

Elizabethtown College

JayScholar

---

Modern Languages: Student Scholarship &  
Creative Works

Modern Languages

---

Spring 2022

## El alfabetismo en salud: otra barrera para los hispanohablantes en el sistema de salud en los Estados Unidos

Rachel Gould

Elizabethtown College, [gouldr@etown.edu](mailto:gouldr@etown.edu)

Follow this and additional works at: <https://jayscholar.etown.edu/modlangstu>



Part of the [Spanish and Portuguese Language and Literature Commons](#)

---

### Recommended Citation

Gould, Rachel, "El alfabetismo en salud: otra barrera para los hispanohablantes en el sistema de salud en los Estados Unidos" (2022). *Modern Languages: Student Scholarship & Creative Works*. 14.  
<https://jayscholar.etown.edu/modlangstu/14>

This Student Research Paper is brought to you for free and open access by the Modern Languages at JayScholar. It has been accepted for inclusion in Modern Languages: Student Scholarship & Creative Works by an authorized administrator of JayScholar. For more information, please contact [kralls@etown.edu](mailto:kralls@etown.edu).

## Honors Senior Thesis Release Agreement Form

The High Library supports the preservation and dissemination of all papers and projects completed as part of the requirements for the Elizabethtown College Honors Program (Honors Senior Thesis). Your signature on the following form confirms your authorship of this work and your permission for the High Library to make this work available. By agreeing to make it available, you are also agreeing to have this work included in the institutional repository, JayScholar. If you partnered with others in the creation of this work, your signature also confirms that you have obtained their permission to make this work available.

Should any concerns arise regarding making this work available, faculty advisors may contact the Director of the High Library to discuss the available options.

### Release Agreement

I, as the author of this work, do hereby grant to Elizabethtown College and the High Library a non-exclusive worldwide license to reproduce and distribute my project, in whole or in part, in all forms of media, including but not limited to electronic media, now or hereafter known, subject to the following terms and conditions:

### Copyright

No copyrights are transferred by this agreement, so I, as the author, retain all rights to the work, including but not limited to the right to use in future works (such as articles or books). With this submission, I represent that any third-party content included in the project has been used with permission from the copyright holder(s) or falls within fair use under United States copyright law (<http://www.copyright.gov/title17/92chap1.html#107>).

### Access and Use

The work will be preserved and made available for educational purposes only. Signing this document does not endorse or authorize the commercial use of the content. I do not, however, hold Elizabethtown College or the High Library responsible for third party use of this content.

### Term

This agreement will remain in effect unless permission is withdrawn by the author via written request to the High Library.

Signature: \_\_\_\_\_



Date: \_\_\_\_\_

04/26/2022

El alfabetismo en salud: otra barrera para los hispanohablantes en el sistema de salud en los Estados Unidos

By

Rachel Gould

This thesis is submitted in partial fulfillment of the requirements for Honors in the Discipline in  
Modern Languages Department

and the Elizabethtown College Honors Program

Due Date: 05/02/2022

Thesis Advisor (signature required) 

Second Reader \_\_\_\_\_

Third Reader (if applicable) \_\_\_\_\_  
[only if applicable such as with interdisciplinary theses]

/

En la sociedad actual, la salud es uno de los temas más discutidos, especialmente en referencia al sistema de salud en los Estados Unidos. Pero, hay muchas personas que todavía no pueden mantener una buena salud o no tienen acceso suficiente al sistema de salud. Una de las causas de este problema es el alfabetismo en salud, una habilidad no suficiente o ausente en mucha de la población de los Estados Unidos.

Primero, es importante entender que es el alfabetismo en salud. Según la asociación médica de los Estados Unidos, la definición del alfabetismo en salud es "la constelación de habilidades, incluida la capacidad para realizar tareas básicas de lectura y numéricas necesarias para funcionar en el entorno de la atención médica" ("Health Literacy"). Es decir, es el conjunto de habilidades necesarias para fomentar una comunicación significativa entre un proveedor médico y el paciente para garantizar que el paciente pueda desempeñar un papel activo en su atención médica. Algunas de las habilidades que actúan como base para la alfabetización en salud son el alfabetismo general, la aritmética, el conocimiento tecnológico, la capacidad de comunicación, y la motivación para mejorar o mantener la salud (Berkman et al. 9-19). Por lo tanto, el alfabetismo en salud no es solo una habilidad, sino en realidad un grupo de habilidades que funcionan en conjunto. Típicamente, las personas pueden desarrollar las capacidades necesarias para tener un nivel de alfabetismo en salud funcional a través de tres exposiciones: Su sociedad y cultura, el sistema educativo al que han estado expuestos y sus experiencias personales con el sistema de salud (Institute of Medicine). En general, la educación es la manera principal por la cual las personas típicamente aprenden muchas de las habilidades necesarias para alcanzar un nivel funcional de alfabetización en salud (Institute of Medicine). Por supuesto, la combinación de todos estos tres es importante para evolucionar y mezclar todas las capacidades individuales aprendidas a través del tiempo. Es importante señalar que no solo importan las

habilidades de cada paciente, sino que la alfabetización sanitaria también puede verse afectada por la estructura y complejidad del sistema de salud en el que se encuentra.

Hay muchos modelos para organizar mejor las habilidades de alfabetización en salud para una mejor comprensión. Un modelo cita que hay cuatro habilidades que son necesarias para tener el alfabetismo en salud: acceso a la información, entendimiento de la información, evaluación de la información y aplicación para comunicar y usar la información (Cartes-Velásquez 558–566). Acceso es la habilidad de conseguir la información, entendimiento es la capacidad de comprender la información, evaluación es la habilidad de interpretar la información y use a la habilidad de aplicar la información en comunicación (Cartes-Velsáquez 558-566). Una persona necesita tener todas estas capacidades para lograr un nivel de alfabetismo en salud funcional. Si solo una de estas áreas de capacidad fuera ausente en una persona, la persona tendría problemas con el alfabetismo en salud. Otros modelos discuten solo tres categorías: capacidad, comprensión y comunicación (Cartes-Velásquez 558–566). Aún más modelos tienen áreas como “la funcional o centrada en las habilidades para el ambiente clínico; la interactiva que utiliza habilidades sociales y cognitivas ajustadas al propio contexto; y la crítica que con la utilización de habilidades sociales y cognitivas más avanzadas permite tener un mayor control de los eventos y situaciones vitales” (Cartes-Velásquez 558–566). Pero, todos los modelos tienen la misma base: la persona necesita las habilidades de recibir y analizar la información y luego usar esa información en aplicaciones como comunicarse con los médicos, tomar decisiones en el plan de salud, o seguir instrucciones.

## **Importancia**

La importancia del alfabetismo en salud no es solo la capacidad de hablar con los médicos. El concepto es tan notable e importante que es citado por organizaciones creíbles en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fortalecer las habilidades personales y comunitarias de maneras que posibiliten y empoderen a las personas para sentirse seguras, estar informadas y participar en las decisiones que repercutan en los determinantes de la salud ha constituido una piedra angular de la promoción de la salud moderna desde la publicación de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud por parte de la OMS en 1986 (Nutbeam 101-103). Hay muchas consecuencias positivas de los niveles del alfabetismo en salud altos que pueden afectar todos los aspectos de salud personal y la vida en general. La alfabetización en salud puede aumentar la satisfacción con la experiencia con el sistema médico, a través de un mayor conocimiento del diagnóstico y una mayor inclinación a hablar con los profesionales de la salud (Hahn et al. 4-15).

Es importante tener en cuenta que la alfabetización en salud no solo ayuda con el tratamiento después del diagnóstico. Hay otros momentos en los que la prevención es aplicable, cuando algo se puede tratar o evitar por completo, pero el paciente debe comprender cómo provocar esos cambios. Las opciones de estilo de vida más saludables basadas en una mayor comprensión de la enfermedad también pueden ayudar a prevenir enfermedades secundarias (Lu et al. 2833-2843). Específicamente con respecto a la pandemia de COVID-19, una mayor alfabetización en salud sobre epidemias y enfermedades en general, una alta alfabetización en salud basada en la población habría reducido potencialmente la propagación de información engañosa e incorrecta y podría haber aumentado el cumplimiento de los estándares establecidos por las organizaciones médicas (Lazcano-Ponce y Alpuche-Aranda 317-326). La combinación de estas posibilidades para contener el virus se vio limitada por la falta de alfabetización en salud en

gran parte de la población del país. Esta pandemia demuestra la importancia de la alfabetización en la salud de hoy en las noticias.

Si una persona tiene un bajo nivel de alfabetización en salud, puede haber muchas consecuencias para la salud de esta persona. En primer lugar, existe una correlación entre el nivel de alfabetización en salud y los comportamientos de salud. Se confirmó en un estudio de Aaby, et al. que existen asociaciones positivas entre la alfabetización en salud y mejores comportamientos, como una mayor actividad física o una mejor dieta (1880–1888). Esto se debe a que las personas fueron participantes activos en la conversación con los médicos para comprender las consecuencias negativas de los malos comportamientos. Cuando los pacientes tienen una enfermedad compleja o crónica, la alfabetización en salud también demuestra ser una herramienta importante para el manejo adecuado de esta enfermedad a través de comportamientos de salud mejorados (Hickey 49-55).

El alfabetismo en salud es importante no solo para los pacientes sino también para los médicos y el sistema de salud completo. Debido a que la alfabetización en salud hace que las personas sean más saludables a través de los hábitos y la prevención, hay menos presión económica sobre el sistema de salud. En un metaanálisis, varios estudios mostraron que existen varias ventajas económicas de la alfabetización en salud y la inversión en programas para mejorarla, como un mayor retorno de la inversión, lo que demuestra que una mayor alfabetización en salud es más rentable en general (Stiekle et al.). Esta correlación es obvia; si las personas pueden tomar decisiones sobre su salud que sean mejores para ellos, habrá menos necesidad de servicios para reparar daños más avanzados más adelante y, por lo tanto, se gastará menos dinero. Incluso económicamente, es mejor tener niveles más altos de alfabetización en salud. Para los médicos, es importante asegurarse de que el paciente tenga un nivel funcional de

alfabetización en salud para asegurarse de que comprenda lo que está leyendo y el curso de acción que va a tomar. Esto es especialmente importante para documentos como el consentimiento informado. Estar seguro de que el paciente pueda ser parte activa de su atención médica puede ayudar a evitar problemas legales como demandas por negligencia que pueden ocurrir solo porque el paciente no se dio cuenta de lo que había acordado (Jacobson 58-66).

El Instituto de Medicina incluso citó el alfabetismo en salud como un área en la cual se necesita mejorar la calidad (Safeer 463-468). Pero este no es un déficit a nivel individual, sino un problema creado a nivel social a través de barreras ambientales y sociales (Rikard et al. 975-975). Estos factores de nivel social rara vez se abordan, aunque existen varias predisposiciones que dejan a las personas vulnerables.

### **Barreras**

Aunque el alfabetismo en salud es una habilidad muy importante para navegar el sistema de salud, hay muchas barreras para las personas en los Estados Unidos, previniéndolos entender la información para participar en sus saludes. De hecho, la mayoría de los materiales de lectura publicados en línea por la Asociación Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos no son comprensibles para los pacientes que necesitan leerlos (Eltorai et al. 1181-1186). Esto es porque la mayoría de los recursos médicos son escritos en un nivel de alfabetismo más alto que el décimo grado, pero la mayoría de los adultos en los Estados Unidos solo puede leer en un nivel de noveno grado o más bajo (Safeer 463-468). Según Nutbeam, "...La interacción entre la persona y su entorno: el contexto en el cual las personas 'obtienen, comprenden y actúan' con base en información de que disponen acerca de su salud" (Nutbeam et al. 102). En total, se estima que hay 80 millones de adultos en los Estados Unidos que tienen bajos niveles de alfabetismo en salud o ninguno en absoluto (Hickey 49-55). Esto muestra que el nivel del



alfabetismo de salud no solo depende de factores personales sino también del ambiente o factores fuera del control de la persona.

Una característica común que impide que las personas desarrollen altos niveles de alfabetización es el origen étnico. Un artículo de Phillips et al. investiga las barreras del acceso en general de grupos minoritarios, incluyendo a los blancos no hispanos. La información nota que los hispanos reportan más barreras que los no-hispanos. Algunas de estas barreras incluyen ningún tener lugar donde acceder a servicios regulares, los médicos no los escuchan o los proveen con la información necesaria (Phillips et al. 65-75). La comunicación con los profesionales y médicos es donde hay una barrera del alfabetismo en salud, por eso el acceso en general también es limitado. En promedio, los hispanos también tienen un nivel de alfabetización general más bajo en comparación con otras etnias (Ryan y Bauman). Entonces, si tienen un nivel de alfabetización general más bajo, también son más propensos a tener un nivel de alfabetización en salud más bajo (Hickey 49-55).

Otro factor que puede servir como una barrera es el estatus socioeconómico. Los niveles generales de alfabetización más bajos se asocian comúnmente con el nivel socioeconómico, debido al vínculo entre el nivel socioeconómico y los niveles de educación (Rikard et al. 975-975). La educación es el factor más importante para alcanzar un nivel funcional de alfabetización en salud (Health Institute). Esto es porque un factor clave en la alfabetización en salud es la alfabetización general. El alfabetismo general es necesario para no solamente leer recursos sobre las condiciones, sino también para completar los formularios necesarios para ayudar a los médicos con un diagnóstico preciso (Safeer 463-468). El área necesaria para el alfabetismo que es afectada por la falta del alfabetismo general es el entendimiento. Incluso la persona puede acceder a todos los recursos, todavía hay un bloque en la capacidad de leer y aprender la

información.

Otras razones potenciales para una menor alfabetización en salud que pueden atribuirse, al menos parcialmente, a un bajo nivel socioeconómico son una menor participación social, menores recursos financieros y sociales, menor acceso a seguros y beneficios de salud, e incluso una menor probabilidad de votar (Rikard et al. 975-975). Estos factores afectan el acceso a los recursos y la oportunidad de leerlos, incluso si potencialmente pudieran ser entendidos. Los inmigrantes son una gran población de personas que se ve afectada por un nivel socioeconómico bajo y, desafortunadamente, también se ven afectados por varias otras barreras, como el choque cultural, que incluye la falta de familiaridad con el sistema de salud de los Estados Unidos y, lo que es más discordante, una barrera del idioma (Soto 369–376).

Pero, una de las barreras más grandes, claro, es la lengua. Si el idioma de la persona es diferente de la de los médicos, introduce problemas en todas las categorías necesarias para la competencia en el alfabetismo en salud. Se ha mostrado que, específicamente para los hispanohablantes, si una persona solo hablaba español antes de comenzar las clases de inglés como segundo idioma, incluso si desde entonces ha aprendido inglés, es más probable que tenga un nivel más bajo de alfabetización en salud por debajo del básico (Soto 369-376). En una encuesta de Hahn, los hispanohablantes reportaron menos satisfacción de comunicación y también menos conocimiento sobre los medicamentos (4-15). Estas características son comunes para las personas que tienen el alfabetismo en salud más bajo. Uno de los motivos para estos sentimientos es menos accesibilidad fácil al sistema de salud, la cual crea disparidades en salud aun después de que otros factores son contabilizados (Garcia & Duckett 120-126). Claro que el medio de acceso y la habilidad funcional en los pasos necesarios para el alfabetismo en salud son afectados si no hay suficientes maneras para ingresar al sistema. Los resultados muestran que

hay una diferencia entre hablantes de inglés y español en cuanto al alfabetismo en salud en los Estados Unidos y esto puede causar otros problemas como menos conocimiento, satisfacción, y, lo más importante, salud (Hahn 4-15).

Es importante tener en cuenta que una barrera del idioma también disminuye la alfabetización general, por lo que el acceso a cualquier información escrita en los recursos de los formularios también se ve afectado. Afecta a cualquier información escrita, por lo que la alfabetización general se reduce por la falta de acceso a los recursos (Safeer 463-468). Si las personas no pueden leer los formularios provistos o solo pueden leer partes muy básicas, ciertamente no van a entender la jerga médica que contienen. Entonces, la barrera de lengua también puede afectar el aspecto de comprensión dentro de a habilidades necesarias para lograr el alfabetismo en salud. Además, si la persona puede entender los recursos, o los recursos son provistos en la lengua nativa, todavía hay problemas con la comunicación entre el médico y quien hable otro idioma. Solo cuarenta y dos por ciento, menos de la mitad de los médicos en los Estados Unidos reporta fluidez en una lengua aparte de inglés (Moreno et al 414-420). Por lo que la posibilidad de que un hispanohablante consiga un médico que no hable español es muy alta. Esta elimina el paso de aplicación de la información y la oportunidad para preguntas y discusión para mejorar el entendimiento.

Desafortunadamente, muchas de estas barreras pueden coexistir y, a menudo, se combinan para afectar a la persona en más de una forma. La tasa de alfabetismo en salud para hispanohablantes en los Estados Unidos es más baja y puede ser afectada más por el estatus socioeconómico (Soto 369–376). El estatus socioeconómico bajo es más común entre minoridades étnicas, incluyendo a los hispanos (Rikard et al. 975-975).

Con todos estos factores de disuasión potenciales para un nivel funcional de alfabetización en salud, uno podría pasar la responsabilidad al médico o al profesional médico. Sin embargo, es más probable que los residentes médicos sobreestiman los niveles de alfabetización en salud del paciente, por lo que no pueden actuar como una fuente confiable para garantizar que el paciente comprenda la información que le están brindando (Karsenty 23071–74). Específicamente, aún cuando casi un tercio de los pacientes en un estudio tenía problemas con el alfabetismo en salud, los residentes médicos solo identificaron a un diez por ciento de los pacientes (Safeer 463-468). Al reconocer estos obstáculos, los expertos y los médicos pueden buscar soluciones para eliminarlos. Para la mayor barrera, la del lenguaje, esto se ha intentado en el pasado, pero aún no se ha encontrado la mejor solución tanto para el proveedor de atención médica como para el paciente.

Con esta información y los intentos anteriores de resolver este problema, la cuestión es ¿Cómo podemos eliminar o al menos bajar las barreras del alfabetismo en salud para mejorar los niveles de las minorías, específicamente los hispanohablantes en los Estados Unidos en una manera rentable que se puede utilizar en cada interacción con el sistema de salud? Este problema es generalizado porque, según el censo de EE. UU., hay 40 millones de hispanohablantes en los Estados Unidos que pueden ser afectados por este problema y entonces una solución efectiva y útil es muy necesaria (Bureau).

### **Mejorar el alfabetismo en salud**

Un atributo que es extremadamente importante y ampliamente aceptado en todos los recursos es que la mayor parte de la responsabilidad de cerrar la brecha entre el paciente y el proveedor no cae en el paciente. Hay varios lugares que comparten esta categoría, que son los

tres lugares que se supone que deben enseñar alfabetismo en salud en primer lugar: la sociedad, el sistema educativo y el sistema de medicina (Institute of Medicine).

### **Problemas con los soluciones actuales**

Es importante tener en cuenta que muchas de las soluciones no son malas, sino no son exhaustivas. El alfabetismo en salud es un problema complicado que necesita una solución compleja. El principal problema con las herramientas actuales es que aún sobrestiman la competencia del alfabetismo en salud de los pacientes. El estudio de Safeer identifica muchos problemas con estas maneras incluyendo un nivel de alfabetismo demasiado bajo para los recursos escritos y los médicos hablando demasiado rápido para entender (463-468).

Ya que ninguna de las herramientas disponibles actualmente para los proveedores médicos tiene todas las características que son importantes para combatir el alfabetismo en salud, es necesario desarrollar una nueva. Muchas de las herramientas que existen actualmente simplemente no son lo suficientemente completas y dejan demasiada responsabilidad en el paciente y no en el médico. Si bien, en un mundo ideal, todos los que no hablan inglés podrían asistir a clases de inglés como segundo idioma que se enfocan específicamente en términos de alfabetismo en salud como en el estudio de Soto, esto no es práctico para muchos debido a la falta de recursos (369-376). Por lo tanto, debe haber una solución que pueda seguir utilizándose cada vez que alguien interactúe con el sistema de salud hasta que la educación sea una opción plausible para todos.

Además, las soluciones actuales simplemente no son muy conocidas por los profesionales de la salud o el público en general. En el Plan de Acción Nacional, se identifica que se debe difundir ampliamente un plan futuro para abordar la alfabetización en salud (Plan de Acción Nacional). Una forma de hacerlo es crear una base de datos con toda la información potencial necesaria, que abarque varios idiomas, cruce disciplinas y pueda ayudar a proporcionar explicaciones de terminología médica compleja. De esta manera, toda la información necesaria es fácilmente accesible desde una sola fuente.

### **Recursos en sociedad**

La primera área donde los recursos de alfabetismo en salud y la educación deben ser más prominentes es en la sociedad. Obviamente, esto puede significar muchas cosas, como recursos comunitarios, medios o normas sociales. Dado que la información proviene de tantas fuentes dentro de la cultura actual, es difícil identificar un área específica de mejora, pero hay varias organizaciones que pueden asumir la responsabilidad de ayudar a proporcionar recursos para procesar y comprender esa información. Muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) así como el gobierno ya han creado recursos para este fin, es simplemente cuestión de hacerlos ampliamente disponibles y conocidos. Una manera fácil de hacerlo es incluir estos recursos en la literatura que ya está disponible en los consultorios médicos y salas de espera. Un ejemplo de ello es una guía creada por el Institute for Healthcare Advancement (una ONG) en varios idiomas, incluidos inglés y español, que actúa como una guía para decidir cuándo alguien debe ver a un profesional de la salud y cuándo un problema médico se puede tratar en casa. (Instituto de Medicina). Si bien esto obviamente no es completo, esta guía podría ayudar a aquellos que no están familiarizados con los diagnósticos médicos a tomar una decisión importante. Si esta guía es solo uno de los muchos recursos disponibles, es importante asegurarse de que el público los

conozca y pueda usar una variedad de recursos para ayudar a reunir la información necesaria. Es importante asegurarse de que incluso estos recursos sean accesibles, ya que muchos recursos gratuitos que se brindan a los pacientes aún son demasiado difíciles de comprender (Cook et al. 547–51).

En los últimos años, ha habido un impulso por mejoras a nivel social con legislación que prioriza mejorar la alfabetización en salud. En la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio hay varias disposiciones para hacer que la atención médica sea más accesible, incluidas las regulaciones sobre el lenguaje utilizado por las compañías de seguros para que sea más accesible con menos jerga médica y la presión para que se cambien las políticas a nivel institucional (Koh et al. 434–443). Si bien estos esfuerzos son un buen comienzo, es necesario impulsar más el sistema de atención médica para ir más allá de estas expectativas mínimas.

### **El sistema educativo**

El área principal en el sistema educativo para mejorar el alfabetismo en salud para los hispanohablantes y otros no angloparlantes en los EE. UU. son las clases de inglés como segundo idioma (ISI). El estudio de Soto usó las clases de inglés como una manera de tratar de aumentar el nivel del alfabetismo al mismo tiempo (369-376). Había un curso de seis semanas con dos temas relacionados con la salud: las enfermedades y la nutrición. En comparación al curso regular de inglés como segunda lengua, los participantes en el curso con el enfoque en la salud, el nivel de alfabetismo en salud es más cerca al funcional (Soto 369-376).

Pero, en esta solución, la responsabilidad la tiene el paciente, no el proveedor médico.

Porque la lengua no es la única barrera y muchas personas pueden tener problemas con estatus socioeconómico u otros factores también, la responsabilidad todavía debe existir para los médicos. Es importante tener en cuenta que las clases de ISI no pueden ser la única solución, porque no todos tienen acceso a los recursos, como el tiempo y el dinero para asistir a estas clases. Esta debería ser solo una de las muchas herramientas para ayudar a mejorar el alfabetismo en salud.

Si bien es importante tener en cuenta que, si bien no son una solución única para todos, se ha demostrado que las clases de inglés como segundo idioma son una herramienta realmente efectiva para ayudar a mejorar el alfabetismo en salud de las personas. Como se vio en Soto, atender a las clases donde se aprenden específicamente con los términos relacionados con la salud puede aumentar la competencia (369–376). Estas clases hacen cambios significativos en los niveles de alfabetismo de salud del estudiante como lo demuestra su compromiso de participar en comportamientos de salud más positivos. El 44,8% de los estudiantes afirmó que cambiaría sus hábitos alimenticios, el 50% dijo que cambiaría sus hábitos de ejercicio y el 63,6% planeaba compartir la información aprendida en clase con otros (Santos).

Sin embargo, no todas las clases de ISI son iguales y hay varios factores que intervienen en esto que pueden afectar el éxito de estas clases. Hay diferencias en los métodos de enseñanza, y el currículo incluyendo el vocabulario. Según estudiantes de las clases de ISI, la capacidad de integrar el currículum en la vida real es muy importante (Santos). También, estos cursos solo mejoraron los niveles del alfabetismo en salud a casi funcional, que todavía no va a ayudar a las personas en realidad en el sistema de salud para recibir servicios. De todas formas, el mejorar la educación es el estándar de oro para mejorar la alfabetización en salud, ya que este es el factor principal que afecta los niveles de alfabetización en salud, pero esto no es práctico como una



solución a nivel de la población. En cambio, esta debería ser solo una herramienta en el arsenal para combatir el problema de la baja alfabetización en salud y más métodos adicionales disponibles incorporados en el sistema de salud deberían proporcionar asistencia axilar para aquellos que pueden no tener los recursos para una mayor educación en sus vidas.

Desarrollar y mejorar aún más el programa de ISI también podría resultar útil para mejorar el alfabetismo en salud y aumentar el acceso. Falta una crónica de recursos en el sistema de ISI para adultos, cuyas fórmulas de financiamiento se han mantenido en los niveles de la década de 1970, a pesar del crecimiento continuo en las inscripciones en los Estados Unidos (González).

Además, en el sistema educativo, la implementación de un plan de estudios dentro de los programas médicos que genere más conciencia sobre el alfabetismo en salud como un problema es una solución potencial. Si bien los beneficios de un programa de este tipo tardarán varios años en hacerse evidentes, será una respuesta generalizada y a largo plazo. Actualmente, menos del 50 por ciento de los programas de residencia en medicina interna incluye conceptos de alfabetismo en salud en su currículo y de aquellos que lo discuten, solo el 25 por ciento lo incluye en escenarios de juego de roles (Karsenty 23071-74). Si los profesionales de la salud que deberían aceptar parte de la responsabilidad de mejorar este problema ni siquiera saben de su existencia, ¿cómo esperamos que mejore? Por lo tanto, llamar la atención sobre este tema de manera sistemática es una forma segura de mejorar el alfabetismo en salud en la población.

### **El sistema de salud**

El sistema de salud es donde se puede lograr los mayores avances para aumentar la cantidad de recursos disponibles para aumentar la accesibilidad del alfabetismo en salud.

La característica principal para mejorar el alfabetismo en salud en el sistema de salud es que esta responsabilidad debe caer en el proveedor, no en el paciente. Si bien las opciones para los pacientes están disponibles y deben ser utilizadas por el paciente si es posible, no debe depender solo de ellos para mejorar su conocimiento de la salud. Como se mencionó anteriormente con las clases de inglés como segunda lengua, son un excelente recurso complementario, pero no todos tienen los recursos para acceder a ellas. Las soluciones más comunes en el sistema de salud ahora son hablar en palabras pequeñas y claras y también complementarlo con recursos escritos para los pacientes (Safeer 463-468). Pero, este estudio de Safeer identifica muchos problemas con estas maneras incluyendo un nivel de alfabetismo demasiado bajo para los recursos escritos y los médicos hablando demasiado rápido para entender (463-468). Si estos problemas existen con hablantes de inglés, son más grandes aún con una barrera de lengua. Ahora, el enfoque académico es simplificar toda de la información por medio de un esquema para guiar las conversaciones, pero los resultados demuestran que estas soluciones no son efectivas para minimizar el espacio entre el médico y el paciente con la barrera lingüística (Soto 369–376).

Para responsabilizar a los proveedores de atención médica, se podría proporcionar una especie de lista de verificación para garantizar que estén tomando todos los pasos necesarios para ayudar a su paciente a comprender su diagnóstico y opciones de tratamiento. Uno de esos recursos es una lista de verificación con preguntas para los doctores para que los médicos respondan a medida que avancen en su interacción con el paciente. Incluye varias preguntas importantes, por ejemplo si el paciente realmente necesita ayuda adicional con la alfabetización en salud, si el médico o el profesional médico usa jerga o abreviaturas, y si estos términos médicos se le explican más al paciente (Karsenty et al. 23071–74). Este es un marco básico para

que los médicos mejoren su interacción con el paciente y aprendan las áreas específicas que necesitan mejorar para garantizar que todos puedan tener una experiencia exitosa.

*El primer paso: la prueba*

Antes de implementar una posible solución de alfabetismo en salud, es importante identificar si el paciente realmente necesita esa asistencia, y esto se hace a través de una evaluación para reconocer posibles déficits.

Algunas cosas son importantes para una herramienta de evaluación de calidad. Como se mencionó anteriormente, según Cartes-Velásquez, es importante evaluar todas las áreas del alfabetismo en salud: el reconocimiento y pronunciación de términos médicos, la comprensión y unas preguntas de control (558–566). Sin embargo, también es importante diferenciar dónde está el problema para poder utilizar el recurso adecuado. Por ejemplo, si alguien tiene problemas para comunicarse verbalmente con el médico acerca de sus preguntas e inquietudes, no sería la respuesta más adecuada dirigirlo a recursos escritos redactados de forma simple. Hay tres partes de una prueba de alfabetismo en salud para cubrir todas las partes: reconocimiento y pronunciación de términos médicos, comprensión, y preguntas de control (Cartes-Velásquez 558–566). Una herramienta para completar este cribado es el Rápida Estimación de Alfabetización de Adultos en Medicina (REALM) que evalúa solo la capacidad para leer y pronunciar los términos médicos, pero no tiene una forma de estimar el entendimiento. La habilidad para leer estos términos solo provee información sobre un grupo de capacidades (Cartes-Velásquez 558–566). Dependiendo del modelo, esta área se llama o acceso o capacidad, pero excluye el entendimiento y por tanto la aplicación. Otra herramienta, la Prueba de Alfabetización Funcional de Salud en Adultos o TOFHLA, examina más preguntas basadas en la

comprensión, incluida la lectura de pasajes (Cartes-Velásquez 558-566). Si bien esta herramienta es más completa, la traducción al español de esta herramienta no está validada, por lo que sería difícil siquiera mirar los resultados y determinar si el problema es la fluidez del inglés o la falta de comprensión, ya que no se la puede completar en el idioma nativo de la persona (Lee et al. 1105–1120). Estas herramientas están muy extendidas, pero no son prácticas en entornos concurridos, como un hospital, debido a sus características de prueba que no abarcan todas las características de la alfabetización en salud (Sand-Jecklin et al 176-190).

El problema de la exclusión de una o más habilidades es común en las encuestas del alfabetismo (Institute of Medicine). En general, ninguna de las herramientas para evaluar puede captar ni todos los elementos y ni la complejidad del alfabetismo en salud porque hay tantas habilidades y capas de este concepto. Según el Instituto de Salud, muchas herramientas de evaluación actuales no diferencian entre varios conjuntos de habilidades de alfabetismo en salud, incluida la capacidad de lectura, el conocimiento relacionado con la salud, la familiaridad con el lenguaje y los materiales y las diferencias culturales (Institute of Medicine). Para los pacientes de habla hispana, es especialmente importante identificar en qué área radica la dificultad porque son susceptibles a problemas en varias de esas áreas, por lo cual es importante conectarlos con los recursos correctos.

Hay varias herramientas de detección que actualmente actúan como una buena base sobre la cual construir para ayudar a crear esta herramienta de detección integral.

Una evaluación más integral que debe difundirse más ampliamente es la Evaluación Breve y Ampliada de Alfabetización en Salud (EBHLS, por sus siglas en inglés). Esta herramienta tiene preguntas de autoinforme para el paciente sobre su confianza y habilidades con varias habilidades de alfabetización en salud, como completar formularios o comprender

información verbal (Sand-Jecklin et al. 176-190).

Una vez que se determine que un paciente tiene poco alfabetismo en salud a partir de la herramienta de detección, entonces también se debe establecer en mí una forma de comunicarse de manera efectiva con el paciente. Para una herramienta que se puede usar para comunicarse realmente con el paciente sobre sus necesidades de salud, hay varias características que son importantes para garantizar que haya acceso para todos y que el paciente pueda comprender completamente sin importar su nivel de alfabetismo en salud.

### *Recursos para el médico*

Ya existen varios recursos para ayudar a los proveedores de atención médica a ser proactivos sobre las necesidades de alfabetismo en salud, especialmente para los pacientes cuya lengua materna no es el inglés. Uno de estos recursos consiste en un libro y una clase que lo acompaña para revisar frases comunes en esa especialidad en español, para reducir la barrera del idioma como un obstáculo para el alfabetismo en salud (Thrash). Si bien este recurso solo está disponible para español actualmente, también se debe priorizar la incorporación de otros idiomas en un recurso de formato similar. Esto también debe incluir varias preguntas comunes que los pacientes pueden necesitar hacer, para ayudar a facilitar la comunicación entre el paciente y el médico más allá de la explicación inicial del diagnóstico y el plan de tratamiento. Esto ayudará a mantener al paciente como un miembro activo de su atención porque puede lograr la habilidad de aplicar la información que se le brinda (Cartes-Velasquez 558–566). Si bien esto puede no ayudar si hay otras áreas deficientes en el alfabetismo en salud, al menos puede ayudar a nivelar el campo de juego y no retrasar aún más a esta población vulnerable. Yendo más allá de eso, el libro de Thrash también incluye secciones como "saludos sociales" y preguntas para hacer sobre

las necesidades, los valores y la historia del paciente (Thrash). Esto no solo permite que el personal médico obtenga información importante, sino que también hace que el paciente se sienta más cómodo en una interacción probablemente estresante.

Incluso brindar capacitación didáctica dentro del entorno laboral puede ayudar a mejorar la comodidad con el conocimiento y las habilidades para abordar la alfabetización en salud (Coleman et al. 388-92). Dicha capacitación también puede ser beneficiosa para impartir el contenido de manera más generalizada a través del proceso de capacitación del capacitador, donde una persona asiste a una capacitación formal y luego enseña al resto de su departamento o equipo (Muscat et al. 88-97).

Dentro del sistema de salud, es importante que haya recursos disponibles para cada especialidad, ya que la terminología es específica para cada campo. Toda la información principal para una variedad de diagnósticos y datos demográficos de los pacientes debe incluirse en estos recursos. La forma más sencilla de organizar esta información para facilitar el acceso es por especialidad. Por lo tanto, se pueden explicar síntomas, enfermedades y trastornos aún más complejos y, si es necesario, traducirlos para los pacientes (Institute of Medicine). Un ejemplo de esto fue desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer para los cuidadores de pacientes con cáncer. Incluía no solo toda la información que necesitarían, sino también una lista de áreas de apoyo y posibles preguntas que deberían hacer para iniciar la conversación con sus médicos (Wittenberg 935-942). Incluso si la información proporcionada no es tan específica para el diagnóstico como esta, es importante tener un arreglo especializado de información. Este principio también debe usarse para extender los recursos a todo el continuo de la atención, no solo a los hospitales. Los lugares como los consultorios médicos primarios, las instalaciones para pacientes ambulatorios y las instalaciones de atención a largo plazo también deben contar con

recursos para mejorar el alfabetismo en salud. Cada especialidad y entorno tiene un vocabulario específico y es importante que esto se indique en estos recursos. Por ejemplo, Thrash usó su experiencia como terapeuta ocupacional para crear un libro y la clase posterior que ayudan en la traducción de las frases que están disponibles para profesiones de salud aliadas específicas, incluidas la terapia ocupacional, la fisioterapia y la terapia del habla (Thrash). También es importante la capacidad de los farmacéuticos para comunicarse con sus pacientes. Esto ayudará al paciente a lograr tanto la comprensión como la aplicación de los recursos que se le brindan (Cartes-Velásquez 558-566). Específicamente en la esfera de terapia ocupacional, hay algunos de estos recursos escritos disponibles para las terapeutas ocupacionales ahora en el sitio web para la Asociación Estadounidense de Terapia Ocupacional. Es una compilación de recursos con consejos para los pacientes o cuidadores para ayudar o suplir los servicios. Información como cómo crear rutinas con niños para actividades de la vida diaria que pueden ser difíciles o cómo adaptar actividades para niños con problemas de integración sensorial (American Occupational Therapy Association). Pero, las categorías de las preocupaciones son mínimas y solo hay un recurso para los adultos, los demás son para problemas con el tratamiento de niños. También, esto es un ejemplo que los pacientes pueden llevar a sus casas para recordar, pero no hay nada para mejorar la interacción entre el paciente y la terapeuta durante la sesión. Entonces, estas soluciones no son efectivas para ayudar a todas las poblaciones en el sistema de salud y realmente excluye a una de las poblaciones que necesita más ayuda. También, si bien esto puede mejorar la comprensión de la información proporcionada para los hispanohablantes, aún no mejora la comunicación entre el paciente y el proveedor.

Además, cualquier recurso para mejorar la competencia de los proveedores de atención médica para cerrar la brecha con la alfabetización en salud mediante la eliminación de la barrera

del idioma no solo debe tener las palabras que necesitan, sino también la pronunciación de esas palabras para garantizar que se proporcione la información correcta a las pacientes. Borowski demostró que incluso cuando uno de los participantes en la relación médico-paciente habla el idioma del otro, pero no es su lengua materna, hay más errores y, a su vez, más malentendidos (597-597).

También es importante la capacidad de los farmacéuticos para comunicarse con sus pacientes. Una de las mayores áreas de disparidad en la alfabetización en salud es la capacidad de leer las instrucciones de los medicamentos (Safeer 463-468).

#### *Recursos para los pacientes*

Además de mejorar sus propias habilidades y capacidad para abordar la alfabetización en salud, los profesionales de la salud también deberían poder proporcionar a sus pacientes recursos adicionales para mejorar la alfabetización en salud. Al igual que con todas las demás áreas, hay ciertas características que podrían ayudar a que estos recursos sean lo más útiles posible.

Dado que la habilidad de alfabetización es una que actúa como una barrera, especialmente para aquellos con un nivel socioeconómico más bajo, los recursos proporcionados al paciente preferiblemente se entregarán en múltiples medios, no solo escritos (Soto 369–376). Además, cualquier recurso escrito que se proporcione debe estar escrito en un nivel de lectura muy básico. Se encontró que actualmente muchos recursos para pacientes y cuidadores están escritos por encima del nivel de sexto grado (Wittenberg 935–942). Entonces, aquellos que tienen un nivel de alfabetización por debajo ya no entienden los materiales que se les dan, independientemente del contenido (Cartes-Velásquez 558–566).



Cualquier recurso que se brinde a un paciente también debe entregarse en varios idiomas, no solo en inglés. Ser un hablante no nativo de inglés es una de las mayores barreras para lograr un nivel funcional de alfabetización en salud (Safeer 463-468). Lo ideal sería que todos los recursos se ofrecieran en todos los idiomas más hablados, como inglés, español y chino. Esto puede ayudar a mejorar la comprensión de los recursos (Cartes-Velasquez 558-566).

Al igual que con los recursos de traducción proporcionados a los profesionales de la salud, cualquier jerga médica debe explicarse en lugar de simplemente mencionarse sin ninguna explicación (Karsenty et al. 23071-74). Esto ayudará con la habilidad de alfabetización en salud para comprender los materiales provistos (Cartes-Velásquez 558–566). Al compilar el recurso para el Instituto Nacional del Cáncer, se aseguraron de investigar los recursos actuales y las cualidades que faltaban para los cuidadores. Esto incluía proporcionar descripciones de la jerga médica para los cuidadores como explicación, en lugar de sola las palabras (Wittenberg 935-942). Si bien este recurso solo se proporcionó en inglés, actúa como un paso en la dirección correcta para la herramienta de alfabetización en salud.

Se han logrado muchos avances, pero se necesita un esfuerzo colectivo entre los recursos de la sociedad, el sistema de atención médica y el sistema educativo para desarrollar formas innovadoras de abordar la disparidad en el acceso, los recursos y, por lo tanto, la alfabetización en salud. Esto no solo ayudará a los pacientes individuales, sino que mejorará la eficiencia y la calidad del sistema de atención médica en general.

## Obras Citadas

- Aaby, Anna, et al. "Health Literacy Is Associated with Health Behaviour and Self-Reported Health: A Large Population-Based Study in Individuals with Cardiovascular Disease." *European Journal of Preventive Cardiology*, vol. 24, no. 17, SAGE Publications, 2017, pp. 1880–88, doi:10.1177/2047487317729538.
- American Occupational Therapy Association. (2015, October 5). *Help Spanish-Speaking Clients Understand Occupational Therapy: New Resources from AOTA*. AOTA. Retrieved September 30, 2021, from <https://www.aota.org/publications-news/aotanews/2015/spanish-speaking-resources-occupational-therapy-terapia-ocupacional.aspx>.
- Berkman, Nancy D., Terry C. Davis, and Lauren McCormack. "Health literacy: what is it?" *Journal of health communication* 15.S2 (2010): 9-19.
- Bureau, U. S. C. (2021, October 8). *Facts for features: Hispanic Heritage month 2017*. Census.gov. Retrieved November 26, 2021, from <https://www.census.gov/newsroom/facts-for-features/2017/hispanic-heritage.html>.
- Borowski, Damaris, et al. "Informed Consent at Stake? Language Barriers in Medical Interactions with Immigrant Anaesthetists: A Conversation Analytical Study." *BMC Health Services Research*, vol. 19, no. 1, BioMed Central Ltd, 2019, pp. 597–597, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4389-2>.

- Cartes-Velásquez, Ricardo Andrés. "Alfabetismo En Salud: Bases Conceptuales y Evidencia En Odontología." *MEDISAN*, vol. 19, no. 4, Apr. 2015, pp. 558–566. *EBSCOhost*, search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=102039472&site=ehost-live.
- Coleman, Clifford A., and Amber Fromer. "A health literacy training intervention for physicians and other health professionals." *Fam Med* 47.5 (2015): 388-92.
- Cook, Julia A., et al. "Hand Surgery Resources Exceed American Health Literacy." *Hand (New York, N.Y.)*, vol. 13, no. 5, SAGE Publications, 2018, pp. 547–51, <https://doi.org/10.1177/1558944717725384>.
- Eltorai, Adam EM, et al. "Most American Academy of Orthopaedic Surgeons' online patient education material exceeds average patient reading level." *Clinical Orthopaedics and Related Research*® 473.4 (2015): 1181-1186.
- Garcia, & Duckett, L. J. (2009). No te entiendo y tú no me entiendes: language barriers among immigrant Latino adolescents seeking health care. *Journal of Cultural Diversity*, 16(3), 120–126.
- Gonzalez, A. (2007). California's commitment to adult English learners: Caught between funding and need. Public Policy Institute of California. Retrieved from [http://www.ppic.org/content/pubs/report/R\\_407AGR.pdf](http://www.ppic.org/content/pubs/report/R_407AGR.pdf)
- Hahn, Elizabeth A., et al. "Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients With Type 2 Diabetes." *Journal of Health Communication*, vol. 20, Oct. 2015, pp. 4–15. *EBSCOhost*, doi:10.1080/10810730.2015.1061071.

“Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs.” Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*, vol. 281, no. 6, Feb. 1999, pp. 552–557.

Hickey, Kathleen T et al. “Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice.” *The Nurse practitioner* vol. 43,8 (2018): 49-55. doi: 10.1097/01.NPR.0000541468.54290.49

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. 2, What Is Health Literacy?

Jacobson, Holly E. "La comunicación con pacientes hispanohablantes en Estados Unidos." *Panace* 2.3 (2001): 58-66.

Karsenty, Cecile, et al. “Assessment of Medical Resident’s Attention to the Health Literacy Level of Newly Admitted Patients.” *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, vol. 3, no. 3-4, Taylor & Francis, 2013, pp. 23071–74, <https://doi.org/10.3402/jchimp.v3i3-4.23071>.

Koh, Howard K., et al. “New Federal Policy Initiatives to Boost Health Literacy Can Help the Nation Move Beyond the Cycle of Costly ‘Crisis Care.’” *Health Affairs*, vol. 31, no. 2, The People to People Health Foundation, Inc., Project HOPE, 2012, pp. 434–43, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1169>.

Lazcano-Ponce, Eduardo, y Celia Alpuche-Aranda. “Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por COVID-19.” *Salud Pública de México*, vol. 62, no. 3, May 2020, pp. 317–326. *EBSCOhost*, doi:10.21149/11408.

Lee, Shoou-Yih Daniel, et al. “Short Assessment of Health Literacy-Spanish and English: A Comparable Test of Health Literacy for Spanish and English Speakers.” *Health Services Research*, vol. 45, no. 4, Blackwell Publishing Inc, 2010, pp. 1105–20, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01119.x>.

Lu, Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., & Xia, H. (2019). Relationship between patient’s health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15-16), 2833–2843. <https://doi.org/10.1111/jocn.14865>

Moreno, Gerardo et al. “Self-reported fluency in non-english languages among physicians practicing in California.” *Family medicine* vol. 42,6 (2010): 414-420.

Muscat, Danielle M., et al. “Development and Evaluation of a Health Literacy Training Program for Allied Health Professionals: A Pre-Post Study Assessing Impact and Implementation Outcomes.” *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 32, no. S1, 2021, pp. 88–97, <https://doi.org/10.1002/hpja.350>.

Nutbeam, Don, et al. “El alfabetismo para la salud y la promoción de la salud en contexto”. *Global Health Promotion*, vol. 25, no. 4, 2018, pp. 101–03, doi:10.1177/1757975918814437.

O Neill, Gonçalves, D., Ricci-Cabello, I., Ziebland, S., & Valderas, J. (2014). An overview of self-administered health literacy instruments. *PloS One*, 9(12), e109110–e109110.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109110>

- Phillips KA, et al. "Barriers to Care among Racial/Ethnic Groups under Managed Care: Ethnic Minorities Continue to Encounter Barriers to Care in the Current Managed Care-Dominated U.S. Health Care System." *Health Affairs*, vol. 19, no. 4, July 2000, pp. 65–75. *EBSCOhost*, doi:10.1377/hlthaff.19.4.65.
- Rikard, Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health*, 16(1), 975–975. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3621-9>
- Ryan, Camille L., Bauman, Kurt. "Educational Attainment in the United States: 2015." *US Census*. 2016
- Safeer, Richard S., and Jann Keenan. "Health literacy: the gap between physicians and patients." *American family physician* 72.3 (2005): 463-468.
- Sand-Jecklin, Kari, et al. "Incorporating Health Literacy Screening Into Patients' Health Assessment." *Clinical Nursing Research*, vol. 26, no. 2, Apr. 2017, pp. 176–190, doi:[10.1177/1054773815619592](https://doi.org/10.1177/1054773815619592).
- Santos, Maricel G., et al. "ESL Participation as a Mechanism for Advancing Health Literacy in Immigrant Communities." *Journal of Health Communication*, vol. 19, Oct. 2014, pp. 89-105. *EBSCOhost*, doi:10.1080/10810730.2014.934935.

- Soto Mas, Francisco, et al. "The Health Literacy and ESL Study: A Community-Based Intervention for Spanish-Speaking Adults." *Journal of Health Communication*, vol. 20, no. 4, Apr. 2015, pp. 369–376. *EBSCOhost*, doi:10.1080/10810730.2014.965368.
- Stielke, A., et al. "The Social and Economic Benefit of Health Literacy Interventions in the WHO EURO Region." *European Journal of Public Health*, vol. 29, no. Supplement\_4, Oxford University Press, 2019, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.390>.
- Thrash, Jacqueline. *Common Phrase Translation: Spanish for English Speakers*. 2006.
- Wittenberg, Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. L. (2017). Promoting improved family caregiver health literacy: evaluation of caregiver communication resources. *Psycho-Oncology* (Chichester, England), 26(7), 935–942. <https://doi.org/10.1002/pon.4117>