Maria del Carme Malagón Aguilera

Curs acadèmic: 2017/18

AGRAÏMENTS

Dur a terme aquest treball no hauria estat possible sense l'ajuda, la col·laboració i la participació directe i indirecte de diverses persones. Per aquest motiu m'agradaria agrair el seu suport incondicional durant tot el procés.

En primer lloc, agrair a la Dra. Maria del Carme Malagón Aguilera, tutora d'aquest Treball de Fi de Grau, la seva dedicació, suport i ajuda constant per aconseguir dur-lo a terme.

A la Dra. Rosa Suñer Soler per deixar-me el seu llibre "Alfabetització per la Salut: estàndards i recomanacions per als professionals de la salut" que ha sigut essencial per a l'execució d'aquesta revisió bibliogràfica.

A les meves companyes i companys de classe, amics i amigues, per permetre compartir amb ells els meus temors, i també els meus èxits.

Finalment, vull mostrar un infinit agraïment als meus pares i al meu germà, pel seu suport constant i la confiança mostrada.

A tots ells, moltes gràcies.

ÍNDIX

RESUM	3
ABSTRACT	4
MARC TEÒRIC.....	5
1. LA PROMOCIÓ PER LA SALUT	5
1.1- L'educació per la Salut	6
2. L'ALFABETITZACIÓ	7
2.1- L'alfabetització a nivell mundial	7
2.2- L'alfabetització a Espanya	9
2.3- L'alfabetització per la Salut	10
2.4- Formes de mesurar l'alfabetització per la salut	13
3. L'ENVELLIMENT.....	17
3.1- Concepte i definicions	17
3.2- Demografia sobre l'envelliment.....	18
3.3- Envellir amb salut	20
3.4- Educar les persones grans	23
3.5- Els programes educatius com a eina per alfabetitzar les persones grans	24
OBJECTIUS	27
MATERIAL I MÈTODES.....	28
RESULTATS	33
DISCUSSIÓ.....	44
LIMITACIONS	47
CONCLUSIONS	48
BIBLIOGRAFIA.....	49

RESUM

Antecedents: Els països de tot el món s'estan enfrontant a un envelliment demogràfic, fet que comporta que cada vegada hi ha més persones grans. En efecte, aproximadament el 80% dels ancians tenen almenys un problema de salut crònic. Per tal que l'envelliment d'aquesta població sigui actiu i saludable resulta essencial educar-la en salut. Millorar els nivells d'alfabetització per la salut, capacitant a les persones grans per utilitzar la informació sanitària amb eficàcia, és fonamental per l'apoderament.

Objectius: Conèixer l'evidència existent sobre l'eficàcia dels programes educatius d'alfabetització per la salut en les persones grans amb patologia crònica. També s'estudia quin tipus de programes són els més efectius i s'analitzen les diferències segons gènere i tipus de malaltia crònica.

Material i mètodes: El disseny de la investigació és una revisió bibliogràfica. La recerca d'articles s'ha realitzat en les bases de dades PubMed, CINAHL i Scielo. Durant els mesos de Febrer a Abril del 2018 s'han obtingut 9 articles que s'han inclòs en aquesta investigació després d'aplicar els criteris d'inclusió i exclusió.

Resultats: Els resultats mostren que els programes estudiats són útils per millorar l'alfabetització per la salut de les persones grans, sobretot pel que fa a l'apoderament sobre l'autogestió de les malalties i els hàbits saludables. Molts d'ells però, coincideixen en la necessitat d'augmentar la mostra estudiada. Diferents tipus de programes han resultat ser útils per millorar els coneixements. Només en dos articles s'estudia l'augment de l'alfabetització segons la variable gènere i no s'extreu cap diferència significativa. Cap estudi revisat a la recerca analitza les diferències en funció de les malalties cròniques en la millora de l'alfabetització per la salut. Els estudis inclosos resulten tenir un nivell d'evidència SIGN d'entre 1-, 2-, 2+ i 3.

Conclusions: Els programes educatius estudiats milloren els nivells d'alfabetització per la salut de les persones grans amb malalties cròniques però hi ha una manca d'investigació i sostenibilitat dels propis programes. Els resultats d'aquesta revisió apunten que cal seguir investigant respecte quina és la millor manera d'apoderar sobre salut a les persones grans i que els coneixements adquirits es mantinguin el màxim temps possible.

Paraules clau: Alfabetització per la salut, educació per la salut, persones grans, malalties cròniques.

ABSTRACT

Background: Countries around the world are facing the demographic aging, which means an increase of the elderly. In fact, about 80% of this population have at least one chronic health problem. To make the aging of this population active and healthy it is essential to educate them in health. Improving health literacy and training the elderly to use in an effective way health information, is fundamental for empowerment.

Objectives: To know the existing evidence on the effectiveness of the educational health literacy programs in elderly people with chronic diseases. It is also studied which types of programs are the most effective and are analysed the differences between gender and the type of chronic disease.

Methods: The design of the research is a bibliographic review. The search for articles has been done in the PubMed, CINAHL and Scielo databases. During the months February to April of 2018, 9 articles have been included in this research after applying the inclusion and exclusion criteria.

Results: The results show that the studied programs are useful for improving health literacy in the elderly, especially about the empowerment of self-management of illnesses and the healthy habits. Many of them, however, agree on the need to increase the studied sample. Different types of programs have proved to be useful for improving knowledge. Only in two articles it is studied the increase of health literacy according to the gender variable and there is no significant difference. None of the studies reviewed in this research analyses the differences based on the improvement of health literacy depending on the suffered chronic illness. The included studies have a SIGN level of evidence between 1-, 2-, 2+ and 3.

Conclusions: The studied educational programs improve health literacy levels of the elderly with chronic diseases but there is a lack of research and sustainability of this programs. The results of this review suggest that it is very important to continue investigating the best way to empower older people and that this acquired knowledge can be kept as long as possible.

Keywords: Health literacy, Health education, elderly, older adults, chronic diseases.

MARC TEÒRIC

1. LA PROMOCIÓ PER LA SALUT

La promoció per la salut va ser definida per l'Organització Mundial de Salut a la Carta de Bangkok (1) l'any 2005 com "el procés que consisteix en capacitar a la gent per exercir un major control sobre els determinants de la seva salut i millorar aquesta". És una funció central de la Salut Pública que centra els seus esforços en afrontar les malalties transmissibles, les no transmissibles i altres amenaces per la salut. És un concepte dinàmic que contempla la gent en tots els contextos de la seva vida diària i que es marca com a objectiu el màxim benestar físic, mental i social (2).

La societat actual està vivint una profunda transformació degut fonamentalment als canvis demogràfics i socials produïts en les últimes dècades. Aquests canvis han provocat un augment de les patologies cròniques, la pluripatologia, la despesa sanitària, la demanda assistencial, la medicalització de la vida, la patologia mental, l'atenció socio sanitària i el cansament dels cuidadors (3).

En conseqüència, també ha augmentat la necessitat d'implicar els ciutadans en la presa de decisions respecte la seva pròpia salut (3). És per això, que actualment cal adoptar una perspectiva centrada en la promoció de la salut, és a dir, en l'apoderament dels ciutadans per tal que prenguin el control de la pròpia salut i la millorin (4,5).

En aquest context és on es situa el paper de la infermera i la necessitat d'una reorientació cap a un model holístic i social, centrat en la persona. La infermera ajuda a identificar les necessitats bàsiques de les persones, a establir objectius de salut, a escollir les actuacions per aconseguir-los i a avaluar els resultats. Així doncs, la comunicació i l'educació per la salut resulten ser eines bàsiques al servei dels ciutadans que ajuden a guanyar salut (3).

1.1- L'educació per la Salut

La salut és un aspecte fonamental a la vida de totes les persones i apareix com un dret bàsic a la Declaració Universal dels Drets Humans i també consta dins la Constitució Espanyola (Art 45.2) (6,7). És un bé en si mateix i un recurs imprescindible, personal i social. L'educació per la salut, per tant, ha d'estar dirigida a tots els membres de la societat. Promoure la salut, com ja s'ha dit anteriorment, significa capacitar les persones perquè puguin augmentar el control sobre la seva salut i millorar-la (apoderar les persones de coneixement).

L'educació per la salut és un procés ampli dirigit a afavorir l'adquisició i desenvolupament de les habilitats conductuals, emocionals i socials necessàries per mantenir un estil de vida saludable (7). És una part de l'atenció sanitària que s'ocupa de promoure els comportaments sans.

L'educació per la salut es pot interpretar doncs com un element de la promoció per la salut (2). La promoció per la salut i l'educació per la salut tenen com a propòsit millorar l'accés a la informació i als serveis de salut fent així que la població obtingui un major control sobre la seva pròpia salut i benestar.

La capacitat per responsabilitzar-se de la pròpia salut significa tenir suficient seguretat per prendre decisions pròpies. També significa tenir els coneixements i les habilitats necessàries per poder prendre correctament aquestes decisions. No obstant, la capacitat per responsabilitzar-se de la salut va molt més enllà de tenir només la capacitat per poder llegir la informació, implica tenir la capacitat per utilitzar aquesta informació i convertir-la en coneixement (2). El concepte de l'educació per la salut es concentra cada vegada més en l'aprenentatge i en el procés d'enfortiment de l'autonomia sense deixar de banda la promoció per la salut i la prevenció de les malalties. Cal pensar que les malalties relacionades amb l'estil de vida, és a dir, amb factors modificables on els infermers i infermeres poden intervenir i educar, són la causa del 70-80% de les morts en els països desenvolupats i aproximadament del 40% de les morts en els països subdesenvolupats (2).

L'educació per la salut fa que les persones aprenguin des de les seves pròpies vivències i coneixements previs i així puguin desenvolupar les capacitats que els permetran modificar els comportaments per millorar la salut (8).

Educar és molt més que informar. No es tracta d'obligar utilitzant la por o la imposició, ni de persuadir, si no que s'ha de motivar i facilitar el desenvolupament personal perquè les persones prenguin les decisions de manera conscient i amb autonomia sobre la seva pròpia salut (8).

Els infermers i els infermeres estan dotades, especialment, d'uns coneixements i bases teòriques que contemplen els valors i les creences de les persones com a imprescindibles per poder establir una relació d'ajuda que permeti intervenir i, en aquest cas, educar (8).

2. L'ALFABETITZACIÓ

2.1- L'alfabetització a nivell mundial

El terme alfabetització 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 dins la societat, entès com "alfabetització funcional" (9,10). Aquest concepte engloba les habilitats bàsiques de lectura i escriptura en format verbal i visual.

Segons l'Institut d'Estadística de la UNESCO (UIS), al món hi ha 617 milions de nens i adolescents que avui en dia no aconsegueixen assolir els nivells mínims de coneixements en cultura i matemàtiques requerits (9). La figura 1 mostra aquesta proporció segons l'edat i els dominis de lectura i matemàtiques. Aquest nombre equival a tres vegades la població de Brasil. Les dades mostren que més de 387 milions de nens que cursen educació primària – de 6 a 11 anys – (56%) i 230 milions d'adolescents que cursen educació secundària – de 12 a 14 anys – (61%) no aconseguiran els nivells mínims de coneixements requerits. L'Àfrica Subsahariana concentra la xifra més alta de nens que no estan rebent l'educació necessària i l'Àsia central i del Sud es troben en segon lloc. Nord-Amèrica i Europa es troben en penúltima posició i la xifra més baixa es concentra a Oceania.

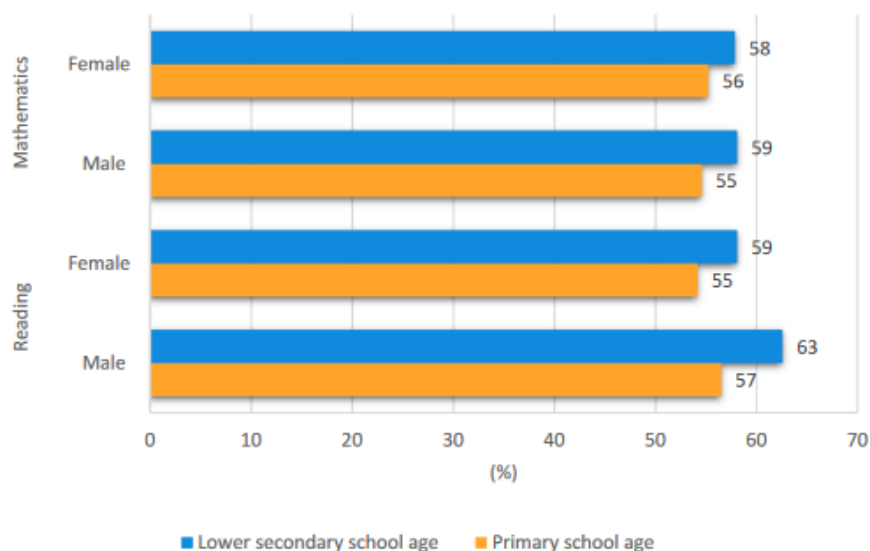


Figura 1: Proporció de nens i adolescents que no assoleixen els nivells mínims de coneixements bàsics, per grups d'edat i domini d'aprenentatge (9).

Pel que fa a les diferències de gènere, les dades suggereixen que les nenes tenen una probabilitat més alta d'adquirir més coneixements perquè un cop accedeixen a l'escola tendeixen en major nombre a continuar amb els seus estudis.

Les últimes dades en alfabetització mostren un enorme desaprofitament del potencial humà que podria amenaçar l'objectiu d'educació global i les metes educatives que marca la UNESCO (9). La comunitat internacional ha de vetllar perquè tots els nens puguin aprendre unes habilitats mínimes de lectura i matemàtiques mentre van a l'escola.

L'UIS suggereix que hi ha tres grans problemes en relació a l'alfabetització a nivell mundial: la manca d'accés a les escoles, el fracàs en la continuïtat dels estudis i la qualitat de l'educació rebuda.

La discussió a nivell internacional es centra en quins són els temes d'educació més importants i quin és el nivell mínim d'aprenentatge que s'espera aconseguir. Hauria d'haver-hi diferències entre els països en desenvolupament i els països desenvolupats? S'ha de definir un nivell de coneixement mínim segons el país on ens trobem? Per respondre a aquestes preguntes la UIS està desenvolupant un indicador global que reflecteix els problemes relacionats

amb l'accés, la qualitat i l'equitat de l'educació.

Els estudis sobre l'alfabetització són un gran debat, especialment quins diferents tipus d'alfabetització existeixen i la seva aplicació pràctica en la vida quotidiana. Una de les classificacions més conegudes identifica els tipus d'alfabetització no com a mesures d'assoliment en la lectura o l'escriptura, sinó més en termes de què ens permet fer l'alfabetització (10,11).

Segons aquesta classificació en primer lloc es troba **l'alfabetització bàsica/funcional** que es defineix com les habilitats bàsiques suficients per llegir i escriure per poder funcionar eficaçment en les situacions quotidianes. En segon lloc es troba **l'alfabetització comunicativa/interactiva**, aquesta es defineix com les habilitats cognitives i d'alfabetització més avançades que, juntament amb les habilitats socials, es poden utilitzar per participar activament en activitats quotidianes, per extreure informació i obtenir significats de diferents formes de comunicació i per aplicar nova informació a circumstàncies canviants. Finalment hi ha **l'alfabetització crítica** que es defineix com les habilitats cognitives més avançades que, juntament amb les habilitats socials, es poden aplicar per analitzar críticament la informació i utilitzar-la per exercir un major control sobre els esdeveniments i situacions de la vida.

2.2- L'alfabetització a Espanya

Segons l'Institut Nacional d'Estadística, la taxa d'analfabetisme de la població espanyola és de 64 analfabets per cada 1.000 habitants (12).

Pel que fa a Catalunya, l'any 2011 hi havia 106.217 persones sense saber llegir i escriure i 517.107 persones sense estudis sobre un total de 7.501.853 habitants (13). En relació, 1.762.340 persones tenien estudis d'ESO i 843.227 persones tenien el Batxillerat. Un total de 1.264.747 persones presentaven un nivell d'instrucció de diplomatura/grau universitari o superior i només 699.055 persones arribaven al nivell de llicenciatura i doctorat.

2.3- L'alfabetització per la Salut

Des que la Declaració d'Alma Ata sobre l'Atenció Primària de la Salut (1978) i la Carta d'Ottawa per el Fonament de la Salut (1986) van identificar el paper essencial de l'educació per la salut, hi ha hagut un progrés considerable en el desenvolupament de la salut mundial (14,15). L'educació és un factor determinant de la salut. És per això, que la salut sempre ha estat un tema important pel que fa a l'educació dels adults. La millora de coneixements sobre salut és un element essencial en molts programes d'alfabetització i educació bàsica (2).

El terme “alfabetització per a la salut” s'utilitza per primera vegada durant la dècada dels 70. A partir de llavors, l'estudi de l'alfabetització per a la salut es va concentrar sobretot als Estats Units i al Canadà. En els últims anys, però, hi ha hagut un interès creixent del seu estudi tant als Estats Units com a nivell internacional (11,16).

Durant totes aquestes dècades molts autors i institucions han definit el terme d'alfabetització per la salut, conegut com a *Health Literacy* en llengua anglesa. Als Estats Units, inicialment utilitzaven el terme per descriure i explicar la relació entre els nivells d'alfabetització de les persones usuàries del sistema sanitari i la seva habilitat per complir amb el règim terapèutic (10).

L'any 1998, l'OMS defineix l'alfabetització per la salut com **“les habilitats cognitives i socials que determinen la motivació i la capacitat de les persones per accedir a, entendre i fer servir informació per promoure i mantenir la bona salut”** (17).

Dos anys després, Nutbeam torna a definir alfabetització per la salut com **“les habilitats personals, cognitives i socials que determinen la capacitat de les persones a accedir, entendre i fer servir informació per promoure i mantenir la bona salut”** dins el marc de la promoció per la salut (10). Aquesta definició sorgeix de la necessitat d'entendre que l'alfabetització per la salut depèn directament dels nivells més bàsics d'alfabetització i que implica l'assoliment d'un nivell de coneixements més avançats; dit amb altres paraules, es contempla l'alfabetització interactiva i la crítica.

L'any 2004, l'Institut de Medicina de l'Acadèmia Nacional de les Ciències defineix el terme com **“la capacitat de les persones de rebre, processar i entendre la informació sobre salut i serveis bàsics que es necessita per prendre decisions adequades respecte la salut”** (18). Aquesta institució manifesta que l'alfabetització per la salut és una preocupació per tots aquells professionals implicats en la promoció i protecció de la salut i la prevenció de malalties. Cal tenir en compte que la “capacitat” fa referència tant al potencial innat de cada individu com a les seves habilitats i que aquesta “capacitat” pot variar segons l'educació i cultura de cada persona. Així doncs, com bé mostra la figura 2, l'alfabetització per la salut és una interacció entre els factors culturals, socials i individuals i no tothom té les mateixes capacitats.

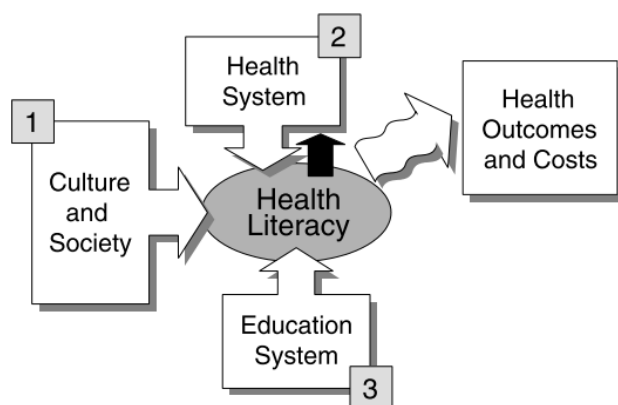


Figura 2: Interacció de factors que regulen l'alfabetització per la salut (18).

Una característica compartida entre les definicions vistes fins al moment és el seu enfocament en les habilitats individuals per obtenir, processar i comprendre informació per prendre decisions encertades sobre salut (11).

Un any després, Kickbusch, *et al.*, defineixen l'alfabetització per la salut com **“La capacitat de prendre decisions encertades en el context de la vida diària – a casa, en la comunitat, en 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 responsabilitats”** (19). Kickbusch afirma que l'alfabetització per la salut és una habilitat vital de les persones i un imperatiu per la salut pública. També que la

baixa alfabetització en salut és un fort contribuent a les desigualtats sanitàries i que és un assumpte econòmic molt important.

No és fins l'any 2008 que es defineix l'alfabetització per la salut com **“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”** (20). Els autors d'aquesta definició opinen que les antigues no reconeixen explícitament la importància dels diferents contextos de la salut per proporcionar informació a les persones d'una forma que es pugui entendre i utilitzar. En aquesta definició, l'accés és més que la disponibilitat d'informació i serveis. Està regulada per l'educació, la cultura, el llenguatge i per les habilitats comunicatives dels professionals. Reconeix que l'estat de salut i l'aprenentatge estan estretament vinculats a totes les edats i estadis de la vida. Una alfabetització per la salut efectiva comença a la primera infància i es basa contínuament en el coneixement i l'experiència acumulada al llarg de la vida. La definició també parla de la idea que l'alfabetització per la salut és essencial per prendre el control i la gestió de la salut. Significa molt més que poder llegir fullets d'informació. Es refereix a l'accés de les persones a la informació sanitària i la seva capacitat d'utilitzar-la amb eficàcia.

Finalment, una de les definicions més actuals és la que proposa Sorensen quan diu que **“l'alfabetització per 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”** (11). Sorensen proposa aquesta definició després de realitzar un exhaustiu estudi sobre l'evolució de les definicions i conceptes de l'alfabetització per la salut. La figura 3 mostra l'esquema que va crear on proposa un model integrat sobre alfabetització per la salut que captura totes les dimensions que engloba.

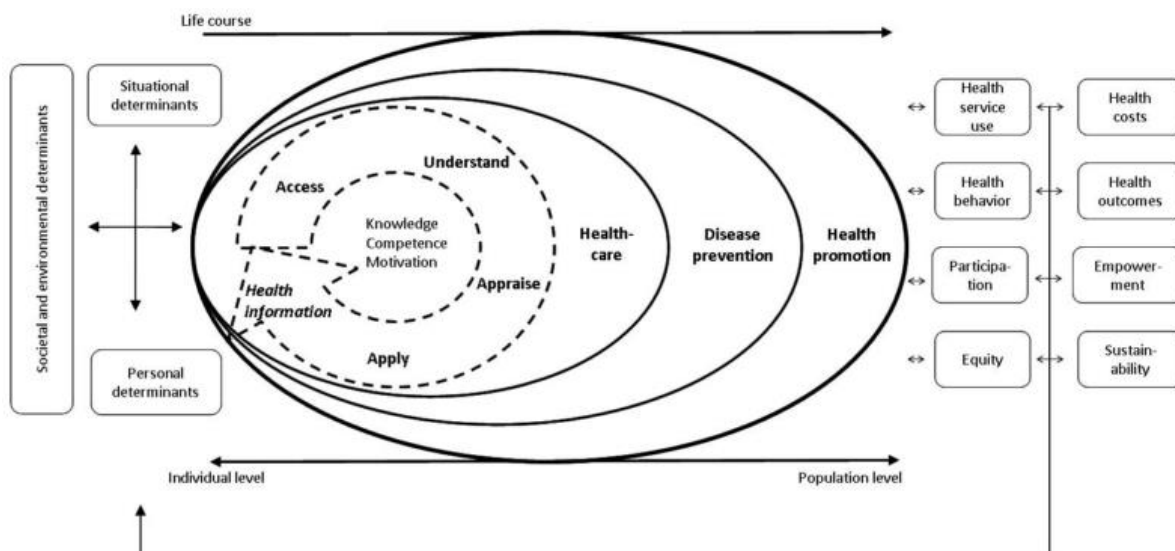


Figura 3: Model conceptual sobre l'alfabetització per la salut (11).

La realitat assistencial actual presenta informació sanitària que acaba sent més confusa que útil. També un número elevat d'opcions de tractaments. Els sistemes sanitaris són cada vegada més complexos i abasten cada vegada més sectors. Per aquests motius les decisions sanitàries situen a les persones en una posició més vulnerable. L'alfabetització per la salut no és una garantia contra aquesta incertesa però tanmateix, pot ajudar a millorar la comprensió de tot aquest diluvi d'informació (19). Sorensen (11) i el seu model integrat pretén proporcionar suport pràctic pel que fa a l'assistència sanitària, la prevenció de les malalties i la promoció de la salut, ja que serveix de base conceptual per desenvolupar intervencions o eines de mesura que millorin l'alfabetització per la salut de la població.

2.4- Formes de mesurar l'alfabetització per la salut

És de vital importància conèixer els nivells d'alfabetització per la salut de les poblacions i identificar quines són aquelles més vulnerables per així poder crear mètodes que permetin millorar aquests nivells (16). La majoria de formes de mesura han demostrat una forta associació entre el nivell d'educació rebut (secundària, estudis universitaris, etc) i la salut (16,21).

Al llarg de la història dels estudis sobre l'alfabetització per la salut hi ha hagut autors que han proposat models conceptuals sobre aquesta qüestió per així ajudar a desenvolupar noves eines per avaluar-la (11).

Existeixen varis instruments de mesura de l'alfabetització per la salut. La majoria d'ells són en llengua anglesa i alguns són en castellà o traduïts al castellà i això provoca un seguit d'inconvenients culturals (16).

Els instruments per mesurar l'alfabetització per la salut més reconeguts s'anomenen models funcionals. A continuació s'expliquen alguns d'ells:

Escala REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*)

Aquesta escala va ser elaborada per Davis, *et al.*, l'any 1991 (22). És un instrument utilitzat en els àmbits d'atenció primària, l'educació sanitària i la recerca mèdica que permet detectar d'una manera ràpida l'alfabetització per la salut dels pacients. És un test que consta de 125 paraules les quals s'han de llegir en veu alta i els pacients han de reconèixer quines d'aquestes paraules estan relacionades amb la salut. Aquest mètode permet detectar baixos nivells d'alfabetització. Es puntua al moment de realitzar el test. La duració és de 3-5 minuts. L'any 2003, Bass, *et al.*, (23) va crear una versió més abreujada, el REALM-R, el qual contenia només 8 paraules (actualment en conté 11) i es pot fer amb 1-2 minuts.

Les dos formes només estan disponibles en anglès per la qual cosa aquí són poc utilitzats degut a la barrera lingüística. Tot i això, els dos són ràpids i fàcils de fer i puntuar.

TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*)

Aquest instrument el va dissenyar Parker (24) l'any 1995. Mesura l'habilitat dels pacients per llegir textos i frases que inclouen xifres, utilitzant materials reals de l'àmbit sanitari. Aquest test es realitza aproximadament amb 22 minuts. En aquest cas si que existeix una versió adaptada al castellà. Aquest test es considera la prova o el criteri de referència dels instruments per mesurar l'alfabetització per la salut.

MART (*Medical Achievement Reading Test*)

Aquest instrument va ser creat per Hanson-Divers (25) l'any 1997. És un test de reconeixement de paraules indicat per persones amb dificultat de lectura. Entre els continguts trobem vocabulari mèdic, etiquetes de fàrmacs, etc.

NVS (*Newest Vital Sign*)

Aquest instrument va ser creat per Weiss, *et al.*, (26) l'any 2005. És un test ràpid de fer (3-5 minuts) que detecta d'una forma ràpida i precisa l'alfabetització limitada. Existeix una versió en anglès i una en castellà. Consta de 6 preguntes.

e-HEALS (*Health Literacy Scale*)

Aquest instrument és de l'any 2006 i és una escala electrònica que permet mesurar l'alfabetització per la salut en una àmplia gamma de poblacions i contextos (16). Consta de 8 ítems que avaluen el procés de recerca, avaluació i aplicació de la informació electrònica.

Altres instruments que existeixen són els següents:

- SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults)
- HALS (Health Activities Literacy Scale)
- METER
- SILS (Single Item Literacy Screener)
- PHLAT Spanish (El Health Literacy Activities Test)

La Taula 1 mostra un resum de quins són els avantatges i desavantatges d'alguns dels instruments de mesura explicats anteriorment.

Taula 1: Avantatges i desavantatges dels principals instruments de mesura de l'alfabetització per la salut. Adaptació de Suñer, *et al.*, (23).

	REALM	TOFHLA	NVS	MART
AVANTATGES	Ràpid i fàcil de fer i puntuar. Bona acceptació per part de la població.	Disponible en castellà i versió per a persones amb problemes de visió. Avalua les habilitats tant lectores com numèriques.	Rapidesa en la realització i puntuació. Versió en castellà.	Ràpid de fer i puntuar. Aparença no amenaçadora.
DESAVANTATGES	No avalua la comprensió de les paraules, només la capacitat de saber llegir. Disponible només en anglès.	Temps llarg de realització. Frustració dels participants al ser cronometrats. La versió espanyola no està validada.	Falta de precisió. Possibles errors per mala classificació dels punts. La versió espanyola no té tanta fiabilitat ni validesa com l'anglesa.	Només mesura el reconeixement de paraules. La mostra estudiada és molt petita. No es disposa d'estudis publicats.

3. L'ENVELLIMENT

3.1- Concepte i definicions

Segons l'Organització Mundial de la Salut, des del punt de vista biològic, l'envelliment és la conseqüència de l'acumulació d'una gran varietat de danys moleculars i cel·lulars al llarg del temps, fet que comporta un descens gradual de les capacitats físiques i mentals, un augment del risc de malaltia i finalment la mort (27). Altres definicions diuen que l'envelliment és un procés que comença en el moment de la concepció i que dura al llarg de tota la vida (11).

La ciència que estudia l'envelliment s'anomena Gerontologia i aquesta involucra tots els aspectes de la vida d'una persona gran, és a dir, les funcions físiques, socials, psicològiques i espirituals.

Els canvis que provoca l'envelliment no són lineals ni uniformes, és a dir, no afecten a tothom per igual. Si bé alguns gaudeixen d'una excel·lent salut, altres són molt fràgils i necessiten una ajuda considerable (27). L'etapa final de la vida anomenada ancianitat (terme aplicat a ≥ 65 anys), pot ser el millor o el pitjor moment de la vida i requereix treballar-la i planificar-la durant les etapes prèvies perquè sigui un període agradable (28).

Les cures que necessiten les persones grans presenten un repte únic per la sanitat. Cal tenir en compte que aquesta part de la població rep les cures en molts àmbits com ara hospitals, centres de dia, residències, entre d'altres.

Alguns estudis entreveuen que la majoria de professionals sanitaris no reben l'educació i entrenament necessari per respondre davant les necessitats de les persones grans (28). Com a conseqüència, molts adults grans reben uns cuidats sanitaris inadequats que poden ser innecessaris, nocius o inclús perillosos, amb la possibilitat que limitin la seva vida.

Segons el *National Institute on Aging* els valors i principis de la infermeria geriàtrica inclouen la promoció i la protecció de la salut i la prevenció i el tractament de la malaltia, amb èmfasi a les millors pràctiques basades en l'evidència i les directrius actuals sobre la pràctica clínica. L'objectiu dels infermers i infermeres per proporcionar cuidats a la gent gran no és només

augmentar els anys de vida, sinó també millorar la seva qualitat. Les necessitats són úniques per la seva etapa de la vida, igual que les necessitats dels nens són diferents a les dels adults (28). Durant el període d'ancianitat es poden emprendre noves activitats o bé retornar a antigues aficions. L'assoliment de totes aquestes oportunitats i contribucions depenen en gran mesura d'un factor: la salut.

3.2- Demografia sobre l'envelliment

Els països de tot el món s'estan enfrontant a l'envelliment demogràfic. Actualment, i per primera vegada a la història, la major part de la població té una esperança igual o superior als 60 anys (27).

Segons les últimes dades de l'Institut Nacional d'Estadística, el percentatge de població major de 65 anys, que l'any 2016 es situava en el 18,7%, passarà a ser del 25,6% l'any 2031 i del 34,6% el 2066 (29). Es creu que si es mantenen les tendències demogràfiques actuals, Espanya perdria més de mig milió d'habitants en els següents 15 anys i 5,4 milions fins el 2066 degut a l'augment de les defuncions.

Les figures 4 i 5 mostren com l'índex d'envelliment de la població espanyola i de Girona ha anat en augment durant moltes dècades (30). Aquest índex és el quocient entre el nombre de persones ≥ 65 anys i el de joves menors de 15 anys; s'expressa en percentatges.

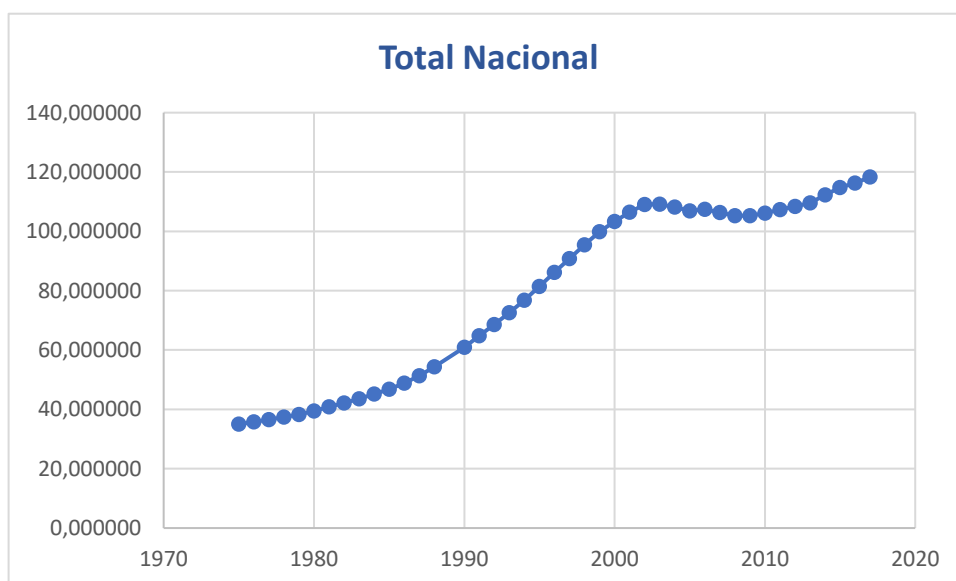


Figura 4: Índex d'envelliment de la població espanyola segons les dades de l'INE (30).

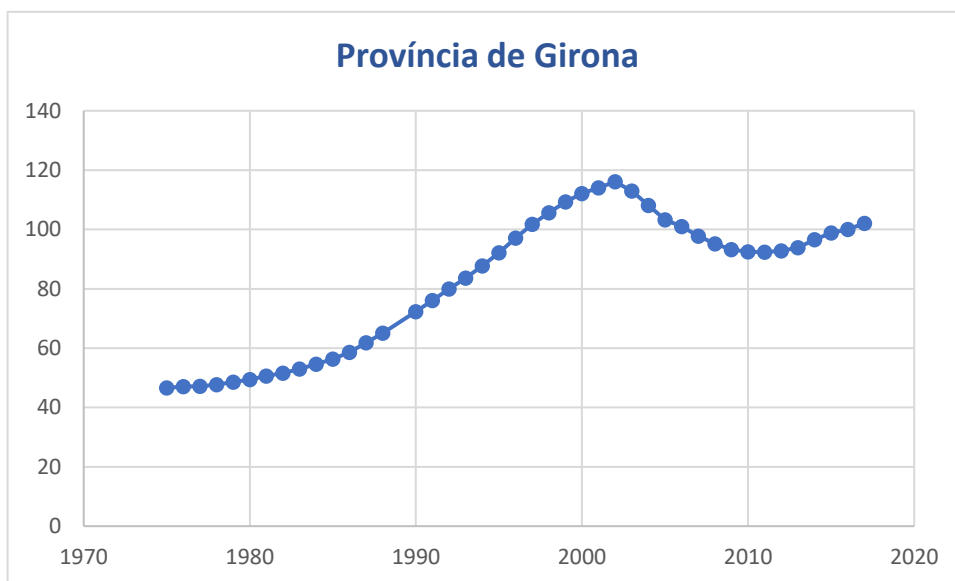


Figura 5: Índex d'envelliment de la província de Girona segons les dades de l'INE (30).

L'augment de l'índex d'envelliment és degut a la disminució de la natalitat (4,29). De fet, la suposada reducció de població és deguda principalment per l'augment progressiu de defuncions i la disminució dels naixements. Les millores socials i econòmiques dels darrers cinquanta anys han propiciat aquest fet. Aquest procés es veurà especialment acusat a partir de l'any 2040 (29).

Per altra banda, l'esperança de vida al naixement s'espera que arribi als 83,2 anys en els homes i 87,7 anys en les dones l'any 2031 (29). Les diferències de gènere en l'esperança de vida poden explicar-se per la complexa interacció entre els factors biològics, socials i de comportament. La major exposició dels homes als factors de risc com el tabac, l'alcohol i els perills ocupacionals pot afectar de forma negativa a l'esperança de vida. Si les dones comencen a apropar-se a les taxes d'ús de tabac i alcohol i s'enfronten als mateixos perills ocupacionals que els homes, la diferència es pot estrènyer (28). La figura 6 mostra l'augment d'aquesta esperança diferenciant els dos sexes.

La implicació del ràpid creixement de la població de més de 65 anys, és que hi molta quantitat de persones grans amb canvis normals de l'envelliment, malalties cròniques diagnosticades i una major demanda dels serveis preventius sanitaris (28).

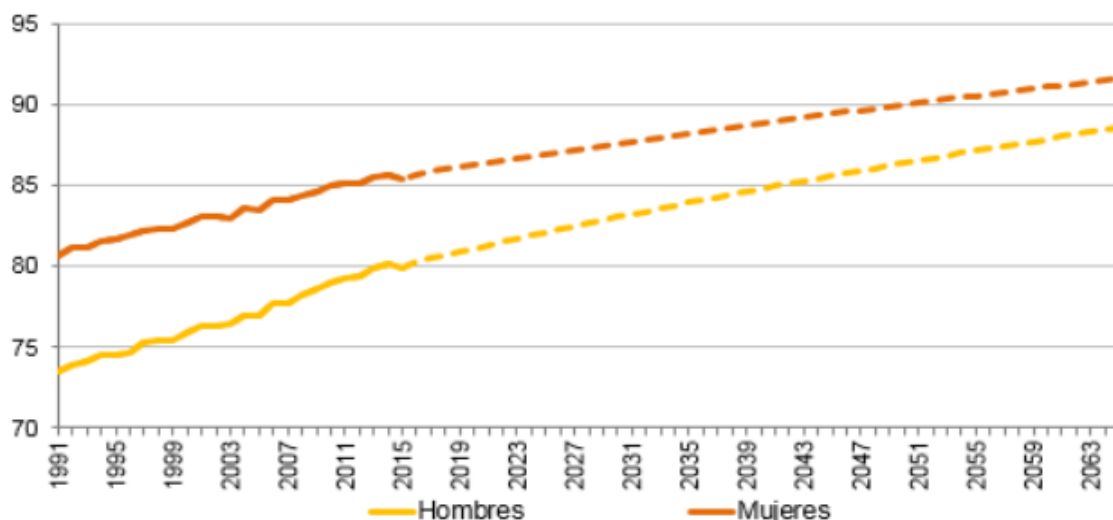


Figura 6: Esperança de vida al naixement (29).

3.3- Envel·lir amb salut

Les profundes transformacions demogràfiques vistes anteriorment, són un factor fonamental per explicar el creixent interès que ha despertat l'envelliment des de múltiples àmbits de recerca.

Aproximadament el 80% dels ancians tenen almenys un problema de salut crònic, que molt sovint pot conduir a una incapacitat (28). L'artritis, la hipertensió, la diabetis i els trastorns respiratoris són algunes de les principals causes que limiten l'activitat entre les persones grans. Les taxes d'incapacitat i de limitació funcional entre la població gran s'han reduït de forma substancial des dels anys vuitanta; aproximadament un de cada cinc americans diuen tenir una condició crònica.

La vellesa es caracteritza per l'aparició de varis estats de salut complexes que solen presentar-se només a les últimes etapes de la vida i que no encaixen en cap categoria de morbiditat. Aquests estats s'anomenen síndromes geriàtrics (27). En general, són conseqüència de múltiples factors subjacents. Els més comuns són la fragilitat, la incontinència urinària, les caigudes, els estats delirants i les úlceres per pressió.

Deixant de banda els problemes més orgànics de la vellesa, l'entorn físic i social també tenen una gran importància, juntament amb les característiques personals com el sexe, l'ètnia i el nivell socioeconòmic.

Segons l'Informe Mundial sobre l'Envel·liment i la Salut (27) per considerar correctament la salut i el funcionament durant la vellesa, s'han de distingir dos conceptes importants. El primer fa referència a la capacitat intrínseca i es refereix a la combinació de totes les capacitats físiques i mentals que un individu pot utilitzar en un determinat moment. Per altra banda hi ha la capacitat funcional, definida a l'informe com els atributs relacionats amb la salut que permeten a les persones ser i fer. És a dir, és la relació entre l'individu i l'entorn en el que viu i com interactua amb ell.

A partir d'aquests dos conceptes es defineix *l'Envel·liment Saludable* com el procés de desenvolupar i mantenir la capacitat funcional que permet el benestar durant la vellesa (27). Per entendre el concepte d'envelliment saludable es fonamental tenir en compte que ni la capacitat intrínseca ni la capacitat funcional són constants, sinó que tendeixen a disminuir amb els anys.

Tots els marcs de salut pública tenen un objectiu primordial: aconseguir la màxima capacitat funcional. Aquest objectiu es pot assolir de dos maneres: fomentant i mantenint la capacitat intrínseca, o bé, permetent que algú amb una disminució de la capacitat funcional aconsegueixi fer les coses que ell cregui importants (27).

L'envelliment saludable és un procés que depèn de cada persona. Per exemple, les persones amb demència o cardiopaties avançades podran tenir un envelliment més satisfactori si tenen accés a l'assistència sanitària assequible o bé si viuen en un entorn propici per així poder optimitzar la seva capacitat (27).

També existeix el terme *d'envelliment actiu* que es defineix com el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat de les persones per tal de millorar-ne la qualitat de vida a mesura que envelleixen (4). Aquest concepte posa l'accent en els drets de les persones grans, l'autonomia i

l'establiment de relacions socials; fixa com a objectiu principal la millora de la seva qualitat de vida.

L'envelliment actiu i saludable depèn d'un conjunt molt ampli de determinants que afecten la salut, tant a nivell individual com comunitari o social, molts dels quals estan interrelacionats (4). La Figura 7 mostra quins són aquells determinants que l'evidència científica considera que cobren més importància sobre l'envelliment actiu i que són bons predictors de salut.

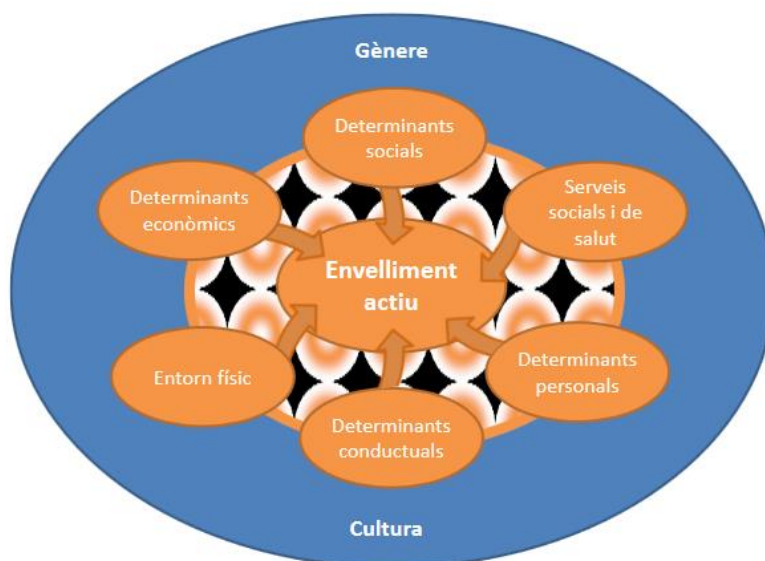


Figura 7: Determinants de l'envelliment actiu (4).

El gènere i la cultura són els dos determinants transversals que afecten a tota la resta i que modelen la manera com envellim. Si s'és home o dona, els valors, les actituds i les tradicions adquirides al llarg de la vida intervenen en l'envelliment. L'associació que es fa entre els símptomes de les malalties i l'envelliment, l'adopció d'hàbits més o menys saludables, les polítiques i els programes de salut de cada població, etc; tot aquests factors influeixen de manera general en l'envelliment (4).

Els determinants socials fan referència al possible aïllament, solitud i mancances en formació que podria provocar un augment del risc de discapacitat prematura en les persones grans fent que l'envelliment sigui més complicat. El suport social i les activitats educatives afavoreixen l'autonomia de les persones grans (4).

Els determinants econòmics van dirigits a les polítiques d'envelliment actiu i saludable. Aquestes s'han de centrar directament en millorar la qualitat de vida i les prestacions de les persones grans (4).

Els entorns físics pensats per millorar l'envelliment actiu i saludable poden marcar la diferència entre l'autonomia o la dependència. Així, disposar d'entorns sense obstacles físics, transport públic accessible físicament i econòmic o elements de seguretat viària pot afavorir la mobilitat i la participació en la vida social i comunitària i prevenir caigudes o accidents. També cal pensar en termes d'habitatge, accés a l'aigua, aliments i aires saludables ja que és important per les persones grans, sobretot aquelles qui pateixen malalties cròniques (4).

Els serveis socials i de salut han de fomentar i promocionar l'envelliment actiu i saludable. És imprescindible que els sistemes de salut i d'atenció social adoptin una perspectiva que inclogui totes les edats i tinguin una orientació cap a la promoció per la salut, la prevenció de malalties i l'equitat als serveis sanitaris (4).

Els determinants conductuals fan referència a l'adopció d'estils de vida saludables i la participació activa en la gestió de la pròpia salut per assolir més longevitat i millorar la qualitat de vida. Per últim, els determinants vinculats a la persona fa referència a aquells factors més genètics i psicològics (4).

Així doncs, la interrelació de tots aquests factors dona lloc a un envelliment actiu i saludable.

3.4- Educar les persones grans

A mesura que els infermers i les infermeres i altres professionals sanitaris segueixen treballant per tancar l'esclatxa entre la duració de la vida i una qualitat de la vida saludable, s'han d'estimular les persones grans perquè assumeixin més responsabilitats per un envelliment saludable (27,28).

Els infermers i les infermeres sovint interactuen amb les persones grans quan aquestes presenten un problema de salut. Aquesta interacció s'anomena "moment educable" (28). Els professionals infermers aprofiten aquesta

oportunitat per aconseguir objectius més amplis i millorar l'estat de salut a llarg termini reduint els comportaments de risc de les persones grans.

Els principals conceptes erronis sobre l'envelliment i la salut són que la malaltia és normal durant la vellesa, que les persones grans no tenen futur i que, per tant, tots els esforços en promoció de la salut són una pèrdua de temps (28). Els professionals d'infermeria poden ajudar a dissipar aquests conceptes erronis i servir com a model per fer de les activitats de promoció de la salut un enfocament bàsic en l'assistència.

L'aprenentatge sobre la salut és un procés que dura tota la vida (28). A mesura que les situacions de la vida canvien, el cos també envelleix i els factors de risc augmenten amb l'edat. Per tant, existeix una necessitat permanent d'adquirir nous coneixements sobre la salut.

S'han d'educar les persones grans i les seves famílies sobre tots els factors que contribueixen al manteniment i la millora de l'estat de salut, fent incís en mantenir-se sa durant la vellesa ja que a l'envellir, l'estat de salut de la persona pot veure's afectat per molts factors (28).

L'alfabetització per la salut canvia al llarg de la vida de les persones com a conseqüència de diferents demandes de processament d'informació i canvis en els nivells d'habilitat (20). Mai és massa tard per començar a educar sobre aquests aspectes i els que poden contribuir a una mort prematura o una incapacitat.

Millorar els nivells d'alfabetització per la salut, capacitant a les persones grans per utilitzar la informació sanitària amb eficàcia, és fonamental per l'apoderament (10).

3.5- Els programes educatius com a eina per alfabetitzar les persones grans

L'alfabetització per la salut descriu quins són els resultats obtinguts sobre l'educació per la salut i les pròpies activitats de comunicació (10). És per això que des d'aquesta perspectiva l'educació per la salut està directament relacionada amb l'alfabetització per la salut.

És molt conegut el fet que qui està més predisposat a tenir una mala salut no són únicament les persones amb nivells socioeconòmics baixos sinó també aquells que tenen menors nivells d'educació (10,31). És més, l'experiència coneguda tant en països desenvolupats com en desenvolupament, indica que l'alfabetització i els programes d'educació per la salut poden conduir a una millora de salut i benestar general de manera significativa. L'educació més eficaç consisteix en ajudar a les persones a prendre decisions amb més seguretat i a ampliar el seu camp d'opcions. (7,31)

L'educació ha estat un component essencial de la promoció per la salut i la prevenció de malalties durant al llarg del segle XX. Com bé deia Nutbeam, durant els anys 60 i 70 la majoria de campanyes de salut realitzades en països desenvolupats estaven orientades a la prevenció de malalties no transmissibles intentant realitzar canvis en els estils de vida (10). La majoria d'aquestes campanyes estaven caracteritzades pel seu èmfasis en la transmissió de la informació i el seu principal objectiu era intentar fer entendre la informació sanitària realitzant una correcte comunicació i generant així els canvis dels estils de vida. Amb el temps, es va fer evident que aquestes campanyes centrades només en la transmissió d'informació sense tenir en compte els factors socials i econòmics de les persones no donaven resultats efectius ja que només eren efectives sobre la població més educada i més avantatjada econòmicament (10). A partir dels anys 80 i amb el desenvolupament de les noves tecnologies va néixer una nova generació d'intervencions. Aquestes es van centrar en el context social i en ajudar a la població a millorar les habilitats socials necessàries per prendre decisions sanitàries adequades. Tot i aquest progrés, la majoria de campanyes no van aconseguir canvis substancials en termes de canvi de conductes i van tenir un petit impacte pel que fa a la desigualtat entre diferents grups socials de la societat (10).

Cal tenir en compte que les necessitats dels individus i grups socials són molt diferents, fet que justifica la diversitat de programes existents. Cada dia sorgeixen nous espais educatius per satisfer necessitats en salut dels diferents grups socials (6).

Autors molt coneguts en el món de l'alfabetització per la salut coincideixen en el fet que hi ha una manca d'investigació sobre l'efectivitat de les intervencions dirigides a millorar l'alfabetització per la salut (10,20). La investigació internacional indica que s'han realitzat poques avaluacions rigoroses i la majoria d'elles es concentren als Estats Units.

Si la consecució de l'alfabetització per la salut tal com la defineix l'OMS ha de ser un objectiu, cal ampliar significativament els mètodes emprats (10). Això representa un autèntic desafiament per l'educació sanitària contemporània i els tipus de programes d'informació/educació/comunicació que s'han utilitzat fins al moment.

La millora de l'alfabetització per la salut en una població implica molt més que la transmissió d'informació, tot i que aquesta continua sent una tasca fonamental (10,32). Si volem aconseguir l'objectiu final d'augmentar els coneixements sobre salut, els infermers i les infermeres han de promoure la independència i l'apoderament dels individus i les comunitats i superar les barreres polítiques sobre l'educació i la vellesa.

OBJECTIUS

Objectiu general

- Conèixer l'evidència existent sobre l'eficàcia dels programes educatius d'alfabetització per la salut en les persones grans amb patologia crònica.

Objectius específics

- Conèixer quins són els programes educatius que han demostrat millorar els nivells d'alfabetització per la salut en les persones grans amb patologia crònica.
- Analitzar les diferències en funció del gènere en la millora d'alfabetització per la salut en les persones grans amb patologia crònica.
- Analitzar les diferències en funció de les malalties cròniques en la millora d'alfabetització per la salut en les persones grans amb patologia crònica.

MATERIAL I MÈTODES

Inicialment es va crear una pregunta d'investigació (PICO) per formular els objectius del treball.

- **P:** Persones grans amb patologia crònica i baixos nivells d'alfabetització per la salut.
- **I:** Programa d'Educació per la Salut per ajudar les persones grans amb patologia crònica a entendre la informació sanitària.
- **C:** No intervenció.
- **O:** Millora dels nivells d'alfabetització per la salut i dels coneixements sobre salut.

En persones grans amb patologia crònica i amb baixos nivells d'alfabetització per la salut, realitzar un programa educatiu per entendre la informació sanitària millora els nivells d'alfabetització per la salut?

La recerca de bibliografia es va realitzar durant els mesos de Febrer a Abril de 2018. Es van utilitzar bases de dades especialitzades en ciències de la salut. Les bases emprades van ser les següents: PubMed, CINAHL i Scielo. Es va utilitzar l'anglès i el castellà com a llengües vehiculars per la recerca. Per realitzar la cerca en les bases de dades es van utilitzar les paraules clau (termes MESH) Health literacy, Health education, elderly, older adults i chronic diseases combinades amb els operadors booleans AND, OR i IN. En castellà es van utilitzar les paraules clau alfabetización por la salud i personas mayores. La Taula 2 mostra quines són les combinacions utilitzades.

Taula 2: Procediment de combinació de paraules clau i operadors booleans

PubMed	CINAHL	Scielo
Health literacy AND Health education AND elderly	Health literacy AND older adults	Alfabetización por la salud Y personas mayores
Health literacy AND Health education AND chronic diseases	Health education AND older adults AND Health literacy AND chronic diseases	
Health literacy AND older adults AND chronic diseases	Health education AND Health literacy	
Health education OR Health literacy AND chronic diseases	Health education IN older adults	
Health education IN older adults		

Criteris d'inclusió

- Informació publicada entre els anys 2012 i 2018.
- Llengua anglesa o espanyola.
- Investigacions en poblacions ≥ 60 anys.
- Estudis que contemplin la patologia crònica.
- Articles d'accés lliure.

Criteris d'exclusió

- Investigacions que estudiïn problemes de salut mental i/o oncològics.
- Estudis de caràcter individual, divulgatiu, opinions d'experts, cartes a l'editor o projectes d'investigació.

Estratègia de cerca per les bases de dades

Per la recerca d'articles, inicialment es van utilitzar les combinacions explicades anteriorment juntament amb el filtre d'anys de publicació (2012-2018). Seguidament es van seleccionar articles segons el seu títol ja que n'hi havia un gran nombre. Un cop seleccionats, es va revisar el resum de 193 articles i es van seleccionar aquells que encaixessin amb els objectius d'investigació. Seguidament es van revisar detalladament un total de 44 articles i només es van acabar seleccionant aquells que complissin exactament tots els criteris d'inclusió i exclusió restants. Finalment, es van descartar 4 articles perquè eren duplicats i el resultat final va ser d'un total de 9 articles.

La figura 8 mostra de forma esquemàtica com es va dur a terme aquesta estratègia de cerca.

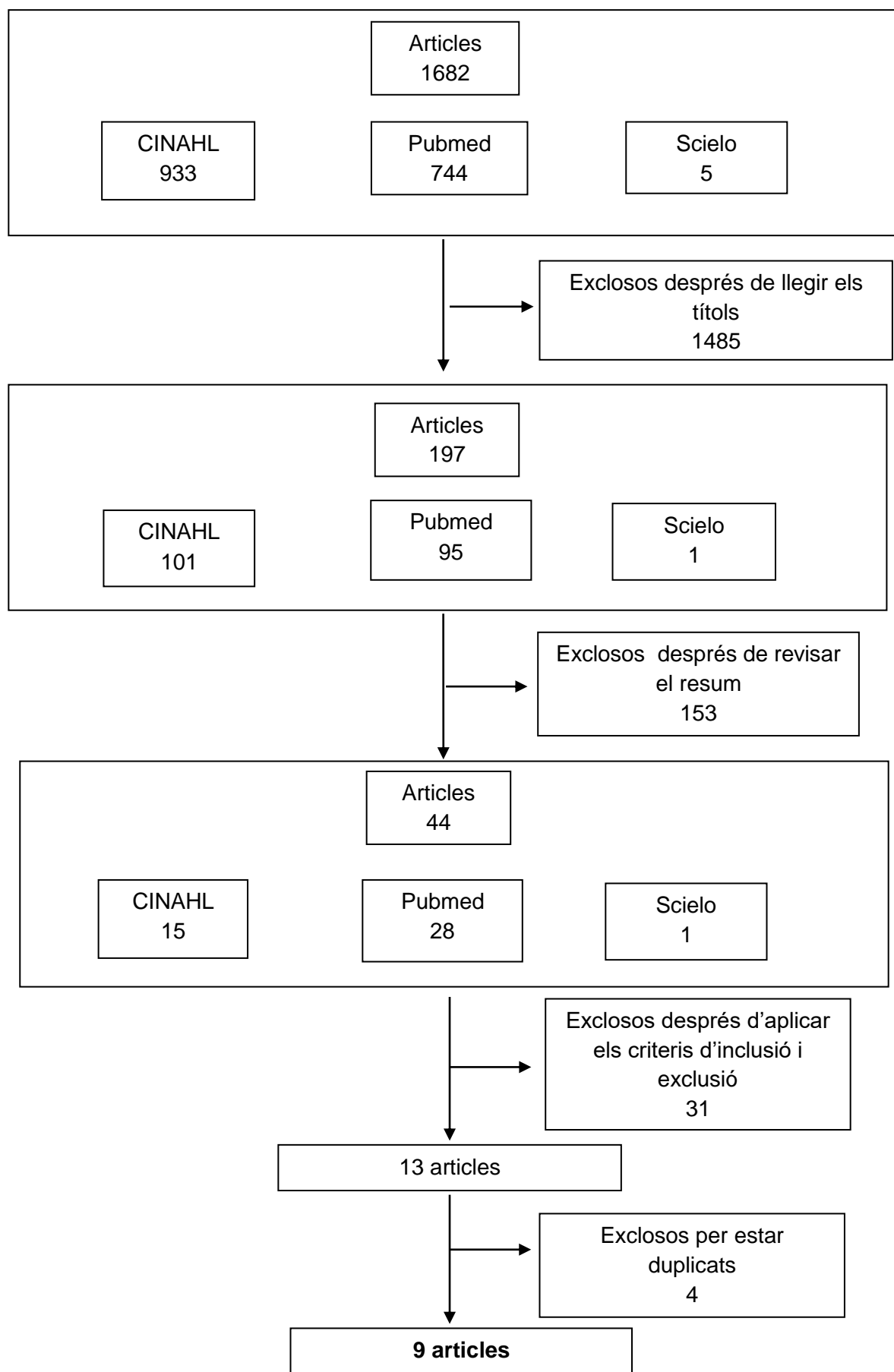


Figura 8: Resultats de l'estratègia de cerca

Nivell d'evidència

Per donar consistència a aquest treball es van classificar els articles segons el nivell de d'evidència SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (33) com es pot veure a la taula 3. El SIGN desenvolupa guies de pràctica clínica basades en l'evidència realitzades pel Servei Nacional de Salut d'Escòcia. El seu objectiu és reduir la variabilitat de la pràctica clínica i millorar els resultats de les persones ateses. El nivell d'evidència es classifica segons el tipus d'estudi realitzat o la metodologia utilitzada.

Taula 3: Nivells d'evidència (SIGN) (33)

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
1++	Metaanàlisis de gran qualitat, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb molt baix risc de biaixos.
1+	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb baix risc de biaixos.
1-	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb alt risc de biaixos.
2++	Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls, o estudis de cohorts o de casos i controls d'alta qualitat, amb molt baix risc de biaixos i una alta probabilitat que la relació sigui causal.
2+	Estudis de cohorts o de casos i controls amb baix risc de biaixos i una moderada probabilitat que la relació sigui causal.
2-	Estudis de cohorts o de casos i controls amb alt risc de biaixos i una significant probabilitat que la relació no sigui causal.
3	Estudis no analítics (observacions clíniques i series de casos).
4	Opinions d'experts.

RESULTATS

Per tal d'ordenar i sintetitzar la presentació dels resultats de la recerca bibliogràfica, es mostra un resum dels 9 articles inclosos amb la informació relacionada amb els objectius de la investigació.

La taula 4 mostra un resum esquemàtic amb la informació més rellevant de cada article i també la classificació SIGN segons el nivell d'evidència. De manera paral·lela, la taula 5 mostra les conclusions de cada article també de forma resumida.

Shao J-H i Chen S-H (34) realitzen un estudi pilot de viabilitat i acceptabilitat sobre un programa d'autogestió dietètic per a persones grans amb baixa alfabetització per la salut i malaltia cardíaca. El programa es basa en observar i aprendre noves estratègies dietètiques en relació a la ingesta de sodi, líquids, greixos i colesterol. Inclou persones ≥ 65 anys, que no hagin anat mai a l'escola i diagnosticats d'alguna cardiopatia. La mostra seleccionada va ser de 10 participants. L'estudi pretén mesurar la factibilitat del programa a través del percentatge de participants que completin l'estudi i l'acceptabilitat a través del nivell de satisfacció dels participants.

Les activitats d'aprenentatge es basen en una visita al domicili dels participants, la utilització d'un vídeo i un fulletó amb informació detallada mitjançant imatges, colors i etiquetes senzilles per promoure la comprensió i tres trucades telefòniques de seguiment. La durada de l'estudi va ser de 12 setmanes.

L'edat mitjana dels participants era de 78 anys. Un 60% eren dones. El 100% dels participants van completar l'estudi. Els resultats més positius sobre l'acceptabilitat van ser per les mesures d'auto-gestió i la visita domiciliària mentre que els resultats més negatius van ser per l'assoliment dels objectius. Els resultats suggereixen que el programa és factible i acceptable per a persones grans amb baixa alfabetització per al salut. Amb orientació i assistència, les persones grans poden capacitar-se i aprendre a gestionar els comportaments alimentaris saludables pel cor i motivar-se per prendre noves mesures més saludables.

Les conclusions d'aquest estudi pilot es destinaran a desenvolupar un assaig clínic a gran escala.

Kim KB, et al., (35) va dissenyar un programa d'intervenció sobre el control de la hipertensió arterial en persones grans. Va ser un assaig clínic prospectiu orientat a millorar les habilitats de gestió sobre aquesta patologia crònica. De 440 persones grans inscrites, 369 van completar l'estudi (184 en el grup d'intervenció i 185 en el grup de control). El grup d'intervenció va rebre sis sessions educatives setmanals sobre l'habilitat de gestió de la hipertensió arterial, incloent formació sobre alfabetització per la salut, seguida d'assessorament telefònic i monitoratge de la pressió arterial durant 12 mesos.

Per avaluar l'efecte del programa es van mesurar resultats sobre la salut. El principal era el control dels valors de la tensió arterial i els secundaris van ser l'alfabetització per la salut, l'autoeficàcia, l'adherència al tractament i l'estat psicològic. Les dades es van recollir als 6, 12 i 18 mesos post-intervenció. Per mesurar l'alfabetització per la salut es va utilitzar l'eina "*HBP Health Literacy Scale*".

L'edat mitjana dels participants va ser de 70,9 anys i el 72,4% eren dones. Un 65,6% dels participants no tenien educació més enllà de la secundària. Un 46,3% tenia ≥ 1 malaltia crònica. Pel que fa al control dels valors de la tensió arterial només un 46,3% la va controlar amb èxit ($<140/90$ mm Hg o $<130/80$ mm Hg per a aquells amb diabetis). Més concretament, els valors de la tensió arterial van disminuir en els dos grups però van augmentar en el grup d'intervenció als 18 mesos. Les disminucions més pronunciades d'aquest grup van ser als 6 mesos.

Pel que fa a l'alfabetització per la salut, no es van mostrar diferències significatives entre els dos grups als 6 mesos, però sí als 12 i als 18 mesos: les puntuacions van ser molt més altes en el grup d'intervenció. En el grup control la mitjana dels resultats era de 24.5 a l'inici i de 25.3 als 18 mesos. En el d'intervenció era de 24.7 punts a l'inici i de 29.4 punts als 18 mesos. El grup d'intervenció va millorar els coneixements sobre la hipertensió arterial molt més que el grup de control.

Annie W.Y., et al., (36) va examinar la comprensió de la informació sanitària per part de les persones grans amb ús o sense ús d'informació complementària proporcionada per pictogrames farmacèutics. Juntament es va estudiar la influència de l'edat, el gènere i el nivell educatiu.

L'estudi es va realitzar a Hong Kong i incloïa persones ≥ 65 anys que prenguessin com a mínim un dels següents fàrmacs: Aspirina, Warfarina, Cardiprin, Atenolol i Gliclazida. La mostra estudiada era de 50 persones (25 en el grup control i 25 en el grup experimental). L'alfabetització per la salut es va mesurar a través del test REALM-R. Pel grup experimental, es van imprimir un seguit de pictogrames que proporcionaven informació complementària a l'ús de cada fàrmac (nombre de vegades a prendre el medicament, dosificació, interaccions, etc) i es van enganxar sobre cada caixa/bossa de medicament. Al grup control se'ls va donar el medicament de forma convencional.

L'edat mitjana dels participants va ser de 71,1 anys. Hi havia 21 homes i 29 dones. Un 56% dels participants tenien un nivell d'educació primària o inferior, un 42% tenia educació secundària i el 2% restant tenia educació universitària o superior.

Els resultats de l'estudi mostren que les puntuacions de comprensió del grup experimental eren estadísticament més altes que les del grup control, mostrant així que l'ús dels pictogrames era efectiu per ajudar les persones grans a entendre millor la informació. Pel que fa al nivell educatiu, tant pel grup experimental com pel grup control, els participants amb un nivell d'educació secundària o superior, van comprendre millor la informació que aquells amb un nivell d'educació primària o inferior. I a més, els participants del grup experimental amb un nivell d'educació superior van comprendre la informació de forma significativament millor que aquells amb el mateix nivell d'educació en el grup control. Aquest resultat ens indica que el nivell educatiu va ser un factor clau per a la comprensió de la informació. Els factors d'edat i gènere no van tenir cap efecte significatiu en la comprensió de la informació en cap dels dos grups.

Jagt RK, et al., (37) va desenvolupar una intervenció d'alfabetització per la salut basada en la narració i la imatge destinada a donar suport a persones d'edat avançada amb alfabetització per la salut limitada en el moment de comunicar-se durant les consultes d'atenció primària. Es van realitzar cinc fases que inclouen una revisió de la literatura i grups focals de discussió sobre qüestions d'alfabetització per la salut rellevants, estudis qualitius amb el grup objectiu, planificació d'intervencions i una avaluació a petita escala.

Es van desenvolupar set històries fotogràfiques incorporant principis d'aprenentatge i es van tractar temes i estratègies de comunicació identificades durant les discussions dels grups focals. No només es van desenvolupar fotos sinó que també es van crear clips de vídeo interactius que mostraven la participació i la comunicació efectiva durant les consultes d'atenció primària.

Es va observar que les persones grans amb una limitada alfabetització per la salut se sentien menys capaços d'aplicar estratègies de comunicació, eren menys conscients de la importància de la interacció participativa, i van percebre més barreres a la comunicació. Per tant, la intervenció que es va desenvolupar no només tenia com a finalitat augmentar la consciència de les persones grans sobre les seves barreres i la importància de la comunicació metge-pacient, sinó que també volia emprar-los a utilitzar estratègies per superar aquestes barreres.

A l'avaluació a petita escala, les persones grans van considerar atractiva i útil aquesta intervenció. Les intervencions visuals poden ser molt prometedores per millorar la salut de les persones grans, tot i que això requereix una avaluació addicional. Aquest tipus d'intervenció pot ajudar a aconseguir un diagnòstic adequat, a millorar les relacions entre professionals i pacients i a millorar l'autogestió de les malalties i l'adherència als tractaments.

Liu Y-B, et al., (38) estudien si el mètode d'ensenyament "Teach-back" és eficaç com a estratègia educativa per millorar l'alfabetització per la salut de les persones grans. Aquest mètode tracta de demanar als pacients que expliquin amb les seves pròpies paraules la matèria que se'ls ha ensenyat. Si no responen bé, se'ls hi torna a explicar fins que responguin correctament.

Es van seleccionar 10 residències d'edat avançada de les quals 5 van ser pel grup control i 5 pel grup experimental donant lloc una mostra de 260 persones (134 pel grup control i 126 pel grup experimental). Es van incloure aquelles persones ≥ 60 anys, amb funció cognitiva normal, amb capacitat de llegir/parlar i sense barreres de comunicació. Per avaluar-los es va utilitzar el “*Chinese Citizens Health Literacy Questionnaire*”; aquest qüestionari xinès reflecteix satisfactòriament el nivell d'alfabetització per la salut de les persones grans xineses. La puntuació màxima assolible és de 196 punts. La intervenció va durar 6 mesos. En el grup experimental es va utilitzar el mètode “Teach-back” mentre que en el grup control es va utilitzar el mètode tradicional.

L'edat mitjana del grup experimental era de 79,1 anys mentre que la del grup control era de 79,07 anys. Els dos grups no van mostrar diferències significatives segons el sexe, l'edat, l'ocupació prèvia o la formació. En la primera recollida de dades, el nivell d'alfabetització en salut dels participants va mostrar que la puntuació total era de 48,58. Abans de la intervenció, el nivell de referència dels dos grups no mostrava diferències significatives en l'alfabetització sanitària, però després de la intervenció es van observar diferències significatives: la puntuació de l'alfabetització sanitària del grup d'intervenció va augmentar a 110,10 punts mentre que la puntuació en el grup control es va incrementar a 74,96 punts.

Així doncs, el mètode d'ensenyament usat és un enfocament eficaç de l'educació i millora els nivells d'alfabetització per la salut de les persones grans.

Bartlam B, et al., (39) va desenvolupar una prova pilot de viabilitat per comparar si aquelles persones amb DMTII mal controlada i baixa alfabetització per la salut milloraven l'autogestió a través de persones expertes entrenades en millorar l'autogestió o bé rebent l'atenció habitual.

L'estudi tenia tres objectius d'investigació: explorar si la intervenció era acceptable per pacients amb baixa alfabetització per la salut i DMTII, explorar si la intervenció canvia els hàbits de salut i considerar la implicació a gran escala en un futur. Hi van participar 14 pacients dels quals 6 eren dones i 8 eren

homes. La mitjana d'edat de les dones va ser de 59 anys i dels homes de 73 anys. Tots els participants tenien almenys una malaltia crònica addicional. Es van estudiar paràmetres com el control diabètic, el temps de diagnòstic, l'edat, el sexe i el nivell d'alfabetització per la salut; aquest últim a través de l'escala "NewVital Sign (NVS)" on la puntuació per sota de 4 indica un baix nivell. A la primera recollida de dades hi va haver diferents puntuacions a través de l'escala NVS: la mitjana de les dones va ser de 2,5 punts essent lleugerament inferior a la dels homes que va ser de 3 punts.

La intervenció va durar 7 mesos. Els resultats de l'assaig pilot indiquen que la intervenció és factible però que s'ha de dur a terme una prova principal. Els resultats s'han d'interpretar amb precaució atès que els participants han estat extrets d'un petit estudi pilot localitzat en una àrea específica del Regne Unit. A més, les dades són transversals i no permeten un seguiment a través del temps. Aquest estudi suggereix que es necessita més investigació sobre l'associació entre l'alfabetització per la salut, el comportament general i l'efectivitat d'intervencions com la utilitzada en aquest cas.

Oancea C, et al., (40) va dissenyar un estudi prospectiu de cohorts on va incloure 76 pacients amb MPOC (52 en el grup d'intervenció i 24 en el grup control). L'estudi consistia en dos components: un programa complet d'educació sanitària sobre MPOC en el grup d'intervenció (1 hora al dia durant 5 dies) juntament amb un programa de farmacoteràpia específica per aquesta patologia. El grup de control, en canvi, només va rebre educació sobre els medicaments.

Els paràmetres espiromètrics, la qualitat de vida, el nombre d'admissions hospitalàries i les consultes mèdiques a causa de les exacerbacions de la MPOC es van controlar cada 3 mesos durant un any.

L'edat mitjana pel grup control va ser de 62,7 anys mentre que la del grup d'intervenció va ser de 61,2 anys. Tot i que inicialment no es van observar diferències significatives entre els dos grups, els resultats mostren que els pacients inclosos en el grup d'intervenció van mostrar una disminució significativa de la taxa d'exacerbació en comparació amb el grup control. A més, els pacients del grup d'intervenció van realitzar menys visites als serveis

d'urgències durant l'any estudiat en comparació amb el grup control. La qualitat de vida també va millorar en el grup d'intervenció.

Una observació interessant és que l'acció protectora contra les visites a urgències va ser més pronunciada en el moment immediat després de la intervenció, i que disminuïa amb el temps. L'educació sanitària proporcionada als pacients pot reduir la mortalitat i la morbiditat però segons els resultats de l'estudi el curs educatiu s'hauria de repetir cada 6 mesos perquè es pugui mantenir l'efecte protector.

Moreno MCC, et al., (41) va avaluar una estratègia educativa dirigida a persones grans amb DMTII. Es va desenvolupar una intervenció quasi experimental entre un grup control i un grup experimental. La mostra va ser de 246 pacients (123 a cada grup) tots ells amb DMTII, amb autonomia i sense discapacitats.

Es va desenvolupar un programa d'educació per la salut i es va avaluar just al finalitzar-lo, als sis mesos i a l'any. L'edat mitjana del grup experimental va ser de 65 anys amb un 61% de dones i la del grup control va ser de 63,5 anys amb un 63,4% de dones. En un inici els dos grups van presentar dèficits de coneixement sobre el maneig de la malaltia però un cop implantat el programa educatiu es van observar diferències significatives a favor del grup experimental el qual va augmentar el seu nivell de coneixement. La millora observada en els resultats donen una alta efectivitat a l'estratègia i al mateix temps la seva estabilitat als sis mesos i a l'any avalen la seva sostenibilitat.

Zhang KM, et al., (42) realitza un estudi per determinar si proporcionar informació causal (que explica de quina manera l'autogestió pot millor símptomes d'una patologia) millora la comprensió dels participants sobre la gestió de les malalties.

Es va utilitzar un disseny experimental controlat per investigar els efectes de la informació causal sobre la capacitat d'adults joves i adults grans per aprendre i recordar informació nova sobre salut. El coneixement aplicat, era la principal variable d'interès de resultats. La memòria, la comprensió lectora i l'alfabetització per la salut es van mesurar com a covariables. L'alfabetització

per la salut es va mesurar amb l'escala REALM-SF on la màxima puntuació és de 7 punts. Un grup estava format per 90 estudiants de grau i l'altre per 51 persones de 60 anys. Se'ls va fer llegir sobre una malaltia crònica fictícia amb o sense explicacions sobre la causa-efecte (informació causal) i la gestió d'aquesta malaltia. Els participants es van assignar aleatòriament als dos tipus d'informació rebuda. Es va administrar un qüestionari immediatament després de la informació rebuda i una setmana després.

Els resultats mostren que els més joves superen a les persones grans sobre els elements aplicats. Després de controlar les covariables, la informació causal va facilitar la comprensió i l'aplicació de la informació de salut per a persones més joves, però no en les persones grans. Concretament en la gent gran, hi va haver una interacció significativa de l'ítem del temps, de manera que el pas del temps (1 setmana) va influenciar en el coneixement aplicat: el rendiment va ser significativament millor al primer qüestionari que no pas a la setmana. Contràriament a les prediccions, la informació causal no va facilitar l'adquisició d'informació a les persones grans i l'alfabetització sanitària no es va associar amb el coneixement aplicat en cap moment.

Taula 4: Articles inclosos a la revisió

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	BASE DE DADES	NIVELL D'EVIDÈNCIA (SIGN)
Shao J-H, Chen S-H	2016	Development and evaluation of a dietary self-management programme for older adults with low literacy and heart disease: pilot study of feasibility and acceptability	Journal of Advanced Nursing	CINAHL	3
Kim KB et al	2014	The Effect of a Community-Based Self-Help Multimodal Behavioral Intervention in Korean American Seniors with High Blood Pressure	American Journal of Hypertension	Medline: PUBMED	1-
Annie WY et al	2016	Comprehension by older people of medication information with or without supplementary pharmaceutical pictograms	Applied Ergonomics	Medline: PUBMED	2+
Jagt RK et al	2016	Development of a Communication Intervention for Older Adults with Limited Health Literacy: Photo Stories to Support Doctor–Patient Communication	Journal of Health Communication	Medline: PUBMED	3

Liu Y-B et al	2017	Effectiveness of the teach-back method for improving the health literacy of senior citizens in nursing homes	Japan Journal of Nursing Science	Medline: PUBMED	2+
Bartlam B et al	2016	Lay Health Trainers Supporting Self-Management amongst Those with Low Health Literacy and Diabetes: Lessons from a Mixed Methods Pilot, Feasibility Study	Journal of Diabetes Research	Medline: PUBMED	2-
Oancea C et al	2015	Impact of medical education program on COPD patients: a cohort prospective study	The Central European Journal of Medicine	Medline: PUBMED	2+
Moreno MCC et al	2017	Efectividad de una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud	Revista Cubana de Salud Pública	SCIELO	2+
Zhang KM et al	2017	Explaining the causal links between illness management and symptom reduction: Development of an evidence-based patient education strategy	Patient Education and Counseling	Medline: PUBMED	2+

Taula 5: Conclusions resumides dels articles inclosos

AUTORS	ANY	CONCLUSIONS
Shao J-H, Chen S-H	2016	Les persones grans amb baixa alfabetització per la salut i malalties cardíaques, si reben una bona orientació i assistència, augmenten les seves capacitats per aprendre a autogestionar els comportaments saludables.
Kim KB et al	2014	El programa realitzat és efectiu per promoure el control òptim de la TA en les persones grans i millorar l'alfabetització per la salut.
Annie WY et al	2016	L'ús dels pictogrames ajuda a millorar la comprensió dels medicaments en les persones grans.
Jagt RK et al	2016	La intervenció visual pot ser molt útil per millorar la salut en les persones grans, però es necessita una avaluació a gran escala.
Liu Y-B et al	2017	El mètode d'ensenyament utilitzat millora l'alfabetització per la salut de les persones grans a través d'una intervenció educativa a curt termini.
Bartlam B et al	2016	La intervenció per millorar els coneixements en salut amb persones expertes en millorar l'autogestió és factible però es necessita més investigació.
Oancea C et al	2015	El programa educatiu sobre MPOC està associat a una disminució de les hospitalitzacions i a una millora de l'autogestió en les persones grans.
Moreno MCC et al	2017	El programa educatiu és efectiu ja que es demostra una millora dels coneixements en el grup experimental. A més, l'estabilitat fins a l'any demostra també una sostenibilitat del programa.
Zhang KM et al	2017	La informació causal va facilitar la comprensió i l'aplicació de la informació de salut a les persones més joves, però no a les persones grans.

DISCUSSIÓ

Molts estudis han demostrat la necessitat d'implementar programes educatius per millorar l'alfabetització per la salut de les persones grans. Wang C, *et al.*, (43) conclou que millorar l'eficàcia de l'autogestió a través d'activitats educatives pot ajudar a les persones grans hipertenses a mantenir un estil de vida més saludable i a evitar el deteriorament. Tanmateix, Kuczmarski MF, *et al.*, (44) va realitzar un estudi on avaluava la relació de l'alimentació, les malalties cròniques i l'alfabetització per la salut i en va destacar la necessitat urgent que els professionals de la salut es centrin tant en l'educació com en l'alfabetització per la salut per tal de crear i proporcionar intervencions i recursos que millorin la salut de les persones.

És per això que l'objectiu principal del present estudi és conèixer l'evidència sobre l'eficàcia dels programes educatius referents a l'alfabetització per la salut de les persones grans amb patologia crònica. Els resultats mostren que la gran majoria dels programes estudiats són útils per millorar l'alfabetització per la salut, sobretot pel que fa a l'autogestió de les malalties i els hàbits saludables. Tot i això, alguns coincideixen en la manca d'investigació o la necessitat de dur-los a terme a gran escala, és a dir, en augmentar la mostra estudiada (34,37–39). No només jo penso que l'educació és essencial per augmentar l'alfabetització per la salut, Chesser AK, *et al.*, (45) realitza una revisió bibliogràfica on la variable demogràfica més estudiada va ser l'educació i demostra clarament la importància d'aquesta sobre el nivell de l'alfabetització per la salut. De la mateixa manera, aquest autor senyala la importància i necessitat de millorar les estratègies per augmentar l'alfabetització per la salut de les persones grans.

El següent objectiu a considerar és conèixer quins són els programes educatius que han demostrat millorar els nivells d'alfabetització per la salut de persones grans amb patologia crònica. Segons els resultats d'aquesta revisió, 7 dels 9 estudis inclosos aconseguen augmentar els coneixements sobre salut, és a dir, milloren l'alfabetització per la salut exceptuant la utilització de la informació causal que no va tenir cap efecte beneficiós sobre les persones grans (42).

Aquells que si han demostrat ser beneficiosos són programes d'orientació i assistència (34), la utilització de sessions educatives (35,40,41), la utilització de pictogrames que facilitin la informació (36), les intervencions visuals (aquelles que milloren la comunicació entre pacients i professionals) (37) i l'ús del mètode "Teach-back" (38). Per últim, el recolzament de persones expertes en millorar l'autogestió (39) sembla ser factible però es ressalta explícitament la necessitat de dur a terme una prova principal i de gran escala.

A l'hora, també es pretén estudiar si hi ha alguna diferència en la millora del coneixements de salut segons el gènere; doncs dos dels estudis inclosos en aquesta revisió no observen diferències significatives en relació a aquesta variable (36,38). Chesser AK, *et al.*, (45) consolida aquest fet quan a les seves troballes observa que hi ha altres autors que no detecten diferències entre els dos sexes. No obstant, a la resta d'articles no tenen en compte la variable gènere o bé no l'estudien com a factor relacionat en l'augment de l'alfabetització.

És important també, destacar que s'ha observat que sovint hi ha més dones que homes participants (34–36,41), excepte a l'estudi realitzat per Bartlam B, *et al.*, (39) on són més presents els homes.

En referència explícitament a l'edat, Zhang KM, *et al.*, (42) evidencia que les persones d'edat més avançada presenten més dificultats per retenir i comprendre informació que no pas aquelles més joves. De manera paral·lela, Chesser AK, *et al.*, (45) afirma que la disminució de la funció cognitiva pot conduir a una dificultat creixent de les capacitats de les persones grans.

Cap estudi revisat en aquest estudi analitza les diferències en la millora de l'alfabetització per la salut segons el tipus de malaltia crònica. Això potser és degut a que els programes educatius es solen centrar en apoderar els participants de coneixements sobre una única condició crònica. També, que la gran part dels programes estudiats tenen més en compte la variable nivell educatiu dels participants que no pas la patologia crònica.

L'adherència als medicaments, les malalties cròniques i l'alfabetització per la salut estan directament relacionats. No només Annie WY, *et al.*, (36) estudia maneres de millorar aquesta adherència sinó que altres autors com Lee Y-M, *et al.*, (46) reforcen aquesta relació quan conclouen que el desenvolupament, implementació i avaluació d'intervencions d'alfabetització per la salut per persones grans amb condicions cròniques són importants per augmentar l'adherència a medicaments i millorar potencialment els resultats de salut. Per contra, autors com Chesser AK, *et al.*, (45) obtenen resultats inconsistents sobre aquesta relació i posen en manifest la indefinició entre l'adherència als medicaments, les malalties cròniques i l'alfabetització per la salut.

Pel que fa al nivell d'evidència SIGN, no hi ha cap estudi de primer i segon nivell d'aquesta classificació ja que no s'ha inclòs cap metaanàlisis ni cap revisió sistemàtica d'assajos clínics. Amb aquest fet, també queda demostrada la manca d'investigació i la falta d'alta evidència sobre aquest àmbit.

Així doncs, la justificació d'aquesta revisió es veu reforçada per varis estudis que insisteixen en la necessitat de realitzar programes educatius dirigits a les persones grans, però alhora hi ha una manca d'investigació recent sobre aquest àmbit que s'ha manifestat quan he realitzat la recerca dels estudis per la revisió; hi ha petits estudis que demostren els beneficis d'educar les persones grans però falten molts estudis a gran escala (amb una mostra més gran) per guanyar evidència sobre aquest terreny.

Per això considero que és fonamental seguir investigant sobre l'alfabetització per la salut de les persones i quines maneres són efectives per millorar-la i així adquirir més coneixements que aportin la informació i evidència per tal de poder millorar les condicions de les persones grans davant el maneig de les malalties cròniques.

LIMITACIONS

En primer lloc, aquesta revisió bibliogràfica està formada per una mostra de 9 articles que es valora com a petita. Això és degut a la dificultat que va sorgir a l'hora de trobar articles que complissin tots els criteris d'inclusió i exclusió. Tal com s'ha dit anteriorment, es van trobar molts estudis que conclouien la necessitat de realitzar educació per la salut a les persones grans, no obstant, trobar articles sobre aquests programes educatius no va ser tant fàcil. A més a més, es van trobar varis articles que podrien haver estat inclosos però no complien els criteris ja que eren de pagament o bé en altres idiomes.

Una altre limitació a destacar és que no en tots els estudis inclosos s'estudia directament la variable alfabetització per la salut sinó que s'estudia l'augment dels coneixements sobre salut després d'aplicar mètodes d'ensenyament. Aquests estudis s'han donat per bons perquè tal i com diu la definició, l'alfabetització per la salut està relacionada amb l'alfabetització de les persones i implica coneixement, motivació i competències per accedir, entendre, avaluar i aplicar la informació sobre salut; és a dir, l'objectiu és augmentar la capacitat de les persones a conèixer la seva malaltia i que puguin prendre decisions correctes sobre aquesta.

CONCLUSIONS

Els programes educatius estudiats milloren els nivells d'alfabetització per la salut de les persones grans amb malalties cròniques però hi ha una manca d'investigació i sostenibilitat dels propis programes. Cal seguir investigant sobre quina és la millor manera d'augmentar els coneixements sobre salut de les persones grans i la forma perquè aquests coneixements es mantinguin el màxim temps possible per tal d'apoderar aquestes persones en la gestió de les seves patologies.

Un número elevat d'estudis demostren els baixos nivells d'alfabetització per la salut a les persones grans i suggereixen la necessitat de realitzar programes educatius però al mateix temps hi ha una manca de proposta i avaluació d'aquests programes. Malgrat això, els programes educatius estudiats són efectius i demostren augmentar el nivell d'alfabetització per la salut a les persones grans.

No s'han trobat diferències en l'augment de l'alfabetització per la salut segons el gènere ja que és una variable que es té en compte només en dos dels estudis inclosos i en els quals no s'extreuen diferències significatives. Tampoc s'ha observat cap relació entre l'augment de l'alfabetització de les persones grans i el tipus de patologia crònica doncs tots els estudis estan centrats únicament en un tipus de malaltia i no tenen en compte aquesta variable a l'hora d'estudiar la diferència.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [Internet]. Ginebra: WHO; 2005 [cited 2018 Jan 23]. 6 p. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_BCHP.pdf
2. CONFINTEA V. Educación de las personas adultas y los desafíos del siglo XXI [Internet]. Hamburg: Instituto de la UNESCO para la Educación; 1997 [cited 2018 Jan 23]. 429 p. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001159/115957so.pdf>
3. Fòrum Català d'Atenció Primària. La infermera familiar i comunitària: repte i oportunitat [Internet]. Barcelona: FoCAP; 2017 [cited 2018 Mar 19]. 16 p. Available from: <http://www.aificc.cat/storage/especialitat-infermeria-efic/la-infermera-familiar-i-comunitaria.pdf>
4. Agència de Salut Pública de Catalunya. Bases per a la Promoció De l'Envelliment Actiu i Saludable [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014 [cited 2018 Jan 23]. 103 p. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/gent_gran/documents/seps_envelliment.pdf
5. Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindström B, et al. The Handbook of Salutogenesis. Springer. Bergen; 2017. 467 p.
6. Quesada RP. La Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. UNED [Internet]. 2001 [cited 2018 Jan 23];4:26. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/361/314>
7. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1989 [cited 2018 Jan 28]. 277 p. Available from: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf

8. Prieto MA. El papel de la enfermería en la promoción de la salud de la persona hipertensa [Thesis in Internet]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2011 [cited 2018 Jan 22]. Available from: <https://vpngateway.udg.edu/teseo/,DanalInfo=www.educacion.gob.es,SSL+imprimirFicheroTesis.do?idFichero=23109>
9. UNESCO. More Than One-Half of Children and Adolescents Are Not Learning Worldwide [Internet]. París: UNESCO Institute For Statistics; 2017 [cited 2017 Dec 28]. 25 p. Available from: <http://uis.unesco.org>
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):259–67.
11. Sorensen 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;12:1–13.
12. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. Tasas de analfabetismo de la población de 10 y más años por Ámbito territorial y Edad; 1981. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [cited 2018 Jan 4]. p. 1. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e243/e01/a1981/l0/&file=01016.px>
13. IDESCAT: Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. Idescat. Nivell d'instrucció de la població de 16 anys i més; 2011. Barcelona: Idescat; [cited 2018 Jan 4]. p. 2. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765>
14. OMS. ALMA-ATA 1978: Atención Primaria de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1978 [cited 2018 Jan 23]. 93 p. Available from: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

15. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1986 [cited 2017 Dec 28]. 4 p. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
16. Suñer R, Santiñà M, Borrell N, Coromines D, Fernández M, González M, et al. Alfabetització per a la salut: Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut. Girona: Documenta Universitaria; 2014. 118 p.
17. World Health Organization. Section II: Extended List of Terms. In: Health Promotion Glossary [Internet]. Ginebra: WHO; 1998. p. 36. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
18. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Kindig D. Health Literacy: a Prescription to end Confusion. Washington: Institute of Medicine; 2004. 368 p.
19. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating Health: The role of health literacy [Internet]. London; 2005. 24 p. Available from: http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy
20. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008. 50 p.
21. Rudd R. Health Literacy Skills of U.S. Adults. *Am J Heal Behav.* 2007;31:8–18.
22. Davis T, Crouch M, Long S, Jackson R, Bates P, George R. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med.* 1991;23(6):433–5.
23. Bass P, Wilson J, Griffith C. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med.* 2003;18:1036–8.
24. Parker R, Baker D, Williams M, Nuss J. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537–41.

25. Hanson-Divers E. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminar study. *J Heal Care Poor Underserved*. 1997;8:56–69.
26. Weiss B, Mays M, Martz W, Castro K, DeWalt D, Pignone M, et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514–22.
27. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [cited 2018 Jan 13]. 282 p. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
28. Tabloski P. *Enfermería Gerontológica*. Madrid: Pearson; 2010. 936 p.
29. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2016-2066 [Internet]. Madrid: INE; 2016 [cited 2018 Jan 10]. 20 p. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
30. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. Índice de Envejecimiento; 2017. Madrid: INE; [cited 2018 Jan 10]. p. 1. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>
31. CONFINTEA V. *Educación para la salud*. Hamburg: Instituto de la UNESCO para la Educación; 1997. 19 p.
32. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. *Papel de Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: Salud Madrid; 2009. 56 p.
33. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enferm Inflammatoria Intest al d*. 2003;2(2):39–42.
34. Shao J-H, Chen S-H. Development and evaluation of a dietary self-management programme for older adults with low literacy and heart disease: pilot study of feasibility and acceptability. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):3015–9.

35. Kim KB, Han H-R, Huh B, Nguyen T, Lee H, Kim MT. The effect of a Community-Based Self-Help Multimodal Behavioral Intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *Am J Hypertens*. 2014 Sep 1;27(9):1199–208.
36. WY A, Chan A, Ho V. Comprehension by older people of medication information with or without supplementary pharmaceutical pictograms. *Appl Ergon*. 2016;58(2017):167–75.
37. Jagt RK, Winter A, Reijneveld S, Hoeks J, Jansen C. Development of a Communication Intervention for older adults with limited health literacy: Photo Stories to support Doctor–Patient communication. *J Health Commun*. 2016;21:69–82.
38. Liu Y-B, Li Y-F, Liu L, Chen Y-L. Effectiveness of the teach-back method for improving the health literacy of senior citizens in nursing homes. *Japan J Nurs Sci*. 2017
39. Bartlam B, Rathod T, Rowlands G, Protheroe J. Lay Health Trainers supporting self-management amongst those with low health literacy and diabetes: Lessons from a mixed methods pilot, feasibility study. *J Diabetes Res*. 2016
40. Oancea C, Fira-Mladinescu O, Timar B, Tudorache V. Impact of medical education program on COPD patients: a cohort prospective study. *Cent Eur J Med*. 2015;127:388–93.
41. Moreno MCC, Veá HDB, Despaigne DAN, Ramos GS, Delgado MT. Efectividad de una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2017;43(3):332–48.
42. Zhang KM, Swartzman LC, Petrella RJ, Gill DP, Minda JP. Explaining the causal links between illness management and symptom reduction: Development of an evidence-based patient education strategy. *Patient Educ Couns*. 2017;100:1169–76.

43. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2017;16:58–69.
44. Kuczmarski MF, Adams EL, Cotunga N, Pohlig RT, Beydoun MA, Zonderman AB, et al. Health Literacy and Education predict nutrient quality of diet of socioeconomically diverse, urban adults. *J Epidemiol Prev Med*. 2016;2(1):1–7.
45. Chesser AK, Woods NK, Smothers KM, Rogers N. Health Literacy and older adults: A systematic review. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:1–13.
46. Lee Y-M, Yu HY, You M-A, Son Y-J. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*. 2017;24:11–8.