

Características sociodemográficas y clínicas asociadas a la alfabetización en salud en personas hospitalizadas por enfermedades crónicas*

Francini de Oliveira Rodrigues¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7618-4203>

Eliana Elisa Rehfeld Gheno¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4111-0612>

Letícia Y Castro¹

 <https://orcid.org/0009-0004-9649-788X>

Arnaldo Nogaro²

 <https://orcid.org/0000-0003-0517-0511>

Amanda Caroline Mélo da Rosa^{1,3}

 <https://orcid.org/0009-0000-8878-2518>

Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz³

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Destacados: **(1)** Primer estudio brasileño que evaluó la alfabetización en salud de personas con ECNT. **(2)** Potencialidades: Capacidad para interactuar, navegar en el sistema y apoyo social. **(3)** Debilidades: Evaluación de la información de salud y capacidad para encontrarla. **(4)** La edad, la educación y el saber leer y escribir interfieren en la alfabetización en salud.

Objetivo: identificar la asociación entre alfabetización en salud y las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas. **Método:** estudio transversal, realizado con pacientes con enfermedades crónicas ingresadas en un hospital general. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico/clínico y el *Health Literacy Questionnaire*, compuesto por nueve escalas, medidas por puntajes. Análisis descriptivo e inferencial de los datos. **Resultados:** el apoyo social a la salud se asoció con el nivel de educación primaria ($p=0,009$). La comprensión y el apoyo de los profesionales de la salud se relacionaron con la duración de la enfermedad crónica ($p=0,044$). La evaluación de la información de salud se asoció con la franja etaria ($p=0,001$), saber leer ($p=0,010$) y escribir ($p=0,032$). Navegar por el sistema de salud también estuvo relacionado con la franja etaria ($p=0,018$), al igual que la capacidad para encontrar buena información de salud ($p=0,002$), saber leer ($p=0,010$) y comprender la información de salud lo suficientemente bien como para saber qué hacer se asoció con la franja etaria ($p=0,001$) y saber escribir ($p=0,010$). **Conclusión:** la educación, la franja etaria, la duración de la enfermedad crónica y el saber leer y escribir interfieren en la alfabetización en salud. Esto destaca que es necesario desarrollar estrategias personalizadas que consideren esas variables para mejorar la alfabetización en salud de la población hospitalizada.

Descriptores: Alfabetización en Salud; Enfermedades no Transmisibles; Hospitalización; Enfermedades Crónicas; Acceso a la Información; Gestión en Salud.





* Artículo parte de la disertación de maestría "Alfabetización en salud para personas con enfermedades crónicas no transmisibles: estudio de métodos mixtos", presentada en la Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil y Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 306855/2021-6, Brasil.

¹ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

² Universidade do Alto Uruguai e das Missões, Campus Erechim, RS, Brasil.

³ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Rodrigues FO, Gheno EER, Castro L, Nogaro A, Rosa ACM, Kolankiewicz ACB. Sociodemographic and clinical characteristics associated with health literacy in people hospitalized for chronic diseases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4494 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7395.4494>

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un problema de salud pública mundial. Constituyen la principal causa de discapacidad y mortalidad prematura en el mundo y son responsables de la muerte de 40,8 millones de personas, lo que equivale al 74% de todas las muertes⁽¹⁾.

Padecer ECNT implica tener acceso a bienes y servicios públicos, derechos garantizados, información, empleo, ingresos y la posibilidad de tomar decisiones beneficiosas para la salud⁽²⁾. En este contexto, la Alfabetización en Salud (AS) contribuye y puede modificar factores de salud negativos y ayudar a comprender las fortalezas y debilidades de las personas y las comunidades. Representa el conocimiento y las competencias personales que se acumulan a través de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y las generaciones. Está mediada por estructuras organizativas y por la disponibilidad de recursos que les permitan a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar información y servicios, de manera que promuevan y mantengan la buena salud y el bienestar⁽³⁾.

La AS se considera el mejor indicador de salud en relación a muchos determinantes sociales⁽⁴⁾. Una AS deficiente provoca el uso inadecuado de los servicios y genera resultados de salud negativos. Además, se asocia con altas tasas de hospitalización, mayor prevalencia de enfermedades, menor uso de métodos preventivos y baja adherencia a los tratamientos. Por otro lado, cuando es adecuada, mejora la autogestión de la atención, la calidad de vida (CV) y, por ende, reduce los reingresos hospitalarios, la sobrecarga y los costos⁽⁵⁾.

En este caso, los pacientes cuya salud empeora debido a las ECNT a menudo requieren hospitalización, debido a su complejidad clínica. Y los profesionales de la salud que les brindan atención, especialmente los enfermeros, deben contribuir para preparar el alta de forma segura y de modo que se le dé continuidad a la atención. Para ello, es necesario que el paciente desarrolle habilidades, dependiendo de su nivel de AS, para facilitar la gestión, el empoderamiento, que comprenda su autocuidado y, por consiguiente, evitar eventos adversos y reingresos⁽⁶⁾.

Los estudios se han limitado a evaluar habilidades cognitivas de lectura y aritmética, y no consideran otros aspectos de la AS que les permiten a los individuos y a la sociedad ser responsables de sus condiciones de salud⁽⁷⁾. Investigaciones con personas afectadas por ECNT en Etiopía identificaron que los niveles de AS varían según las características sociodemográficas y clínicas. Por ello, los profesionales de la salud deben evaluar el nivel de AS y adaptar la información y el apoyo a las habilidades de AS según el contexto del paciente, lo que favorece el manejo de su condición crónica a lo largo de su vida⁽⁸⁾.

En el contexto internacional, hay estudios que identificaron la relación entre la AS y la caracterización sociodemográfica⁽⁹⁾, pero no las condiciones clínicas. En Brasil, se realizaron estudios para evaluar multidimensionalmente la AS en diferentes poblaciones, como profesionales de la salud, usuarios generales, cuidadores domiciliarios y personas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁽¹⁰⁻¹²⁾. En Brasil, la AS es poco estudiada en el contexto de las prácticas y la gestión en salud, no hay una estandarización de estrategias y planes efectivos para lograr una mejor AS y efectividad, y que puedan ser aplicados durante el período de internación, dado que son pocas las instituciones que realizan acciones enfocadas en los mismos, para contribuir a reducir los reingresos hospitalarios.

Por lo tanto, al identificar las asociaciones entre la AS y las variables sociodemográficas y clínicas, los profesionales de enfermería y las instituciones de salud podrán reconocer las debilidades de la AS y desarrollar estrategias efectivas para las personas con enfermedades crónicas, con el fin de reducir los reingresos. Se sabe que hay pocos estudios nacionales e internacionales que relacionan la AS con la caracterización sociodemográfica y clínica desde la perspectiva de las personas que viven con ECNT. Debido a este contexto y a la laguna de conocimiento identificada, se justifica la realización del presente estudio.

El objetivo general del estudio fue identificar la asociación entre la alfabetización en salud y las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas.

Método

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo y transversal basado en las directrices del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Cabe señalar que la AS en el contexto hospitalario será analizada desde la perspectiva de pacientes con enfermedades crónicas, en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

Contexto y recolección de datos

El estudio fue realizado en un hospital general que cuenta con 76 camas en unidades de internación clínica, en la ciudad de Ijuí, RS, Brasil. Las unidades se componen de 18 camas privadas y 58 camas no privadas dobles. La institución cuenta con un programa de "Medicina Preventiva en la Atención Integral de Salud", que hace un seguimiento del paciente mediante actividades de atención integral y preparación para el alta hospitalaria.

Periodo

Recopilación de datos realizada entre abril y octubre de 2023.

Participantes

Participaron 166 pacientes hospitalizados con ECNT.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: personas mayores de 18 años, con diagnóstico de ECNT registrado en la historia clínica, hospitalizadas por al menos 24 horas. Se excluyó a las parturientas, los pacientes quirúrgicos, pacientes institucionalizados luego del alta y las personas con actividad cognitiva deteriorada, que fue evaluada por la primera autora, enfermera, a través de los registros en la historia clínica y presencialmente a pie de cama, a partir de la evaluación del nivel de conciencia del paciente y del contenido.

Definición de la muestra

La población de estudio estuvo compuesta por pacientes hospitalizados con ECNT en la institución, de abril a agosto de 2023, que alcanzó un tamaño poblacional de aproximadamente 370 pacientes, lo que caracteriza una población finita. Para estimar la base de cálculo del tamaño de la muestra, se consideró como factor principal del estudio la escala HLQ. Se asumió como total de la escala un puntaje medio de 3,0 ($\pm 1,0$), que define el punto medio.

Basándose en esa estimación y asumiendo un nivel de significación del 5% ($\alpha=0,05$), un margen de error del 7,5% sobre la media a estimar, lo que equivale a una variación de 0,2 unidades, se calculó que el tamaño mínimo de la muestra era de 159 pacientes. Aplicando el factor de corrección para poblaciones finitas, se estimó que el tamaño mínimo necesario para este estudio era de 112 participantes. De esta manera, al llegar a 166 participantes, se cumplió con un tamaño de muestra que alcanzó representatividad muestral.

Las historias clínicas electrónicas fueron analizadas diariamente para identificar el perfil clínico del paciente y el tiempo de estadía, y se los invitó a participar durante el período de recolección de datos. Se invitó a 192 pacientes y, de ellos, 26 rechazaron la invitación. Así, la muestra estuvo compuesta por 166 pacientes hospitalizados con ECNT.

Variables de estudio

Se consideraron las variables sociodemográficas edad, sexo, ingreso, escolaridad, raza, estado civil,

ser parte del programa de medicina preventiva, saber leer y escribir. Y variables clínicas como: condiciones de salud, tiempo de diagnóstico, tener una o más enfermedades crónicas. Para el LS se utilizaron las escalas del cuestionario *Health Literacy Questionnaire* (HLQ).

Instrumentos utilizados para recolectar información

La información sobre las condiciones clínicas de los pacientes se obtuvo en el expediente sanitario. Para las variables sociodemográficas y HL se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el HLQ, respectivamente, a pie de cama. El HLQ es un instrumento multidimensional para medir HL⁽⁷⁾, validado para su uso en Brasil⁽¹⁰⁾.

El HLQ consta de 44 ítems y está subdividido en dos partes. La parte 1, está compuesta por los siguientes dominios: 1. Comprensión y apoyo de los profesionales de la salud (HPS); 2. Información suficiente para cuidar su salud (HSI); 3. Cuidado activo de la salud (AMH); 4. Apoyo social a la salud (SS); 5. Evaluación de la información de salud (CA). En estas escalas, el puntaje para calcular la media oscila entre 1 y 4, y las respuestas van desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo"^(7,10).

En la parte 2 están las escalas: 6. Capacidad para interactuar activamente con los profesionales de la salud (AE); 7. Navegar por el Sistema de Salud (NHS); 8. Capacidad para encontrar buena información de salud (FHI); 9. Comprender la información de salud y saber qué hacer (UHI). Estas escalas se evalúan con un puntaje que puede variar del 1 al 5, y las respuestas van desde "siempre difícil" hasta "siempre fácil"^(7,10).

El HLQ no proporciona una puntuación global, sino puntajes para cada una de las escalas por separado. La puntuación indica las fortalezas y necesidades de cada persona con respecto a la AS^(7,10). El cálculo se realiza sumando cada ítem de la escala y este valor se divide por el número de ítems de la escala, y el valor se presenta como la media de la puntuación. El estudio obtuvo el consentimiento previo de los autores para utilizar el instrumento debido a que tiene derechos de autor (hl-info@swin.edu.au)

Recolección de datos

Los instrumentos se aplicaron a pie de cama, cara a cara, mediante un teléfono celular o *tablet*. Cada dos días se accedía a la historia clínica electrónica del paciente para comprobar si había nuevos ingresos. Posteriormente, el entrevistador se acercaba a la cama de la persona y la invitaba a participar en el momento y, si no era posible, el asistente salía de la habitación y regresaba más tarde.

Las personas respondieron el cuestionario en ausencia de un cuidador o familiar, para garantizar la privacidad y cumplir con los aspectos éticos. En la recolección de datos participaron cuatro asistentes de investigación, estudiantes de enfermería y medicina, previamente capacitados por la coordinadora del proyecto, última autora, mediante lectura y seguimiento en la recolección inicial de datos, y seguimiento hasta que finalizó. Las entrevistas duraron aproximadamente 30 minutos.

Tratamiento y análisis de los datos

Los resultados se presentaron mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y variabilidad. La simetría de las distribuciones continuas se estudió mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para verificar la confiabilidad del instrumento se calculó el alfa de Cronbach. Para comparar las variables continuas entre dos grupos independientes se utilizó la prueba t de Student. Cuando la comparación de los puntajes involucró a tres o más grupos independientes, se utilizó el Análisis de Varianza (Unidireccional) – *post hoc* Bonferroni. La relación de linealidad entre las edades y los puntajes de las escales se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. El tratamiento estadístico se realizó con ayuda del *Statistical Package for the Social Sciences* versión 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows y se adoptó un nivel de significación del 5% para los criterios de decisión estadística.

Aspectos éticos

El estudio respetó los aspectos éticos de acuerdo con la Resolución nº 466/2012. La investigación fue aprobada el 28 de febrero de 2023 por el Comité de Ética en Investigación, con número 66693823.7.0000.5350 y Dictamen nº 5.915.197.

Resultados

De los 166 pacientes con ECNT, las enfermedades más prevalentes fueron cardiovasculares, 40 (24,1%), metabólicas, 41 (24,7%), neurológicas y 38 (22,9%), neoplasias. Hubo predominio de pacientes del sexo femenino (87; 52,4%), con media de edad de 69,3 ±14,3 años, blancos (159; 95,8%), con ingresos de hasta cinco salarios mínimos (121; 73%). La mayoría (158; 95,8%) refirió saber leer y escribir. En cuanto a la educación, (92;55,4%) pacientes no estudiaron o tenían educación primaria, (40; 24,1%) educación secundaria y (34; 20,5%) educación superior. Respecto a su participación en el programa de Medicina Preventiva, la mayoría refirió no participar (117; 70,5%).

Respecto al tiempo con la enfermedad crónica, la mayoría respondió que tenía la enfermedad desde hacía más de 14 años (70; 42,2%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y clínica de personas que viven con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variables	Total la muestra (n=166)	
	n	%
Sexo		
Femenino	87	52,4
Masculino	79	47,6
Franja etaria (años)		
Hasta 49	17	10,2
50 a 69	52	31,3
Más de 69	97	58,4
Edad (años)		
Media ± DE*	69,3±14,3	
Color		
Blanco	159	95,8
No blanco	7	4,2
Estado civil		
Vive en unión estable	107	64,5
No vive en unión	59	35,5
Ingreso familiar mensual		
Hasta 2 SM†	30	18,1
3 a 5 SM†	65	39,2
6 a 10 SM†	30	18,1
Más de 10 SM†	15	9,0
No responde	26	15,7
Sabe leer		
No	8	4,2
Sí	158	95,2
Sabe escribir		
No	7	4,3
Sí	159	95,7
Educación		
No estudió/ Educación primaria	92	55,4
Educación secundaria	40	24,1
Educación superior completa	34	20,5
Programa de Medicina Preventiva		
No	117	70,5
Sí	49	29,5
Tiempo con ECNT‡		
Hasta 1 año	19	11,4
1 a 5 años	34	20,5
5 a 14 años	43	25,9
Más de 14 años	70	42,2

*Media ± DE = Desviación estándar; †SM = Salario mínimo R\$1302,00, Brasil, 2023; ‡ENCT = Enfermedades crónicas no transmisibles

En la Tabla 2 se presentan las medias del HLQ y la consistencia interna del instrumento

Tabla 2 – Medidas de tendencia central, variabilidad y consistencia interna de las escalas del HLQ*. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Escalas HLQ*	Media	Desviación estándar	αC^{\dagger}
Parte 1- Puntaje de 1-4			
1. Comprensión y apoyo de los profesionales de la salud	3,3	0,5	0,778
2. Información suficiente para cuidar su salud	2,8	0,6	0,821
3. Cuidado activo de la salud	2,9	0,5	0,658
4. Apoyo social a la salud	3,5	0,4	0,741
5. Evaluación de la información de salud	2,5	0,7	0,813
Parte 2- Puntaje de 1-5			
6. Capacidad para interactuar activamente con los profesionales de la salud	3,9	0,9	0,860
7. Navegar en el sistema de salud	3,6	1,0	0,870
8. Capacidad para encontrar buena información de salud	3,1	1,0	0,825
9. Comprender la información de salud y saber qué hacer	3,2	0,9	0,787

*HLQ = Health Literacy Questionnaire; $\dagger\alpha C$ = Coeficiente alfa de Cronbach

Al evaluar los puntajes del LS, se identificó que las escalas que presentaron mejores promedios, consideradas fortalezas, fueron: Capacidad para interactuar activamente con los profesionales de la salud, Navegación en el sistema de salud y Apoyo social para la salud, por lo tanto, consideradas fortalezas. Las escalas Evaluación de la información de salud, Información suficiente para cuidar la salud y Capacidad para encontrar buena información de salud, con promedios más bajos, consideradas debilidades (Tabla 2).

Al comparar los grupos de edad con las escalas Comprensión y Apoyo de los Profesionales de la Salud (HPS); Información Suficiente para el Cuidado de la Salud (HSI); Atención Activa de la Salud (AMH); Apoyo Social para la Salud (SS), se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas. Se encontró una correlación débil pero significativa en la escala de Apoyo Social para la Salud (SS) con la mayor edad de los participantes del estudio ($r=0,153$; $p=0,049$) (Tabla 3).

Tabla 3 - Media y desviación estándar de las escalas HPS*, HSI[†], AMH[‡] y SS[§] de la escala HLQ^{||}, según las características específicas del perfil de la muestra. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variables	N	HLQ			
		HPS*	HSI [†]	AMH [‡]	SS [§]
		Media \pm DE [¶]	Media \pm DE [¶]	Media \pm DE [¶]	Media \pm DE [¶]
Franja etaria (años)					
Hasta 49	17	3,3 \pm 0,4	2,7 \pm 0,6	2,9 \pm 0,4	3,5 \pm 0,5
De 50 a 69	52	3,3 \pm 0,5	2,8 \pm 0,6	3,0 \pm 0,5	3,5 \pm 0,5
Más de 69	97	3,4 \pm 0,5	2,8 \pm 0,7	2,9 \pm 0,5	3,6 \pm 0,4
p**		0,793	0,689	0,227	0,381
Edad (años) - r(p)^{††}		0,094 (p=0,226)	0,087 (p=0,265)	-0,048 (p=0,539)	0,153 (p=0,049)
Educación					
No estudió/Educación primaria	92	3,3 \pm 0,5	2,8 \pm 0,7	2,9 \pm 0,5	3,6a ^{‡‡} \pm 0,4
Educación secundaria	40	3,4 \pm 0,5	2,8 \pm 0,6	3,0 \pm 0,4	3,5ab \pm 0,4
Educación Superior	34	3,4 \pm 0,5	2,7 \pm 0,6	2,9 \pm 0,5	3,4b \pm 0,5
p**		0,898	0,793	0,892	0,009
Sabe leer					
Sí	158	3,3 \pm 0,5	2,8 \pm 0,6	2,9 \pm 0,5	3,5 \pm 0,4
No	8	3,4 \pm 0,7	2,8 \pm 1,1	2,9 \pm 0,6	3,7 \pm 0,4
p ^{§§}		0,564	0,943	0,668	0,175
Sabe escribir					
Sí	159	3,3 \pm 0,5	2,8 \pm 0,6	2,9 \pm 0,5	3,5 \pm 0,4
No	7	3,4 \pm 0,7	2,8 \pm 1,2	3,0 \pm 0,5	3,7 \pm 0,4
p ^{§§}		0,777	0,843	0,790	0,311
Programa de Medicina Preventiva					
Sí	49	3,4 \pm 0,4	3,0 \pm 0,6	3,0 \pm 0,5	3,6 \pm 0,4
No	117	3,3 \pm 0,5	2,7 \pm 0,6	2,9 \pm 0,5	3,5 \pm 0,4
p ^{§§}		0,292	0,015	0,539	0,092

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	N	HLQ ^{II}			
		HPS*	HSI [†]	AMH [‡]	SS [§]
		Media ± DE ^I	Media ± DE ^I	Media ± DE ^I	Media ± DE ^I
Tiempo de diagnóstico ECNT^{††} (años)					
Hasta 1 año	19	3,2 ± 0,4	2,6 ± 0,4	2,8 ± 0,5	3,4 ± 0,4
1 a 5	34	3,2 ± 0,5	2,7 ± 0,7	3,0 ± 0,5	3,5 ± 0,4
5 a 14	43	3,4 a ^{III} ± 0,5	3,0 ± 0,6	3,0 ± 0,6	3,5 ± 0,4
Más de 14	70	3,4 a ^{III} ± 0,5	2,8 ± 0,7	2,9 ± 0,4	3,5 ± 0,5
p ^{††}		0,044	0,106	0,410	0,834

*HPS = Comprensión y apoyo de los profesionales de la salud; †HSI = Información suficiente para cuidar su salud; ‡AMH = Cuidado activo de la salud; §SS = Apoyo social a la salud; ^{II}HLQ = *Health Literacy Questionnaire*; ^IMedia ± DE = Desviación estándar; **Análisis de varianza (unidireccional) – *post hoc* Bonferroni; “a” Puntaje medio significativamente más alto que las otras medias del dominio específico; “b” Puntaje medio intermedio, que difiere significativamente tanto de la media más alta como de la media más baja; “c” Media significativamente más baja que las otras medias del dominio específico; ^{††}r(p) = Correlación de Pearson; ^{†††}Diferencia estadísticamente significativa del 1%, estimada mediante la prueba de Análisis de Varianza (Unidireccional) – *post hoc* Bonferroni; ^{§§}Prueba t-Student para grupos independientes; ^{III}Diferencia estadísticamente significativa del 5%; ^{††††}ECNT = Enfermedades crónicas no transmisibles

Al comparar los grupos de edad con las escalas Comprensión y Apoyo de (HPS); Información Suficiente para el Cuidado de la Salud (HSI); Atención Activa de la Salud (AMH); Apoyo Social para el Apoyo de la Salud (SS), los grupos de edad se compararon en términos de las escalas de la parte 1, sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3).

Al comparar la misma escala, fue posible identificar puntuaciones más altas en el grupo con hasta la educación primaria (p=0,009). No hubo diferencia significativa en las puntuaciones entre los dos niveles superiores de educación. Los resultados observados en las demás escalas mostraron que las diferencias entre las puntuaciones de los diferentes niveles de educación no fueron representativas. No se identificaron diferencias significativas en las características de saber leer o escribir (Tabla 3).

Los pacientes participantes fueron comparados con aquellos que no participaban del programa de Medicina Preventiva, y se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los investigados que formaban parte del programa de Medicina Preventiva, en la escala, Información Suficiente para el Cuidado de la Salud (HSI) (p=0,015). En cuanto a las demás escalas, no hubo resultados representativos (Tabla 3).

Al comparar a los pacientes con respecto al tiempo con la ECNT, se identificó una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes con diagnóstico entre 5 y 14 años y con más de 14 años, con puntajes medios más altos en la escala comprensión y apoyo de los profesionales de la salud (HPS) (p. =0,044) (Tabla 4).

Tabla 4 - Media y desviación estándar de las escalas CA*, AE[†] y NHS[‡] de la escala HLQ[§], según las características sociodemográficas. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Características	N	HLQ [§]		
		CA*	AE [†]	NHS [‡]
		Media ± DE ^{II}	Media ± DE ^{II}	Media ± DE ^{II}
Franja etaria (años)				
Hasta 49	17	2,8a ^I ± 0,6	3,8 ± 0,9	3,5 ± 1,0
De 50 a 69	52	2,8 a ^I ± 0,6	3,9 ± 0,8	3,9 a ^{**} ± 0,8
Más de 69	97	2,3 ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,4 ± 1,0
p ^{††}		<0,001	0,697	0,018
Edad (años) - r(p)^{†††}		-0,301 (p<0,001)	-0,049 (0,529)	-0,133 (p=008)
Educación				
No estudió/ Educación primaria	92	2,2 ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,4 ± 1,0
Educación secundaria	40	2,7 b ^I ± 0,6	3,9 ± 0,8	3,7 ± 0,9
Educación Superior	34	3,0 a ± 0,6	4,0 ± 0,9	3,8 ± 0,8
p ^{††}		<0,001	0,667	0,094
Sabe leer				
Sí	158	2,5 ^{**} ± 0,7	3,9 ± 0,9	3,5 ± 1,0
No	8	1,9 ± 0,8	4,1 ± 0,7	3,7 ± 1,2
p ^{§§}		0,010	0,532	0,594
Sabe escribir				
Sí	159	2,5 ^{**} ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,5 ± 1,0
No	7	1,9 ± 0,9	4,2 ± 0,6	4,1 ± 0,7
p ^{§§}		0,033	0,296	0,129

*CA = Evaluación de la información de salud; †AE = Capacidad para interactuar activamente con los profesionales de la salud; ‡NHS = Navegar en el sistema de salud; §HLQ = *Health Literacy Questionnaire*; ^{II}Media ± DE = Desviación estándar; ^{††}Diferencia estadísticamente significativa del 1%, estimada pelo teste de Análisis de varianza (unidireccional) – *post hoc* Bonferroni; ^{**}Diferencia estadísticamente significativa del 5%; ^{†††}Análisis de varianza (unidireccional) – *post hoc* Bonferroni; “a” Puntaje medio significativamente más alto que las otras medias del dominio específico; “b” Puntaje medio intermedio, que difiere significativamente tanto de la media más alta como de la media más baja; “c” Media significativamente más baja que las otras medias del dominio específico; ^{††††}r(p)Correlación de Pearson; ^{§§}Prueba t-Student para grupos independientes

En la Tabla 5, al comparar las franjas etarias, se identificó diferencia estadísticamente significativa en las escalas evaluación de la información de salud (CA) ($p < 0,001$). Se identificó un puntaje medio más alto en las franjas etarias hasta 49 años y de 50 a 69 años. Según la definición de la escala CA alto, significa que la persona es capaz de identificar buena información y fuentes confiables, resolver información contradictoria por sí sola o con la ayuda de otras personas, y esta capacidad estuvo presente en los encuestados en las franjas etarias hasta 49 años y de 50 a 69 años.

La edad de los encuestados también se comparó con los dominios que guiaron las comparaciones en la Tabla 4, y se detectó una correlación estadísticamente significativa y negativa en el dominio CA ($r = -0,301$; $p < 0,001$), lo que indica que los puntajes altos en el dominio evaluación de la información de salud deben estar correlacionados con las edades más bajas de la muestra (Tabla 5).

La escala navegación en el sistema de salud (NHS) ($p = 0,018$) también se destacó con resultado significativo, con puntaje medio en la franja etaria de 50 a 69 años significativamente superior que el de los demás. En la escala capacidad para interactuar

activamente con los profesionales de la salud (AE), no hubo resultados significativos. En cuanto a los resultados de las correlaciones entre la edad y las escalas AE y NHS, no parecen ser representativos. Considerando la comparación entre la educación y las escalas, se identificó diferencia estadísticamente significativa en el dominio CA ($p < 0,0001$).

Los encuestados con niveles de educación secundaria y superior presentaron puntajes medios significativamente más altos que los que tenían un nivel educativo inferior. En las escalas AE y NHS no se presentaron diferencias significativas.

Con respecto al hecho de saber leer, la diferencia significativa se destacó exclusivamente en la escala CA ($2,5 \pm 0,7$ vs. $1,9 \pm 0,9$ $p = 0,010$), donde el grupo que declaró saber leer presentó un puntaje medio significativamente mayor que el de los demás.

Un resultado similar se observó en relación a la variable saber escribir, al comparar las escalas. La única diferencia significativa se presentó en el dominio CA ($p = 0,032$), lo que indica que los encuestados que declararon saber escribir obtuvieron un puntaje medio significativamente mayor.

Tabla 5 - Media y desviación estándar de las escalas FHI* y UHI[†] de la escala HLQ[‡], según las características sociodemográficas. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Características	N	HLQ [‡]	
		FHI*	UHI [†]
		Media ± DE [§]	Media ± DE [§]
Franja etaria (años)			
Hasta 49	17	3,5 a [¶] ± 1,1	3,5 a [¶] ± 1,1
De 50 a 69	52	3,4 [¶] ± 0,8	3,5 [¶] ± 0,7
Más de 69	97	2,9 ± 1,0	3,0 ± 0,9
p		0,002	0,001
Edad (años) - r(p)**		-0,334 ($p < 0,001$)	-0,301 ($p < 0,001$)
Educación			
No estudió/ Educación primaria	92	2,8 ± 0,9	3,0 ± 0,9
Educación secundaria	40	3,5 a [¶] ± 0,9	3,3 b [¶] ± 0,8
Educación Superior	34	3,8 b ± 0,8	3,6 a [¶] ± 1,0
p		<0,001	0,002
Sabe leer			
Sí	158	3,2 ^{††} ± 1,0	3,2 ^{††} ± 0,9
No	8	2,4 ± 0,7	2,0 ± 0,5
p ^{††}		0,008	<0,001
Sabe escribir			
Sí	159	3,2	3,2 ^{††}
No	7	2,5	2,0
p ^{††}		0,071	0,001

*FHI = Capacidad para encontrar buena información de salud; [†]UHI = Comprender la información de salud lo suficientemente bien como para saber qué hacer; [‡]HLQ = *Health Literacy Questionnaire*; [§]Media ± DE = Desviación estándar; ^{||}Análisis de varianza (unidireccional) – *post hoc*; Para resultados con una diferencia estadísticamente significativa, se usa la notación: "a" Puntaje medio significativamente más alto que las otras medias del dominio específico; "b" Puntaje medio intermedio, que difiere significativamente tanto de la media más alta como de la media más baja; "c" Media significativamente más baja que las otras medias del dominio específico; [†]Diferencia estadísticamente significativa del 1%, estimada mediante la prueba de Análisis de Varianza (Unidireccional) – *post hoc* Bonferroni; ^{**} $r(p)$ = Correlación de Pearson; ^{††}Diferencia estadísticamente significativa del 5%; ^{†††}Prueba t-Student para grupos independientes

Considerando los análisis que involucraron las comparaciones por franjas etarias, en la escala capacidad para encontrar buena información de salud (FHI), hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,002$), lo que indica que los puntajes medios en las franjas etarias hasta 49 años y de 50 años a 59 años fueron significativamente mayores. Se obtuvo un resultado similar al comparar la franja etaria con la escala comprender la información de salud lo suficientemente bien como para saber qué hacer UHI ($p=0,001$).

Según la definición de la escala, hay evidencia de que las franjas etarias hasta 49 años y de 50 a 69 años tienen una mayor capacidad para buscar información. Y ambas franjas etarias también tienen una mayor capacidad para comprender información escrita sobre salud.

Al correlacionar las escalas con la edad, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas y negativas, tanto entre la edad y el dominio FHI ($r = -0,334$; $p < 0,001$), como con los datos de la escala UHI ($r = -0,301$; $p < 0,001$). Hay evidencia de que hay correlación entre los encuestados con edades más avanzadas y los puntajes más bajos.

En cuanto a las comparaciones sobre saber leer, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas FHI y UHI. Se identificó que el puntaje medio fue significativamente mayor en los encuestados que declararon saber leer FHI ($p=0,010$). Un resultado similar se obtuvo al comparar la variable sabe leer. Considerando las comparaciones con la escala UHI, en la pregunta saber escribir ($p=0,010$), se observó diferencia estadísticamente significativa exclusivamente en este dominio, lo que indica mayor puntaje medio en el grupo que informó que sabe escribir.

Discusión

Este es el primer estudio brasileño que evaluó la AS de personas que viven con ECNT y comprobó la relación con variables sociodemográficas (edad, escolaridad, saber leer y escribir y si forma parte de la medicina preventiva) y clínicas (tiempo de diagnóstico de la ECNT), mediante análisis bivariado. Se identificó que los puntajes más altos se observaron en las escalas apoyo social a la salud y capacidad para interactuar activamente con profesionales de la salud, ambos resultados similares a los de otro estudio internacional con personas que viven en una comunidad pesquera rural en el norte de Egipto⁽¹³⁾.

Predominaron las personas con ECV, resultado similar al de un estudio que evaluó la AS en Brasil con personas afectadas por ECNT, en el que predominó la ECV con 230 personas (29%) y sexo femenino (67,5%)⁽¹⁰⁾. Otros estudios actuales también confirman estos resultados^(1,6).

Se observó una reducción de la AS con el aumento de la edad y menor educación. La AS juega un papel importante en el manejo de las ECNT, consideradas complejas, que representan un desafío importante y a largo plazo para las personas y el sistema de salud^(4,6).

Los puntajes más bajos se encontraron en las escalas "evaluación de la información de salud" y "capacidad para encontrar buena información de salud", lo que coincide con otros estudios brasileños que utilizaron el mismo instrumento con personas que viven con VIH y con enfermedad renal crónica^(12,14).

En la presente investigación, personas con edades avanzadas y baja escolaridad tuvieron mejores desempeños en el dominio "apoyo social a la salud", resultado similar al encontrado en otros estudios⁽¹⁵⁾. Además, un apoyo social de calidad promueve mejores resultados de salud⁽¹⁶⁾ y mejora la autogestión⁽¹⁷⁾. Por ende, brindarle educación y apoyo a los familiares y cuidadores insertos en este contexto puede ser una estrategia útil para los servicios de salud, ya que otros estudios⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ sugieren que los cuidadores de personas con ECNT necesitan información sobre el cuidado, y los principios de la AS son cruciales en la vida diaria de los cuidadores, profesionales y gerentes para obtener mejores resultados y tomar decisiones de salud⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado en Australia muestra que pacientes con edades avanzadas y menor nivel educativo necesitan y/o reciben mayor apoyo social a la salud, lo que favorece la AS en esta población⁽²⁰⁾. Otra investigación en Brasil obtuvo resultados similares a los de este estudio^(14,21).

Es fundamental que los profesionales de la salud evalúen el nivel de AS de los pacientes y adapten la información y el apoyo a las competencias de AS de acuerdo con el contexto de sus pacientes, de forma individual, dado que eso favorece el manejo de la condición crónica de salud a lo largo de su vida⁽⁹⁾. Cabe destacar que las estrategias basadas en la comunicación asertiva, la información comprensible y el acceso claro a los servicios favorecen la AS de las personas^(7,22).

Datos de este estudio revelan que las personas que formaban parte de un programa de medicina preventiva tuvieron una mejor media en el dominio información suficiente para cuidar su salud. Es decir, se sentían seguros de tener la información que necesitaban para vivir, manejar sus condiciones y tomar decisiones sobre su salud⁽⁸⁾, a diferencia de otros estudios que presentaron medias más bajas⁽¹²⁻¹³⁾, lo que destaca la importancia de los programas que se basan en los principios de la AS⁽³⁾.

Es importante que el paciente tenga relación con al menos un profesional de la salud que lo conozca bien y en quien pueda confiar para recibir consejos e información

útil que le ayude a comprender las indicaciones y tomar decisiones sobre su salud⁽⁸⁾. Fortalecer el vínculo facilita la continuidad de la atención y brinda oportunidades para el desarrollo de estrategias de manera específica. Se considera estratégico que los profesionales de la salud transmitan información de manera clara y con lenguaje accesible, para favorecer la comprensión y fomentar la autogestión⁽²³⁾, dado que los servicios de salud son la principal puerta de entrada y se los considera fuente segura de información para los usuarios.

Se encontró que los participantes en el presente estudio demostraron debilidades en las escalas información suficiente para cuidar su salud y evaluación de la información de salud. Presentaron lagunas en el conocimiento sobre salud, no lograron comprender la información que recibían y creían que no tenían la información necesaria para la autogestión, lo mismo se observó en otro estudio⁽¹²⁾ que identificó un nivel bajo/insuficiente de adherencia al tratamiento farmacológico en las personas con VIH, debido a las debilidades en dichas escalas.

Estos resultados tienen implicaciones importantes y confirman que es necesario y que hay que avanzar en la atención a las personas con ECNT, en términos de comunicación asertiva entre pacientes y profesionales de manera específica, como lo demuestran otros estudios con resultados similares^(11,24-25). El acceso a la información no es el principal problema, sino la calidad, ya que las personas necesitan entender claramente las indicaciones para la autogestión. Para ello, se pueden adoptar recursos como entregar material educativo sobre la enfermedad y el tratamiento en un lenguaje accesible y de una fuente segura^(7,23).

La comunicación asertiva se puede utilizar mediante el empleo de la técnica *teach back*, que favorece la comprensión de la información⁽²⁶⁾. Estas estrategias ofrecen apoyo a las personas para aumentar el conocimiento, la capacidad para tomar decisiones compartida, el compromiso y la autogestión⁽²⁶⁻²⁷⁾.

El presente estudio identificó que las personas más jóvenes con un mayor nivel de educación tenían potencialidad de AS para identificar buena información en fuentes confiables, así como para resolver información contradictoria por sí solas o con la ayuda de otras personas. El nivel de educación es relevante, ya que se sabe que las personas con mayor nivel de educación pueden tener mejor acceso a información sobre la atención de la salud y el tratamiento de las ECNT⁽²⁸⁾. Esto, si bien influye, no siempre se considera una característica determinante, dado que personas con altos niveles de estudio pueden tener una AS deficiente, porque esta es específica y va más allá de saber leer o escribir, incluye las habilidades

para tomar decisiones, promover la salud, acceder y navegar en el sistema de salud⁽⁷⁾.

El dominio cuidado activo de la salud también presentó debilidades para la AS. Se relaciona con ser responsable de su salud y participar proactivamente para tomar sus propias decisiones. Este hecho puede estar asociado con la edad y el bajo nivel educativo, ya que la edad avanzada puede reducir la capacidad para realizar tareas cognitivas que requieren procesamiento de información. Las personas mayores parecen tener más dificultades para completar tareas que requieren razonar o sacar conclusiones a partir de la información presentada⁽²⁹⁾.

Con respecto a ese tema, los autores señalan que los profesionales de la salud deben preocuparse por el apoyo social, especialmente los enfermeros, con el fin de mejorar las prácticas educativas que puedan brindar una escucha calificada, aclaraciones sobre el cuidado e inclusive considerar cuestiones emocionales⁽³⁰⁾, para abordar de forma integral a los adultos mayores y con mayor vulnerabilidad.

Considerando los dominios capacidad para encontrar buena información de salud y comprender la información de salud lo suficientemente bien como para saber qué hacer, se identificó que, hasta los 69 años, las personas mostraban potencialidad de AS. Las personas deben poder buscar, comprender y utilizar diferentes fuentes de información, y ser capaces de escribir adecuadamente en formularios cuando sea necesario.

El estudio permitió identificar aspectos que hay que mejorar en la atención, para contribuir al desarrollo de estrategias y favorecer la AS. Gracias al estudio, se pudo notar que es fundamental invertir en políticas de salud, en el ámbito público y privado, que se basen en estrategias de AS, y que también es necesario apoyar a los gestores, profesionales de la salud y usuarios comprometidos para que el cambio ocurra.

Además, los resultados pueden contribuir a otros estudios publicados y en curso a nivel universal, y facilitar la reflexión sobre la AS en las prácticas de gestión en salud en Brasil y otros países.

Este estudio tiene algunas limitaciones, el tipo de estudio elegido, cuantitativo y transversal, que no permite establecer una relación causal entre las variables, además de realizarse en un solo hospital general. Por tanto, se debe tener cuidado a la hora de generalizar los resultados. A pesar de las limitaciones, este estudio trae innovaciones sobre la importancia de considerar las LS para la calificación de la atención en salud a las ENT. Los resultados pueden brindar apoyo para futuras investigaciones que investiguen la relación causal entre LS y variables sociodemográficas y clínicas en pacientes hospitalizados con ENT.

Conclusión

Los pacientes mostraron potencialidad de AS, en las escalas apoyo social ($3,5\pm 0,4$), capacidad para interactuar con los profesionales de la salud ($3,9\pm 0,9$) y navegar en el sistema de salud ($3,6\pm 1,0$); por otro lado, presentaron debilidades en la evaluación de los servicios ($2,5\pm 1,0$) y en la capacidad para encontrar buena información de salud ($3,1\pm 1,0$).

Hubo asociación significativa entre AS y variables sociodemográficas, como edad, educación y saber leer y escribir. Los pacientes hasta 49 años y de 50 a 59 años tenían medias más bajas en la escala apoyo social a la salud, y aquellas con menor educación tenían medias más altas. Las franjas etarias más jóvenes mostraron mejores resultados de AS en las escalas evaluar los servicios de salud, capacidad para encontrar buena información de salud y comprender la información de salud lo suficientemente bien como para saber qué hacer.

Los pacientes más jóvenes, con educación superior y habilidades de lectura y escritura presentaron puntajes más altos en escalas relacionadas con la evaluación y comprensión de la información de salud. Por otro lado, los individuos con mayor edad y menor educación presentaron puntajes más bajos, lo que indica debilidades en la comprensión de la información de salud, pero se identificó que la escala apoyo social a la salud mostró potencialidad y podría favorecer la AS en la evaluación y utilización de los servicios de salud.

Las personas que formaban parte del programa de medicina preventiva tuvieron medias más altas en la escala información suficiente para cuidar su salud. Las personas que habían padecido ECNT durante un período más prolongado sentían que los profesionales de la salud las comprendían y apoyaban más.

Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud sean capaces de reflexionar e implementar estrategias de AS de manera específica para personas de mayor edad y bajo nivel educativo, para que puedan tomar decisiones sobre su salud y bienestar.

Referencias

- World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 Aug 10]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnet/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view
- World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Ho KHM, Smith GD. A discursive paper on the importance of health literacy among foreign domestic workers during outbreaks of communicable diseases. *J Clin Nurs*. 2020;29(23-24):4827-33. <https://doi.org/10.1111/jocn.15495>
- Panelli BL, Barros MBSC, Oliveira do Ó DMS, Monteiro EMLM. "Health promoters" in a rural settlement: health literacy as community intervention. *Textos Contextos*. 2020;19(1):e29470. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.29470>
- Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Tilahun D, Abera A, Nemera G. Communicative health literacy in patients with non-communicable diseases in Ethiopia: a cross-sectional study. *Trop Med Health*. 2021;49(1):57. <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00345-9>
- Furray AI, Coman MA, Cherecheș RM, Borzan CM. Exploring the Impact of Sociodemographic Characteristics and Health Literacy on Adherence to Dietary Recommendations and Food Literacy. *Nutrients*. 2023;15(13):2853. <https://doi.org/10.3390/nu15132853>
- Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HAC, Sousa ALL, Canhestro MR, et al. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to Brazilian Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE0217. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>
- Soares TAM, Brasil VV, Moraes KL, Santos LTZ, Vila VSC, Borges LH Júnior. Health literacy of home caregivers in a Brazilian capital. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE002255. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002255>

12. Caetano TA, Moraes KL, Martins AMEBL, Godinho CP, Lima PXV, Mesquita LGM. Health literacy and medication adherence to the treatment of people living with HIV/AIDS. *Rev Unimontes Cient.* 2022;24(2):1-17. <https://doi.org/10.46551/ruc.v24n2a2>
13. Anwar WA, Mostafa NS, Hakim SA, Sos DG, Abozaid DA, Osborne RH. Health literacy strengths and limitations among rural fishing communities in Egypt using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PLoS One.* 2020;15(7):e0235550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235550>
14. Oliveira GKA, Moraes KL, Caetano TA, Santos DCG, Oliveira TMM, Borges CJ. Health literacy profile of patients with chronic kidney disease on pre-dialysis treatment. *J Nurs Health.* 2022;12(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2247>
15. Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Social support and health conditions of Brazilian elderly in the community. *Cien Enferm.* 2020;26(9). <https://doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>
16. Moura K, Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Frailty and social support older adults' in a vulnerable region: an approach in a family health unit. *Rev Aten Saude.* 2020;18(63):65-73. <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6342>
17. Silva VM, Brasil VV, Moraes KL, Magalhães JPR. Health literacy of professionals enrolled in a Multiprofessional Residency Program in Health. *Rev Eletr Enferm.* 2020;22. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62315>
18. Dinh TTH, Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:923. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>
19. Becker P, Tubiana D, Gheno EER, Rodrigues FO, Desordi JM, Rebelato CTC, et al. Perceptions of the nursing team regarding hospital discharge planning for people after strokes. *Rev Contexto Saúde.* 2024;24(48):e14515. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14515>
20. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2015;15:678. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>
21. Silva RG, Nogueira LMV, Santos MYS, Rodrigues ILA, Pinheiro AKC, Farias SNP. Health literacy of people undergoing treatment for leprosy in an endemic municipality in the Amazon region. *Rev Contexto Saúde.* 2024;24(49):e15285 <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.49.15285>
22. Leão NCS, Canhestro MR, Milagres LMR, Oliveira PM, Moraes KL, Brasil VV. Health literacy and pharmacotherapy adherence among chronic kidney disease patients in pre-dialysis care. *Rev Pesqui.* 2021;13:1610-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10792>
23. Vilela SR, Leão-Cordeiro JAB, Moraes KL, Suzuki K, Brasil VV, Silva AMTC. Cardiopulmonary resuscitation for lay people: Evaluation of videos from the perspective of digital health literacy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2022;30:e3542. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5623.3542>
24. Cesar FCR, Oliveira LMCA, Galvão MC, Lacerda ALA. How Do Healthcare Professionals Develop the Communication Process to Promote Patients' Health Literacy? *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(5):536. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050536>
25. Wahl AK, Osborne RH, Larsen MH, Andersen MH, Holter IA, Borge CR. Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart Lung.* 2021;50(3):417-24. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>
26. Epstein HAB. The Teach-Back Method to Build Patient's Health Literacy. *J Cons Health Internet.* 2023;27(3):328-34. <https://doi.org/10.1080/15398285.2023.2243786>
27. Paes RG, Mantovani MF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: quasi-experimental study. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210313. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>
28. Young-Rock H, Jo A, Huo J, Cardel MI, Mainous AG. Pathways of Teach-Back Communication to Health Outcomes Among Individuals With Diabetes: A Pathway Modeling. *J Prim Care Commun Health.* 2022;13. <https://doi.org/10.1177/21501319211066658>
29. Costa AC, Conceição AP, Butcher HK, Butcher RCGS. Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e3878. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879>
30. Carvalho FF, Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Rodrigues FO, Griep RH, et al. Social support among puerperal at risk: association with sociodemographic and clinical characteristics. *Cogitare Enferm.* 2024;29. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95053>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtención**


de datos: Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análisis e interpretación de los datos:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análisis estadístico:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtención de financiación:** Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Redacción del manuscrito:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 20.03.2024
Aceptado: 22.10.2024

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autor de correspondencia:
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.