



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



**ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA
EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO**

Trabajo de grado para optar al Título de Médico Cirujano

Autores:

Contreras Z., Elías A. C.I.: 26.192.291.

Córdoba H., Guadalupe D. C.I.: 25.573.347.

Da Silva D., Tahely N. C.I.: 25.651.310.

Grupo: 16.

Maracay, 25 de octubre de 2021.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



**ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA
EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO**

Autores:

Contreras Z., Elías A. C.I.: 26.192.291.

Córdoba H., Guadalupe D. C.I.: 25.573.347.

Da Silva D., Tahely N. C.I.: 25.651.310.

Grupo: 16.

Asesor metodológico:

Od. Seyla Vita.

Tutor científico:

Dra. Yaizut Tortolero.

Maracay, 25 de octubre de 2021.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



Maracay, 25 de octubre de 2021

ACTA DE APROBACIÓN

Nosotros los abajo firmantes, miembros del jurado evaluador, designado por la Coordinación de Proyecto de Investigación II, por delegación del Consejo de Escuela de la Sede Aragua "Witremundo Torrealba" para evaluar el Trabajo de Investigación titulado **"ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO"** realizado por los autores: Elias Alfredo Contreras Zamora CI. 26.192.291; Guadalupe Del Valle Córdoba Hernández CI. 25.573.347; Tahely Nazareth Da Silva Da Silva CI. 25.651.310, hacemos constar que una vez revisado el trabajo escrito, el cual es un Informe de publicación de revista, también hemos asistido a la exposición oral e interrogado a los autores, por lo que podemos afirmar que dicho trabajo cumple con los requisitos exigidos por los reglamentos respectivos y en consecuencia lo declaramos **APROBADO**.

En Maracay, 25 de octubre de 2021.

Dra. Luz Marina Navarrete Grau.

CI. 3.848.731.

Dra. Sorelys Rodríguez.

CI. 17.396.351.

Dra. Yaizut Tortolero.

CI. 15.364.574.

VB. Profesora Luz Marina Navarrete Grau.

Coordinadora Proyecto de Investigación II.

VB. Profesora Elizabeth Ferrer.

Directora de Investigación y
Producción Intelectual.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “DR. WITREMUNDO TORREALBA”
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



Maracay, 25 de octubre de 2021.

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR CIENTÍFICO

En mi carácter de tutor científico del trabajo de investigación titulado: **“ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO”** cuyos autores son los bachilleres: Elías Alfredo Contreras Zamora CI. 26.192.291; Guadalupe Del Valle Córdoba Hernández CI. 25.573.347; Tahely Nazareth Da Silva Da Silva CI. 25.651.310, para optar al Título de Médico Cirujano. Considero que el mismo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación escrita y presentación oral por parte del jurado.

Dra. Yaizut Tortolero.

CI. 15.364.574.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “DR. WITREMUNDO TORREALBA”
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



**ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA
EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO**

Autores:

Br. Elías Contreras, Br. Guadalupe Córdoba,
Br. Tahely Da Silva.

Tutora científica y metodológica:

Dra. Yaizut Tortolero y Od. Seyla Vita.
Maracay, 25 de octubre de 2021.

RESUMEN

La alfabetización en salud delinea las habilidades cognitivas y sociales, relacionadas con el nivel de motivación, entendimiento y comprensión que una persona tiene para acceder, captar y usar la información, que le permita promover y mantener una buena salud individual y colectiva. Representa un elemento de gran importancia en el contexto de los pacientes con patologías de larga data, quienes se enfrentan a una paradoja entre la desinformación, la infoxicación, la disparidad del vocabulario técnico empleado por el profesional, y la envergadura de la toma de decisiones relacionadas con su propia enfermedad y autocuidado. En este sentido, se consideró pertinente generar una construcción teórica que permitiera comprender cómo se expresa la alfabetización en salud en los pacientes con condiciones crónicas, que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de Maracay. La investigación se abordó desde la metodología cualitativa, matriz epistémica fenomenológica con el uso del método hermenéutico, para lo cual se empleó la entrevista como técnica de recolección de la información. Con la contrastación del discurso de los cuatro pacientes que permitieron alcanzar el punto de saturación del conocimiento, se logró la categorización, estructuración, interpretación y teorización. De esta manera, fue posible develar que la escasa alfabetización sanitaria de los pacientes con enfermedades crónicas es una realidad tangible y cambiante, sesgado por el desconocimiento, las experiencias vividas, las ideas y las creencias, por lo que repercute significativamente en su evolución, convirtiéndose en un eslabón especialmente indispensable para alcanzar el empoderamiento de dichos pacientes.

Palabras clave: Alfabetización en salud, Enfermedades crónicas, Creencias, Autocuidado.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “DR. WITREMUNDO TORREALBA”
SEDE ARAGUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II



**ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA
EVOLUCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS: UN PREDICTOR OLVIDADO**

Autores:

Br. Elías Contreras, Br. Guadalupe Córdoba,
Br. Tahely Da Silva.

Tutora científica y metodológica:

Dra. Yaizut Tortolero y Od. Seyla Vita
Maracay, 25 de octubre de 2021.

ABSTRACT

Health literacy frames cognitive and social skills, related to the level of motivation and understanding that a person has to access, capture and use information, which allows them to promote and maintain good individual and collective health. It represents an element of great importance in the context of patients with long-term pathologies, who face a paradox between misinformation, infoxication, the disparity of the technical vocabulary used by the professional, and the scope of decision-making related with their own illness and self-care. In this sense, it was considered pertinent to generate a theoretical construction that would allow to understand how health literacy is expressed in patients with chronic conditions, who attend the outpatient consultation of the Internal Medicine Service of the Central Hospital of Maracay. The research was approached from the qualitative methodology, phenomenological epistemic matrix with the use of the hermeneutical method, for which the interview was used as a technique to collect information. With the contrast of the speech of the four patients that allowed reaching the saturation point of knowledge; categorization, structuring, interpretation and theorization were achieved. In this way, it was possible to disclose that the low health literacy on patients with chronic diseases is a tangible and changing reality, skewed by ignorance, lived experiences, ideas and beliefs, which has a significant impact on their evolution, becoming an especially indispensable link to achieve the empowerment of these patients.

Keywords: Health literacy, Chronic diseases, Beliefs, Self-care.

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

La alfabetización en salud (AES), término que en inglés se traduce como *health literacy*, es un concepto relacional del mundo anglosajón, introducido en el área médica a partir de 1970 y que cada día ha ganado significación en la comunidad científica. Delinea las habilidades cognitivas y sociales, relacionadas con el nivel de motivación, entendimiento y comprensión que una persona tiene para acceder, captar y usar la información, que le permita promover y mantener una buena salud individual y colectiva. La baja o poca AES se asocia a países pobres con altas diferencias culturales y étnicas, con inmigrantes iletrados y personas analfabetas, pero lo cierto es que afecta a toda la población, sin distinción de sexo, edad, condición social, raza, nivel educativo y puede encontrarse en países desarrollados o en vías de desarrollo.^{1,2}

El interés de este tipo de alfabetización, no solo está dirigido a que las personas, grupos y sociedades comprendan la información proveniente de diversas fuentes (profesionales sanitarios, especialistas, medios de comunicación, y organizaciones de salud); implica además, saber usar la información y aplicarla en función de las necesidades personales de prevención y cuidado, para garantizar el seguimiento y adherencia al tratamiento, el cumplimiento de las indicaciones médicas, el autocuidado y el uso de las medidas preventivas; superando los mitos, estereotipos y creencias aprendidas en el entorno social de influencia.

En un acercamiento a la realidad y desde la perspectiva biomédica, la salud se concebía como la ausencia de enfermedad y posteriormente evolucionó hacia una definición más post-positivista, que la concibe como la síntesis de una multiplicidad de procesos que interaccionan entre sí (biológicos, sociales, mentales, espirituales, ambientales, culturales, económicos e incluso políticos), siendo un fenómeno individual y colectivo al unísono.³ Esta concepción derivó en una profunda transformación de las perspectivas y formas de abordar la salud y el autocuidado.

Desde esta postura, resulta relevante señalar las diferencias de salud relacionadas con el género, existiendo discrepancia en los factores que inciden sobre un autocuidado deficiente entre hombres y mujeres, consecuencia de construcciones sociales (masculinidad y feminidad).⁴

Es de entender, que la AES se expande constantemente, siendo un tema en auge en la literatura médica, y representando un objetivo prioritario para muchas

organizaciones dedicadas a la salud. La visión actual de este proceso alfabetizador, recalca su complejidad, multidimensionalidad y alcance comunitario; características que, ya solo desde una perspectiva conceptual, exigen abordar el tema de manera multidisciplinaria,⁵ por cuanto es un proceso en permanente evolución, que involucra la capacidad de las personas para tener acceso, entender y utilizar la información, que permita adoptar medidas para promover y mantener la salud personal, de la familia y de la comunidad; es un concepto novedoso y de antaño a la vez, en esencia se trata de un nuevo envoltorio de las ideas establecidas sobre la relación entre la educación para la salud y el empoderamiento personal.

De esta manera, con el transcurrir de los años, la AES se ha convertido mundialmente en un tema de creciente trascendencia, especialmente en países anglosajones del primer mundo, donde la significancia de los altos costos del sistema de salud asociados a una AES deficiente, son notorios. En la revisión del documento producido por la OMS⁶ se informa que una AES limitada genera costos adicionales de más de 8 mil millones de dólares estadounidenses; en estas realidades, la aparición de investigaciones centradas en el proceso alfabetizador en salud, ha sido ascendente en los últimos años. Los estudios que han investigado la problemática reportan que la AES es un predictor del estado de salud con mayor relevancia, incluso, que los ingresos monetarios, el empleo, el nivel de educación, el grupo étnico o la raza.^{6,7}

Debido a ello, la AES representa un elemento de gran importancia; no solo en el ámbito de la salud, sino también en el económico, social, político, cultural y educativo; tornándose en objeto de estudio al que se le debe dar mayor visibilidad, siendo un indicador y predictor sociodemográfico que ofrece como ventaja la posibilidad de abordarlo, modificarlo y direccionalizarlo con efectividad.

Dentro de este orden de ideas, se podría asumir que a nivel de Latinoamérica, debería otorgársele prioridad a estrategias preventivas de bajo costo como la alfabetización; sin embargo, la realidad es que las investigaciones sobre el tema son más escasas y con menor diversidad de enfoques, basándose en su mayoría en la aplicación y validación de instrumentos para evaluar cuantitativamente el nivel de AES.⁸ Mientras que, en Venezuela, la situación se torna mucho más crítica, en virtud de que pareciera que el interés está dirigido a los problemas generales en salud,

pero no a conocer el nivel de preparación de las personas para el manejo y cuidado de la misma; así lo muestra la inexistencia de investigaciones en esta área.

Esta es una de las razones que hacen necesario e imprescindible una política nacional que instrumente programas educativos para que la población aprenda y conozca su condición de salud, así como los organismos y estrategias que deben implementar acciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades agudas y crónicas.

Este requerimiento se torna más imperioso en el caso de los pacientes que presentan condiciones crónicas, quienes deben ser consecuentes con el automanejo de su patología, así como con el desempeño de un papel activo y competente para la prevención de complicaciones y mejoría de su calidad de vida.⁹ En este sentido, se ha definido las enfermedades crónicas o no transmisibles como afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, que resultan de la combinación de factores genéticos, hormonales, fisiológicos, conductuales y ambientales.¹⁰

Asimismo, en esta investigación se asume la alfabetización como el conocimiento en el área de la salud que tienen los pacientes con condiciones crónicas que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de Maracay (HCM), estado Aragua. Todo ello en virtud de que la educación en salud es una herramienta que debe permitir su promoción, a fin de concientizar a la población para que conozca, elija y asuma prácticas saludables.

En esta línea de pensamientos, la UNESCO, en el Informe Delors, estableció los pilares de la educación del siglo XXI, que deben permitir “aprender a conocer”, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; “aprender a hacer”, para poder influir sobre el propio entorno; “aprender a vivir juntos” para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas y “aprender a ser”, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores.¹¹ En este planteamiento se insertan diversas competencias que derivarán en un aprendizaje sano en un ambiente sano, a fin de lograr despertar la conciencia para el empoderamiento en salud, usando adecuadamente la información sanitaria para mejorarla junto con la calidad de vida personal y de la comunidad.

En relación a lo planteado, en Venezuela existe un ordenamiento legal que rige lo referente a la salud, concientización de la población, promoción, cuidado y

prevención de enfermedades. Así se indica que la educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria...¹² Entendiéndose que toda persona tiene derecho a ser alfabetizado sobre su propia condición de salud. De igual forma, en el Código de Deontología Médica se contempla:

El enfermo tiene derecho a... 3) Ser informado de la naturaleza de su padecimiento oportunamente, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones. 4) Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre) previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico¹³

En este aspecto, resulta oportuno mencionar que cada paciente tiene libertad de escogencia sobre su cuerpo, y el médico (quien se debe ajustar a la norma) no es un ser omnipotente con supremacía absoluta sobre la salud de quienes le consultan.

Durante la formación como estudiantes, internos de Pregrado de Medicina, en las instalaciones del HCM (contexto de estudio) se pudo evidenciar que la mayoría de los pacientes con condiciones crónicas se enfrentan a una paradoja entre la desinformación, la infoxicación y la envergadura de la toma de decisiones relacionadas con su propia enfermedad y su autocuidado. Estos pacientes presentaron cada vez más desafíos para conservar un estilo de vida saludable y gestionar medidas que generaran beneficios reales, minimizando las consecuencias de sus patologías.

También se observó que la disminución de la adherencia al tratamiento médico y un comportamiento signado por las creencias populares, sin fundamento científico, refleja una problemática tangible. Por otra parte, la disparidad entre el vocabulario técnico del profesional de salud y el lenguaje que puede comprender el paciente, en base a su alfabetización, tiene repercusiones desfavorables en la evolución de las condiciones crónicas.

Considerando la complejidad del escenario observado, surgieron las siguientes interrogantes: ¿qué conocimientos tendrá el paciente sobre sus condiciones de salud?; ¿cómo realizará el paciente su autocuidado?; ¿cómo se relacionan las creencias con sus decisiones en la salud?; ¿cómo se podría educar a la población para obtener un mejor control de la enfermedad que padece? y ¿cómo lograr la AES?

En torno a lo planteado, una investigación en AES se justifica plenamente ya que son irrefutables los claros beneficios y ventajas que aporta, en cuanto al autocuidado en el ámbito sanitario y personal. En virtud de que las personas con condiciones crónicas de salud se enfrentan a innumerables procesos de elección, adquiere relevancia el proceso alfabetizador, el cual puede abarcar desde la selección de un alimento, hasta la dosificación de una medicación. Si no se procede de manera adecuada, se tendrán consecuencias amplificadas sobre la salud a corto, mediano o largo plazo.

La finalidad de la investigación fue generar una construcción teórica que permitiera comprender cómo se expresa la alfabetización en salud en los pacientes con condiciones crónicas, que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del HCM, a través de los siguientes propósitos: Indagar en el conocimiento de los pacientes en relación a sus condiciones crónicas de salud; Explorar la realidad del autocuidado según la percepción del paciente con condiciones crónicas de salud; Interpretar las creencias de los pacientes en relación a la alfabetización en salud y la toma de decisiones sanitarias y Estructurar un andamiaje teórico y funcional de alfabetización en salud.

TRANSITANDO LO METODOLÓGICO

Esta investigación se ubicó en el paradigma cualitativo por considerar que la AES es un fenómeno complejo, haciéndose necesaria la comprensión holística de la temática en estudio. Se ha de tener en cuenta que este tipo de alfabetización no depende exclusivamente de las capacidades individuales, sino que es el resultado dinámico de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los actores sociales inmersos en ello, pertenecientes a un grupo o comunidad, un sector, una región.

La investigación se abordó desde la perspectiva interpretativa con el uso del método hermenéutico, como el arte de la interpretación, explicación y traducción del texto escrito¹⁴ aportado por los informantes (pacientes). Permite estudiar la realidad sociosanitaria desde una perspectiva humanista y holista, basada en la concepción de la vida como una creación compartida de individuos, quienes son agentes activos de la construcción de la realidad y no entes ajenos.¹⁴ Además, incorpora lo que los

participantes expresan, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones.¹⁵

Se trabajó con las dimensiones internas de los pacientes, para estudiar cómo se da el proceso de AES en ellos, sobre la base de los conocimientos que poseen, cómo asumen el autocuidado, y cómo se relaciona con su mundo de creencias, mitos, estereotipos y vivencias. La investigación se enmarcó en el enfoque fenomenológico, basado en la filosofía de Husserl y en el método de comprensión (*Verstehen*) de Max Weber.

La ubicación epistémica de la investigación delinea el modo propio y peculiar que tiene un grupo humano de asignar significados a las cosas y a los eventos, es decir, en su capacidad y forma de simbolizar la realidad.¹⁵ Por ello, la investigación asumió seis dimensiones: La Teleológica; se evidencia en el logro del propósito (su fin último), es decir, generar una construcción teórica que permitiera comprender cómo se expresa la alfabetización en salud en los pacientes con condiciones crónicas, que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del HCM.

Desde lo Axiológico se reconoció y respetó los valores de la investigación, de los investigadores y de los pacientes; garantizando la epojé, término usado en la fenomenología de Husserl, entendido como “suspensión de juicio” y de esta manera se opera un cambio fundamental de actitud. Por ello, se abordó lo ético, moral, el respeto, la tolerancia, responsabilidad, compromiso, iniciativa, interacción social y amor, a fin de describir la realidad modelada socialmente y de esta forma abordar la AES en los pacientes.

Al ubicar la investigación en la dimensión Epistemológica, se garantizó la descripción, comprensión y entendimiento del fenómeno estudiado, -la alfabetización en salud-, con énfasis en la prevención, diagnóstico, tratamiento y prognosis, describiendo la realidad que emerge de los pacientes con condiciones crónicas. Su orientación se refiere a los presupuestos filosóficos, los fundamentos teóricos, los procedimientos metodológicos, las estrategias técnicas y los instrumentos, que se utilizaron para llevar a cabo la Investigación. Por lo tanto, la epistemología de la investigación es personal; reconoce el papel de la intersubjetividad de los investigadores y de los pacientes.

En lo Ontológico; se estudió la naturaleza del Ser; su existencia y realidad, determinando las categorías y sus relaciones, proyectando desde el paciente su

conocimiento intrasubjetivo para generar acciones y actuaciones en relación a la AES. Desde lo Metodológico, la investigación es fenomenológica-hermenéutica dialéctica; no sólo se construyó el conocimiento, sino que se describió en un intercambio de información enriquecedora, utilizando la inducción-deducción a través de la entrevista en profundidad; el fin de la fenomenología no es describir un fenómeno singular, sino describir en él la esencia (el éidos) y persigue la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno al fenómeno.¹⁶

Por su parte, la dimensión Sanitarista está orientada a que en la investigación se manifestaron una amplia gama de recursos y estrategias en el área de los cuidados de la salud, y del cumplimiento del tratamiento que debe asumir el paciente con condiciones crónicas para la conservación de una vida sana, sobre la base de la prevención y del autocuidado.

El contexto estuvo representado por el Hospital Central de Maracay, ubicado en el Sector La Floresta, Calle Vargas con Av. Sucre, Municipio Girardot, Maracay, estado Aragua. El escenario lo conformó la consulta externa del Servicio de Medicina Interna de dicha Institución, donde acuden los pacientes con condiciones crónicas de salud y que fueron los informantes representativos en la investigación, quienes por su conocimiento directo con el fenómeno objeto de estudio, se convirtieron en una fuente primaria de información.

Por ello, fueron seleccionados intencionalmente: a) pacientes con condiciones crónicas cardiovasculares o metabólicas; b) registrados en el Servicio de Medicina Interna del HCM; c) que acuden a la consulta externa de dicho Servicio y d) procedentes del estado Aragua; quienes accedieron a participar de este estudio de forma voluntaria y anónima mediante un consentimiento informado. De cada grupo de enfermedades se escogieron tres pacientes que respondieron a las características mencionadas, representando un total de seis (6) informantes (IF).

Se les asignó un código alfa numérico, estructurado de la siguiente manera: a) edad; b) sexo; c) estado civil; d) número de hijos; e) ingreso familiar; f) nivel de estudios y g) tiempo acudiendo al HCM. Adicionalmente, para garantizar la confidencialidad, se identificaron con pseudónimos de palabras relacionadas con la alfabetización, lo cual facilitó el proceso de comparación continua.

Cuadro 1.
Código alfanumérico de identificación de los informantes.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
IF:CONOCIMIENTO73FS2HIFCP4A	Informante uno, Conocimiento. Paciente de setenta y tres años de edad, del sexo femenino, soltera, tiene dos hijos, depende del ingreso familiar, es Contador Público, tiene cuatro años acudiendo a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.	IF4:CAPACIDAD61MSSHPEB1A	Informante cuatro, Capacidad. Paciente de sesenta y un años de edad, del sexo masculino, soltero, no tiene hijos, depende de la pensión, estudió hasta tercer año de bachillerato, tiene un año acudiendo a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.
IF2:JUICIO46F5SHPB3M	Informante dos, Juicio. Paciente de cuarenta y seis años de edad, del sexo femenino, soltera, sin hijos, trabaja, es Profesora de Biología, tiene tres meses acudiendo a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.	IF5:APRENDIZAJE21F5SHFTM1M	Informante cinco, Aprendiz. Paciente de veintuno años de edad, del sexo femenino, soltera, no tiene hijos, depende del ingreso familiar, es Técnico Medio en Informática, tiene un mes asistiendo la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.
IF3:MOTIVACIÓN54MC5HIFB1M	Informante tres, Motivación. Paciente de cincuenta y cuatro años de edad, del sexo masculino, casado, tiene cinco hijos, depende del ingreso familiar, es bachiller, tiene un mes acudiendo a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.	IF6:HABILIDAD19MSSHBP2A	Informante seis, Habilidad. Paciente de diecinueve años de edad, del sexo masculino, soltero, no tiene hijos, depende del ingreso del padre, es bachiller, tiene dos años viniendo a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HCM.

Fuente: Tomado de la entrevista en profundidad aplicada a los pacientes de la consulta externa de Medicina Interna del HCM. Elaborado por los investigadores (2021).

Asimismo, se contó con la participación de un informante clave (IFC) quien, en palabras de Martínez, son “personas con conocimientos especiales, status y buena capacidad de información”.¹⁷ Es por ello que se seleccionó a una especialista del Servicio de Medicina Interna del HCM; la cual, por su formación académica, antecedentes profesionales, responsabilidades de liderazgo y experiencia personal, posee un amplio conocimiento sobre el fenómeno en estudio; representando así una perspectiva diferente de la AES. De esta manera, se efectuaron finalmente siete entrevistas, seis de las cuales fueron realizadas a pacientes (IF) y una a un profesional sanitario (IFC).

Una vez identificados los entrevistados, se procedió a aplicar el método comparativo continuo (MCC) a las verbalizaciones, lo cual facilitó el surgimiento de los conceptos, las categorías y subcategorías y, simultáneamente, alcanzar el punto de saturación del conocimiento que permitió la selección de la muestra teórica, representada por cuatro pacientes; dos del sexo femenino y dos del sexo masculino: IF1:CONOCIMIENTO; IF2:JUICIO; IF3:MOTIVACIÓN; IF4:CAPACIDAD.

En la presente investigación se utilizó la codificación abierta, la axial y la selectiva. Abierta, ya que se realizó un proceso de lectura cuidadosa, para identificar los códigos, recodificar, agrupar/categorizar. Axial, debido a que dichos códigos se relacionaron con las categorías y sus propiedades y, finalmente, selectiva porque se vinculó cada categoría con la subcategoría, para responder a las preguntas cuándo, dónde, por qué motivo, quién, cómo y con qué consecuencias, para ello se redactaron notas teóricas y se realizaron comparaciones de manera contrastada.

De la aplicación del MCC a las verbalizaciones de los entrevistados, emergieron las siguientes categorías: Conocimiento; Autocuidado; Creencias; Alfabetización en salud. Con estas categorías se construyeron los hallazgos de la investigación, en función de los propósitos planteados.

La técnica de recolección de la información fue la entrevista. Igualmente, se utilizó, en primer lugar, la historia del paciente, llevada por el médico de la consulta, lo cual permitió ubicar a los informantes en función de las características designadas. En segundo lugar, la entrevista en profundidad, donde se estableció inicialmente un rapport con el/la paciente y luego se realizaron doce preguntas abiertas, empleando el teléfono inteligente como recurso técnico para la grabación de cada entrevista, la cual se aplicó en el HCM con una duración entre 20 a 25 minutos por cada informante. Los planteamientos se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.
Planteamientos de la entrevista en profundidad realizada a los pacientes.

PLANTEAMIENTOS DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD	
P1. Me gustaría que hablara sobre su salud	P7. ¿Cómo cree que esta enfermedad le afecte en cinco (5) años?
P2. ¿Por qué cree tener esa enfermedad?	P8. ¿Con qué frecuencia acude al médico?
P3. ¿Cómo afecta su vida esta enfermedad?	P9. ¿Qué opina de los remedios caseros para curar enfermedades?
P4. ¿Qué medios usa para conocer sobre su enfermedad?	P10. ¿Qué importancia tienen los rezos, la homeopatía, ensalmes, bebedizos, rituales, para curar enfermedades?
P5. Explique el tratamiento que tiene. Dígame que medicamentos toma	P11. ¿Qué le gustaría saber sobre su enfermedad?
P6. ¿Qué actividades realiza diariamente?	P12. ¿De qué forma le gustaría aprender sobre salud y autocuidado?

Nota: Elaborado por los investigadores (2021).

Para el análisis cualitativo de la información aportada por los entrevistados, se recurrió al software educativo ATLAS.ti. Esta herramienta generó la red semántica donde se entrelazan los conceptos, categorías y subcategorías, por medio de nodos

de conexión, logrando obtener las relaciones, dependencias y asociaciones de cada una de ellas.

INTERPRETACIÓN DE LOS DISCURSOS

Los hallazgos se presentan en función de los propósitos y de las categorías, usando procesos de descripción e interpretación. La descripción se realizó con la hermenéutica, con enfoque comprensivo del fenómeno a estudiar -La Alfabetización en salud en pacientes con condiciones crónicas-. Todo ello con la finalidad de ofrecer una perspectiva interpretativa de lo aportado por los informantes; únicos responsables de sus planteamientos, inquietudes, pensamientos, creencias y realidades.

Conocimiento: La inexistencia de lo ignorado y sus consecuencias sanitarias

El primer propósito estuvo dirigido a indagar en el conocimiento de los pacientes en relación a sus condiciones crónicas de salud. En este sentido, se asume como conocimiento al proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento del ser humano, que se encuentra sujeto por las leyes naturales o sociales, y está vinculada a las actividades prácticas.¹⁸ Se interpretó cada texto de las verbalizaciones, lo cual permitió identificar las ideas entrelazadas, el tema o el planteamiento central que los informantes querían transmitir en relación a sus condiciones de salud, la enfermedad, cómo le afecta y cómo conoció de ella, sus verbalizaciones fueron:

“Desde que fui diagnosticada diabética tipo 2 hace tres años, tengo mucho dolor en las rodillas, debo tomar pastillas para dormir, me levanto mucho a orinar y me siento muy decaída... Creo que tengo diabetes porque no como bien, o aguanto mucha hambre y como mucho dulce, por eso es que vienen todas las enfermedades cuando uno está viejo, y me afecta porque ya no puedo comer mis tortas... Uso el internet, aunque no me he informado mucho sobre la diabetes. A veces compro revistas para la dieta que debe hacer el diabético y leo los informes médicos.” (IF1).

“Me diagnosticaron diabetes tipo 2 hace tres años y no sé la razón. No sé qué es la diabetes y nadie me ha explicado... ¡Ufff sí!, esta enfermedad ha sido fatal, muy ruda, me afectó cuando estuve embarazada y nunca pensé que sería tan fatal... Al principio no tuve ningún medio que me pudiera explicar, pero ya estoy un poco más conocida respecto a esto a través de profesores que me pudieron ayudar” (IF2).

“Mi salud ha estado decaída por los dolores de cabeza y la pérdida de peso. Sufro de la tensión hace 8 años y de la azúcar desde hace 10 años, creo que es porque he hecho desastres y no he cumplido la dieta

comiendo dulces y eso me ha indicado un nivel de azúcar más alto. La tensión se debe a estrés y también a una mala alimentación... ¡Claro! Esta enfermedad me afecta mucho, trastorna mi trabajo, mi entorno y realmente necesitamos estar bien saludables para llevar una vida sana lo más posible... Me informo en internet y por los médicos que uno visita.” (IF3).

“He estado embromado con la úlcera varicosa que se me ha agrandado demasiado. Las várices me comenzaron cuando sufrí el taparazo en la cadera hace un año. El médico que a raíz de eso la circulación de la sangre se me iba a dificultar y la sangre se me fue pa’ abajo y me comenzó a botar el líquido. Yo antes pensaba que los hombres no teníamos várices, sino eran las mujeres nada más... Me afecta porque el dolor en el talón a veces es como que me carcomiera... No uso ningún medio para conocer sobre mi enfermedad” (IF4).

A título ilustrativo, se presenta la siguiente figura con la categoría Conocimiento, en relación con las respectivas subcategorías y conceptos que emergieron.

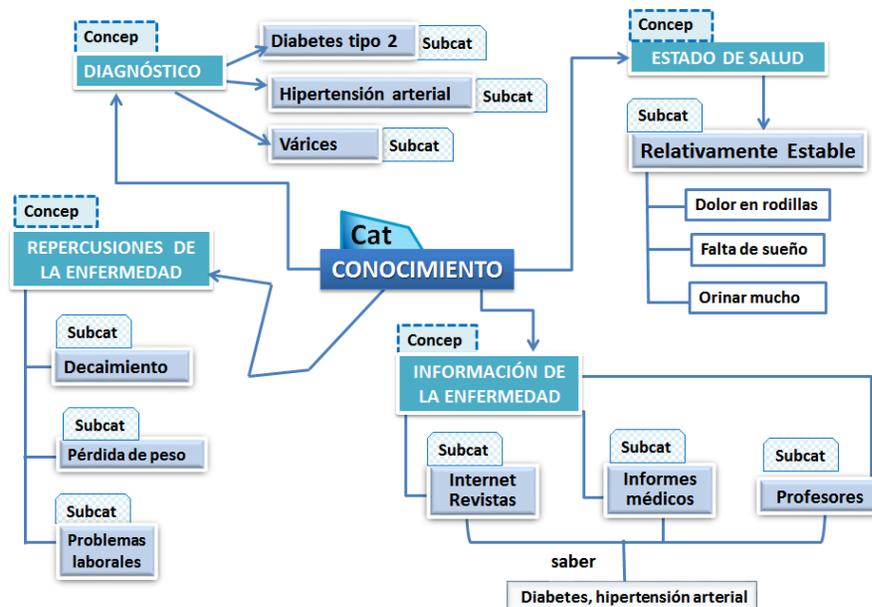


Figura 1: Categoría: Conocimiento de los pacientes, sobre la enfermedad.
Fuente: Información tomada de la entrevista en profundidad Planteamiento N°1; 2; 3 y 4. Procesada por los investigadores (2021).

Se observa desde las verbalizaciones que la mayoría de los informantes posee un conocimiento escaso o incluso nulo sobre sus patologías (definición, etiología, factores de riesgo); asimismo, expresan el impacto que representa en sus vidas, no sólo a nivel personal, sino también social, laboral y emocional. En torno a lo anterior, se percibe que los informantes ven a los proveedores de salud como el medio más frecuente para obtener información.

En atención a ello, se consideró que estos pacientes han construido unas características de su salud basados en lo que sienten físicamente y sus experiencias vividas, pero ignoran los cimientos científicos que precisan el porqué de la enfermedad, sus particularidades, complejidad y evolución, determinando así un empoderamiento limitado demarcado por el desconocimiento y un proceso alfabetizador deficiente.

El planteamiento previo coincide con lo expuesto por la IFC, quien acentuó que "...En la mayoría de los pacientes lo que predomina son conocimientos muy básicos de sus enfermedades, conocen algo, pero no a profundidad, sino un conocimiento muy sencillo de qué se trata la enfermedad".

Del mismo modo, el IF3 hizo referencia al origen de sus condiciones crónicas, acotando "...creo que es porque he hecho desastres y no he cumplido la dieta comiendo dulces y eso me ha indicado un nivel de azúcar más alto. La tensión se debe a estrés y también a una mala alimentación". En este testimonio se observa que social, cultural y médicamente se culpabiliza al paciente como único responsable de su condición de salud, cuando la realidad refleja una complejidad significativamente más profunda, basada en un extenso abanico de factores que convergen entre sí para conformar la etiopatogenia de la enfermedad.

Así lo refleja Gunderman, R. quien manifiesta que "...En todas partes se asume que existe una relación causal entre costumbres y salud, de forma que los afligidos pueden ser considerados como los causantes de su propio infortunio físico".¹⁹ Sobre la base de lo señalado por dicho autor, es relevante destacar que, aunque resulta oportuno advertir a los pacientes respecto a las implicaciones de sus hábitos sobre su salud, culparlo carece de significancia y puede tener repercusiones negativas en su bienestar mental.

En este orden de ideas, la IFC considera que el paciente "... tiene que tener el interés de conocer su patología a fondo, su tratamiento, pronóstico, qué expectativas puede tener, dependiendo de la patología..."; sin embargo, es menester evocar que aquello que se ignora es inexistente en la mente de quien desconoce, es por ello que los pacientes carecen de la capacidad de preocuparse por temas que no forman parte de su imaginario ni de su realidad.

El escenario anterior es ejemplificado por la experiencia del IF4, quien declaró "... Yo antes pensaba que los hombres no teníamos várices, sino eran las mujeres

nada más”. Se evidencia entonces que, al no considerar la insuficiencia venosa crónica un tópico concerniente para él por su sexo, nunca le representó un motivo de desasosiego, impidiendo que se interesara por sus causas, prevención y posibles complicaciones.

Es así como se torna ineludible la necesidad de educar a los pacientes sobre el origen y desarrollo de su patología, así como la manera en la que el control mediante las distintas variantes terapéuticas puede modificar el curso de la misma, atenuando las manifestaciones clínicas y, por consiguiente, mejorando la calidad de vida.

Por otra parte, la búsqueda de información sobre la propia salud está cada vez más documentada como una estrategia clave de afrontamiento en las actividades de promoción de la salud y la adaptación psicosocial a la enfermedad.²⁰

En esta perspectiva, es importante que el personal de salud dedique tiempo suficiente a orientar a los pacientes acerca de las fuentes que pueden consultar, a fin de obtener información veraz y de fácil comprensión, adaptada a su nivel de conocimientos en salud. En caso contrario, los pacientes muestran una marcada tendencia a investigar sobre sus patologías por medios equívocos y poco fidedignos, encontrándose con contradicciones entre lo que indagan y la realidad sanitaria.

Autocuidado: El camino hacia la salud nublado por la incomprensión

Con el propósito de explorar la realidad del cuidado personal según la percepción del paciente con condiciones crónicas de salud, surgió, a partir de las verbalizaciones de los informantes, la categoría autocuidado; el cual es definido por la OMS²¹ como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, así como prevenir y hacer frente a las enfermedades, con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.

En relación con el autocuidado los pacientes indicaron:

“Tomo Metformina de 500mg, una a las ocho de la mañana cuando la puedo comprar, y a veces la paro. Aunque tengo en la casa, ahorita no la estoy tomando porque creo que salí bien en los exámenes y leí en internet que tomarla mucho podía afectar varios órganos... Tomo el jugo sin azúcar, como con poca sal y muchas verduras, hortalizas, frutas y legumbres; me mandan a comer mucho monte verde... Pienso que si llevo una dieta bien balanceada la diabetes no me debe afectar mucho en cinco años, pero si hago desastres a lo mejor estoy peor... Al principio

no me preocupaba por ir al médico, pero ahora voy con más frecuencia cuando tengo dolores o siento algo diferente” (IF1).

“...al principio tomaba Metformina, y ahorita me colocaron la Insulina pre-desayuno, pre-almuerzo y pre-cena. Yo me cuido a través de preguntas y de información, también con una alimentación balanceada baja de azúcar y tengo meriendas... Actualmente no hago ningún tipo de actividades... Yo creo que en cinco años esta enfermedad me puede afectar bastante... Voy al médico cuando tengo cita y me siento mal” (IF2).

“Tomo Metformina en la primera comida, Glibenclamida en la segunda y Losartán a las 8 de la mañana, para la tensión. Asaprol a las 9:00am es para el corazón y la Pentoxifilina que es para la circulación, es bien fuerte, es el tratamiento que me indican los médicos... Realmente no he hecho ningún ejercicio, por mi trabajo es más el tiempo que estoy sentado... Creo que en cinco años me puede afectar grave porque son enfermedades degenerativas... Voy al médico ocasionalmente, cuando me siento mal, mi última consulta fue hace como 2 años.” (IF3).

“...tomo la Diosmil, que es Diosmina, una vez al día, la “Pentoxifilina” lo mismo, una al día; la doctora me dice que es bueno para las venas... Me echaba Merthiolate en una herida, pero un día me quedé dormitado en el porche de la casa y no me coloqué las medias, se me paró una mosca en la herida de la úlcera y los siguientes días me vi gusanitos pequeñitos que se hicieron más grandecitos... Me cuido manteniéndome sentado y acostado en la casa con el pie montado en el colchón” (IF4).

En la siguiente figura se muestra la categoría autocuidado, los conceptos y las subcategorías que emergieron.

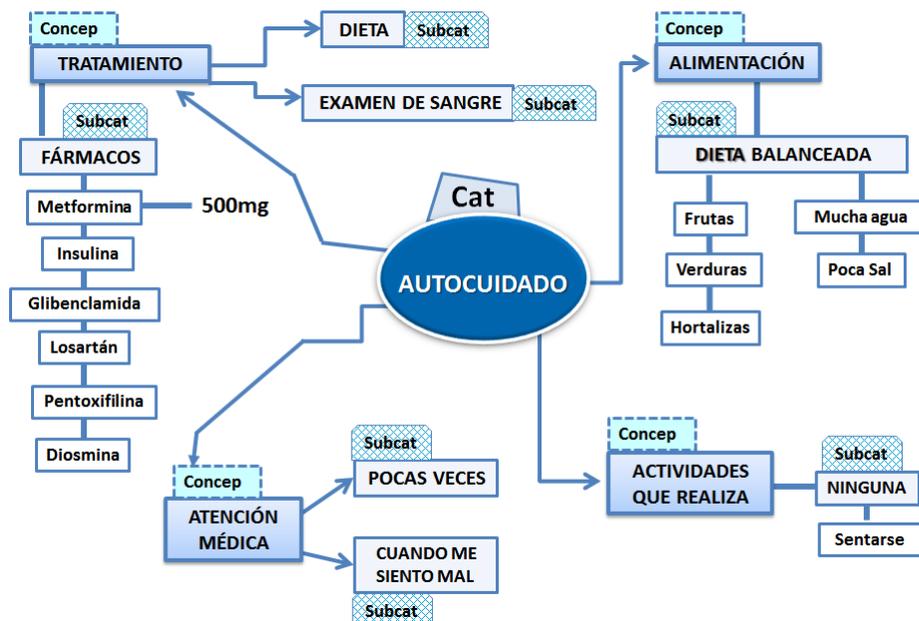


Figura 2: Categoría: Autocuidado de la enfermedad.

Fuente: Información tomada de la entrevista en profundidad Planteamiento N°5; 6; 7 y 8. Procesada por los investigadores (2021).

Dentro del discurso se evidencia que los entrevistados no están conscientes de la importancia del control sanitario periódico y del seguimiento en la evolución de sus condiciones crónicas, esto se refleja al expresar que acuden a consulta médica fundamentalmente cuando su salud se ve deteriorada o aparece un síntoma nuevo que altera su cotidianeidad.

De igual forma, los informantes manifestaron que a largo plazo podían verse gravemente afectados por sus patologías, pero no la manera en la que sus decisiones en salud son capaces de transformar su realidad; lo cual concuerda con la verbalización de la IFC, quien expresó que "...en términos generales saben superficialmente sobre el autocuidado".

En tal sentido, la problemática radica parcialmente en una orientación en salud restringida, dificultándose la comprensión por parte del paciente de que un adecuado control, seguimiento y cambios en el estilo de vida pueden modificar positivamente el curso de su enfermedad, de manera que se rompa el enlace directo entre las enfermedades de larga data y las degenerativas.

Asimismo, los informantes asocian el autocuidado únicamente con el consumo de medicamentos, desplazando la actividad física y recreativa a un segundo plano, cuya trascendencia queda opacada por el desconocimiento. De acuerdo a esto, la IFC manifestó que "...no todas las personas tienen las herramientas necesarias para tener un autocuidado adecuado, influyen factores económicos, sociales, acceso y atención sanitaria, entre otros".

Se refleja entonces la necesidad de que el personal médico promueva estrategias no farmacológicas para lograr una línea terapéutica integral, adaptada a las necesidades y capacidades de cada paciente, explicando los beneficios tangibles que puede representar para su salud y calidad de vida. Estas actividades se ven afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece la persona.²²

En este contexto, el escenario tecnológico en el que se desenvuelve la vida actual desempeña un papel crucial en la temática de estudio, siendo el internet una fuente de información de fácil acceso, a la que recurren con frecuencia los pacientes para mitigar sus inquietudes, así lo evidencia la IF1 cuando hace referencia a su tratamiento, expresando "...aunque tengo en la casa, ahorita no la estoy tomando

porque creo que salí bien en los exámenes y leí en internet que tomarla mucho podía afectar varios órganos”.

Basados en esta realidad, diversos estudios sitúan al internet como la principal fuente de información, incluso por delante de los profesionales sanitarios.²³ La calidad, veracidad, fiabilidad y pertinencia de la información hallada depende de las características de la búsqueda, de la fuente consultada y de la capacidad de comprensión del individuo; por lo tanto, es de entender que esta gran accesibilidad a la información genera importantes beneficios, pero también problemas, puesto que el paciente debe tener la capacidad de discernir y determinar la veracidad de la información a fin de aplicarla asertivamente en su vida diaria.

En atención a lo precedente, el creciente uso del internet como medio para generar conocimiento dio origen a un nuevo término, conocido actualmente como Alfabetización Digital en Salud (ADS), resultado de la convergencia de la AES y la alfabetización digital, el cual se define como “la capacidad de buscar, encontrar, entender y evaluar la información de salud obtenida a través de internet y aplicar los conocimientos adquiridos para abordar o resolver un problema relacionado con la salud”.²⁴

Creencias: ¿La fe en la ciencia o la ciencia en la fe? Dos perspectivas que se solapan en una misma realidad sanitaria

En la promoción de la salud y prolongación de la vida, intervienen factores relacionados con el medio ambiente físico y biológico, además de las creencias y formas de conducta del individuo, familia y comunidad.²⁵ En esta línea de pensamiento se planteó el tercer objetivo de la investigación, a fin de Interpretar las creencias de los pacientes en relación a la AES y la toma de decisiones sanitarias.

El modelo de creencias en salud del paciente, incluye un importante componente tanto cognitivo como perceptivo y permite explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de los tratamientos, recomendaciones médicas y la práctica de autoexámenes exploratorios.²⁶ Para el logro de este propósito, se plantearon preguntas relacionadas con su contexto socio-cultural, los informantes respondieron así

“Me parecen bien los remedios caseros. Tomé sangría, para subir la hemoglobina, un médico botánico la recomendaba. Tomo cogollos de guayaba y de mango, malojillo y jengibre para la gripe. Compro las matas

que me recomiendan mis familiares y vecinos, pero pregunto al vendedor a ver si coincide... Yo no creo en la homeopatía porque una vez me mandaron unas agüitas y me enfermé peor... Soy muy católica; creo en el Dr. José Gregorio Hernández y en todos mis Santos. Creo en los rezos que no sean de brujería porque mi hija que tuvo mal de ojo, la llevé a que le rezarán con unas ramitas y luego de eso se le quitó” (IF1).

“En realidad no sé mucho sobre los remedios caseros, no recuerdo ninguno... No estoy de acuerdo con los rezos para curar enfermedades”. (IF2)

“He consumido ese tipo de remedios muchísimas veces; guarapos de perejil para bajar los niveles de triglicéridos, té de manzanilla, toronjil, hierbabuena. Nos vamos más que todo con los bebedizos, que es un complemento de la medicina... Es un alivio porque esos los usaban antes los indígenas y eran efectivos en aquel entonces que no teníamos la medicina científica... Sí creo en los ensalmes, a mí me dio culebrilla y tengo la prueba”. (IF3)

“...yo tengo la dividivi y la Colombiana que es una hoja que he bebido en guarapito cuando tengo una “fribitis”, un señor de Ocumare me la recomendó. Masco siete pepitas de colombiana cada tres días porque a mi hermana le dijeron que era bueno así, pero bien mascadas porque me han dicho que se me pueden quedar trancadas en el estómago. Uso la Brusca que es como un quinchoncho y tiene pepitas, un muchacho se bebió el guarapito y no lo tuvieron que operar del hueso y yo empecé a beberla desde hace un mes porque le tengo fe... Yo he escuchado de la homeopatía, pero nunca le he parado, yo estoy es con la cuestión de los médicos, pero a otras cosas así de rezos no” (IF4).

Los conceptos y subcategorías se observan en la figura.

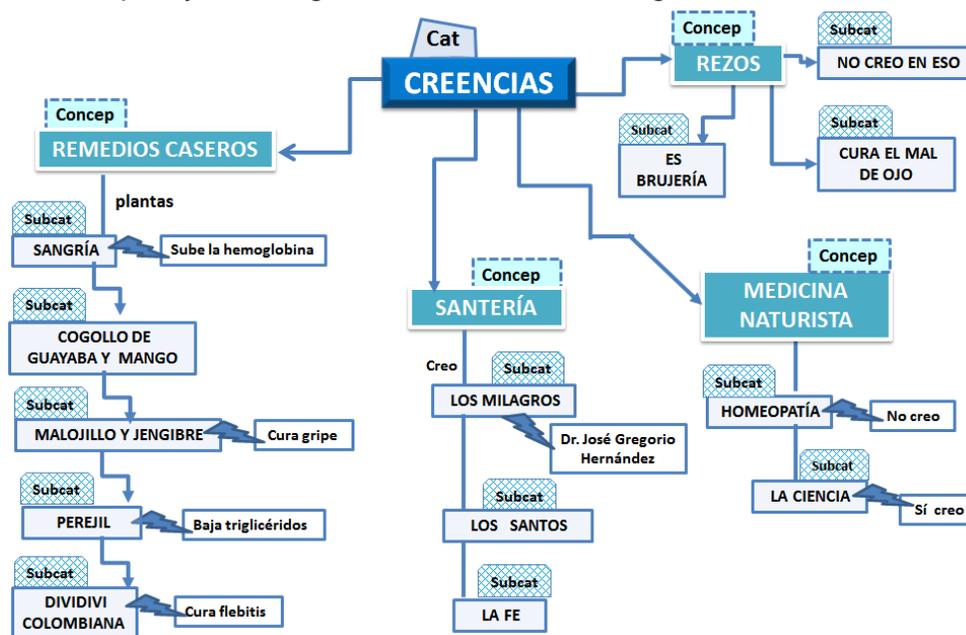


Figura 3: Categoría: Creencias de los pacientes
Fuente: Información tomada de la entrevista en profundidad Planteamiento N°9 y 10. Procesada por los investigadores (2021).

En las verbalizaciones de estos pacientes se evidencia que la toma de decisiones sanitarias orbita mayormente en torno a su sistema de creencias, donde el ámbito familiar y/o social ha sido la fuente principal de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en sus entornos culturales, cuyas enseñanzas son transmitidas oralmente a generaciones contemporáneas y sucesivas.

Dentro de esta perspectiva, la mayoría de los entrevistados percibe el consumo de fitógenos como una alternativa adecuada a la medicina moderna para el tratamiento de distintas afecciones, fundamentados en su eficacia como tratamientos ancestrales pregonados por comunidades aborígenes; así lo evidencia el IF3, quien manifestó "...es un alivio porque esos los usaban antes los indígenas y eran efectivos en aquel entonces que no teníamos la medicina científica..."

Consecuentemente, se hizo notorio el crédito que le otorgan los informantes a los rezos, ensalmes y actos religiosos, influenciados por experiencias personales y recomendaciones de su entorno, sin ningún basamento científico que avale su uso e ignorando completamente las posibles implicaciones de sus actos. En tal sentido, la IF1 comunicó su vivencia "...creo en los rezos que no sean de brujería porque mi hija que tuvo mal de ojo, la llevé a que le rezarán con unas ramitas y luego de eso se le quitó".

De esta manera, adquiere relevancia entender que, entre las creencias y la actuación de las personas existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como predisposición, en sentido de orientación para la acción. El contenido de una creencia puede ser percibido por el individuo como verdadero o falso, correcto o incorrecto; evaluarlo como bueno o malo y, finalmente adoptar un cierto curso de acción.²⁷

En este escenario de realidades, se refleja la necesidad imperiosa de rescatar un enfoque alfabetizador ingenioso, educando sobre la práctica insegura de acciones basadas en creencias arraigadas a la cultura, sin oponerse directamente a convicciones personales, pero aclarando las consecuencias que dichos actos pueden tener (enmascaramiento de la enfermedad, interacciones medicamentosas, aumento de la resistencia a ciertos tipos de fármacos, complicaciones y la aparición de reacciones adversas).

Haciendo referencia a lo precedente, la IFC expresó que durante su práctica clínica ha identificado el conflicto que genera alcanzar la armonía entre la ciencia y

lo cultural en estos pacientes: "...es difícil encontrar ese equilibrio y que finalmente entiendan que las dos cosas pueden funcionar, pero que la parte científica/médica tiene un grado de importancia mayor que las creencias".

A pesar de que vivimos en un tiempo y en una sociedad con atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, es necesario mantener el respeto por el mundo de creencias de cada individuo y comprender que el empoderamiento personal en salud sigue siendo imprescindible en la actualidad.

Es en este punto donde la AES representa un pilar esencial en la relación médico-paciente, donde la pedagogía sanitaria permita establecer la relevancia de mantener el equilibrio entre las creencias y el tratamiento prescrito. Es en estos pacientes adecuadamente informados, con capacidad de discernimiento, que se logrará disminuir tanto el incumplimiento terapéutico como la automedicación desordenada y errónea que asecha mundialmente.

Alfabetización en salud: La luz que resplandece entre las tinieblas del desconocimiento

La alfabetización en salud se refiere a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.²⁸ Sobre la base de lo planteado, el último propósito de la investigación estuvo dirigido a estructurar un andamiaje teórico y funcional de alfabetización en salud. En tal sentido, se realizaron diversas interrogantes relacionadas con este tema, para lo cual los informantes respondieron lo siguiente:

“Quiero saber de qué proviene la diabetes y cómo se desarrolla, por qué les da a los niños o a las personas mayores... Me gustaría que los médicos me explicaran más sobre mi enfermedad y cómo me debo cuidar... En algunas situaciones me cohíbo de preguntar ciertas cosas cuando los médicos son odiosos, recomiendo que sean amables, que me vean a la cara y mantengan la ética.” (IF1)

“Me gustaría saber qué es la diabetes y cómo puedo estar más tranquila. ...Me gustaría que un doctor me enseñara, aunque sí he sentido pena de preguntarle algo a un médico” (IF2)

“Me gustaría saber cómo erradicamos el problema de la diabetes y la hipertensión, cómo curarlas. Que yo lo vea por internet, porque realmente el tiempo es corto y ando muy ocupado, esta enfermedad es terrible y cada día causa muchos efectos... Recomiendo a los médicos que se enfraquen más en su profesionalismo y su ética profesional, sepan sobrellevar al paciente, ganarse su confianza... Anteriormente sí

sentía pena de preguntarle algo a un médico, pero ya no; creo que era porque antes era joven” (IF3).

“Quisiera saber en la consulta por qué no se me cura esta úlcera varicosa ya de una vez... Mi relación con los médicos ha sido fina, a mí lo que me interesa es que me ayuden a curarme. Los médicos son las personas en quien uno confía.” (IF4).

Obsérvese la categoría Alfabetización en salud, los conceptos y las subcategorías.

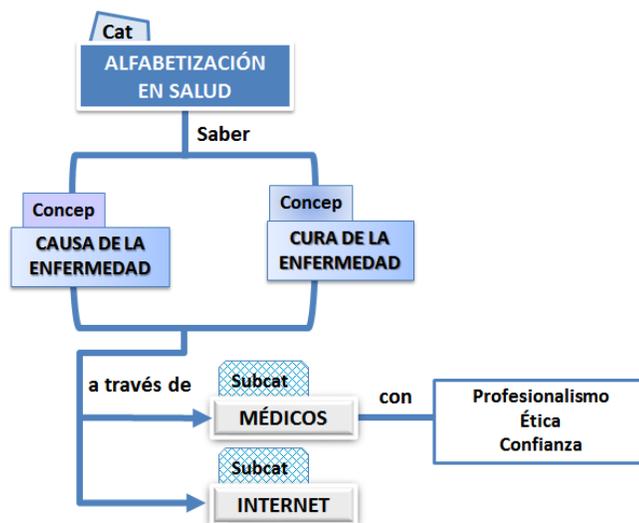


Figura 4: Categoría: Alfabetización en Salud.

Fuente: Información tomada de la entrevista en profundidad Planteamiento N°11 y 12. Procesada por los investigadores (2021).

En este apartado, los informantes manifestaron su interés por profundizar en el aprendizaje de los conceptos básicos relacionados con sus patologías, lo cual es el primer paso para iniciar el proceso alfabetizador. Resulta oportuno reconocer que la modificación de conductas individuales y colectivas es un verdadero desafío, esto se explica por la multitud de factores socioculturales que se deben tener en consideración.

De esta manera, aportar información es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar dichos cambios, los procesos de AES ameritan la demarcación de los destinatarios como punto de partida, logrando una mejor caracterización de los mismos antes de emprender el proceso de cambio; mediante la identificación de sus particularidades, sus condiciones culturales y las

mediaciones a través de las cuales se comunican y construyen sus relaciones sociales.

Del mismo modo, los profesionales de salud presentan tendencia a sobreestimar el conocimiento de los pacientes en cuanto a sus patologías se refiere, cuando la realidad demuestra que incluso las nociones básicas pueden ser concebidas erróneamente por los mismos. Lo anterior se constata mediante la verbalización del IF3 donde expresa "...Me gustaría saber cómo erradicamos el problema de la diabetes y la hipertensión, cómo curarlas"; en este sentido, la avidez de los pacientes por conocer una cura definitiva los aleja de aceptar, asimilar y comprender el carácter crónico de sus condiciones.

En atención a lo precedente, se observa que los entrevistados procuran una enseñanza pasiva, donde la información les sea otorgada por el personal sanitario durante la consulta, así lo demuestra la IF2 quien refirió "... me gustaría que un doctor me enseñara". Esto concuerda con el documento producido por Basagoiti, donde declara que "... los profesionales de la salud siguen siendo el referente para el ciudadano en cuanto a la información sanitaria".⁹ En tal sentido, el mismo autor señala "El médico debe ser capaz de intermediar entre la información y los ciudadanos, adaptando y personalizando los contenidos de acuerdo a las características y necesidades de estos".⁹

Dicha aseveración fue reafirmada por la IFC cuando se le cuestionó sobre las estrategias que pueden fortalecer el conocimiento de los pacientes respecto a sus patologías, a lo cual respondió: "...es importante que el paciente tenga un médico tratante, que conozca la individualidad del paciente... también es importante generar un vínculo de confianza porque es él en primera instancia que va a aclarar todas sus dudas y que puede guiarlo en la búsqueda de información, permitiendo empoderarlo". Reflejándose entonces el papel fundamental que desempeña el profesional de la salud como conexión entre el paciente y el logro de la alfabetización.

Asimismo, fomentar la participación activa del paciente en la instauración de su tratamiento es un compromiso que debe acoger el sanitario, permitiendo el establecimiento de una comunicación bidireccional donde se escuche las necesidades del individuo, así como sus preferencias dentro del amplio abanico de posibilidades que ofrece el área de la salud para establecer un modelo terapéutico.

Esta participación activa también se destaca entre las verbalizaciones de la IFC, la cual expresó "... Son estos conocimientos (con el médico como guía) que le darán al paciente esas herramientas más adecuadas para todo lo que compete a su patología y así tomar las mejores decisiones para él y su entorno".

Bajo esta línea de pensamientos, es menester que se establezca una adecuada relación médico-paciente, fundamentada en un ambiente de confianza, donde prevalezca el profesionalismo, la ética y la empatía; una atmósfera segura que le permita al paciente plantear sus dudas y que éstas le sean aclaradas satisfactoriamente, con la mejoría consecuente en la AES y el autocuidado, superando el sistema de creencias y mitos que los rodea.

Interpretación de las relaciones categoriales a través de la Red Semántica

Obsérvese la figura de la Red Semántica representacional, donde se muestran las relaciones categoriales que emergieron de los textos aportados por los pacientes del Servicio de Medicina Interna del HCM, procesada por el ATLAS.ti.

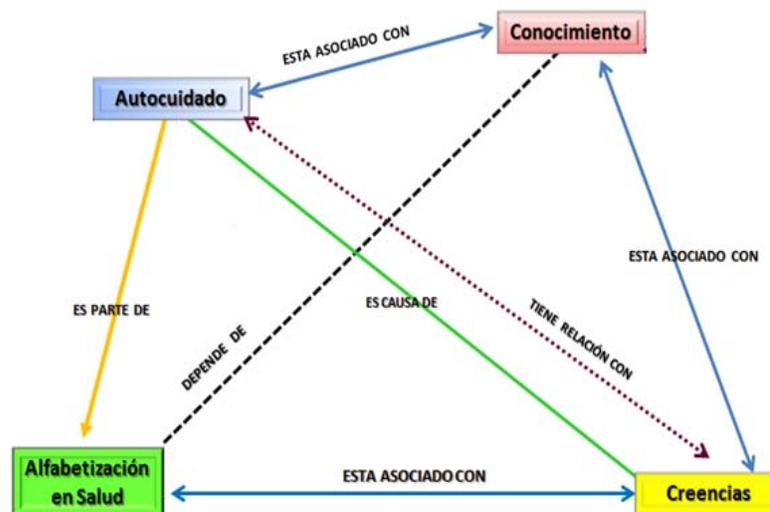


Figura 5: Red Semántica de las relaciones categoriales.

Fuente: Información tomada de la entrevista en profundidad. Procesada por los investigadores (2021).

Interpretando la red semántica categorial, se visualiza en la figura que el **conocimiento en salud** está asociado de manera directa y bidireccional con el autocuidado y con las creencias, y depende de la alfabetización en salud que tenga el paciente. **El autocuidado**, presenta una asociación directa con el conocimiento,

tiene relación con las creencias que posee el paciente, es causa de ellas y es parte de la alfabetización en salud.

Las creencias, están asociadas al conocimiento que tenga el paciente de su salud de manera directa y con la alfabetización en salud, son causa del autocuidado y se relacionan con él. **La alfabetización en salud** del paciente está asociada con las creencias, depende del conocimiento que posea el paciente y forman parte del autocuidado.

LA REALIDAD HALLADA

La palabra “Alfabetización en Salud”, tal como se ha descrito, tiene que ser aplicable en toda su significación semántica; donde la comprensión de este término y su multiplicidad de elementos sea dada no sólo por el equipo de salud, sino también por los entes de gestión/recepción de la información, cuya labor se extiende a los pacientes; siendo este uno de los primeros pasos para lograr el empoderamiento personal en salud.

Este potencial es parte fundamental de la vida cotidiana, puesto que la mayoría de las decisiones sanitarias tienen lugar en supermercados, farmacias, oficinas y, por supuesto, en el hogar. Infrecuentemente se realizan en el marco de una consulta cara a cara con un especialista. De este modo, la intermediación educativa de los profesionales es esencial, ofreciéndole al paciente una serie de conocimientos y habilidades que le permitan tomar el control de su propio bienestar, siendo capaces de decidir inteligentemente en las diferentes situaciones que se le presenten.

La existencia de investigaciones como esta, donde se evidencia que la escasa AES tiene un impacto directo y significativo sobre la salud, debe posibilitar que el empoderamiento sea una prioridad, junto a los grandes retos sanitarios y desarrollo sostenible de las agendas mundiales.

Lo anterior cobra más relevancia en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, grupo que posee la mayor necesidad de atención sanitaria y quienes reflejan precisamente la menor capacidad de identificar, leer, comprender y aplicar la información que precisan; así como también revelan menores tasas de adherencia al tratamiento, enmarcado por un autocuidado deficiente y la tendencia a implicar conductas de riesgo basadas en sus experiencias y las de su entorno social.

En consecuencia, la mejora de la AES amerita un abordaje multifactorial, pluridisciplinar y multisectorial. Esto supone un compromiso por parte de todos los sectores implicados (el ámbito educativo, sanitario, la industria farmacéutica y de alimentación, los medios de comunicación, los grupos de profesionales de la salud, pacientes y políticos). Se enfatiza entonces la labor educadora de la medicina, responsable de orientar a los pacientes y sus familias en el cuidado y restablecimiento de su propia salud, generando habilidades de discernimiento que les facilite el proceso.

En este sentido, resulta imprescindible establecer que un ciudadano alfabetizado será el verdadero motor de cambio de los sistemas sanitarios: demandará una medicina de calidad, promoverá políticas saludables, utilizará los servicios de manera eficiente, solicitará una atención más ajustada a sus propias necesidades. Para ello, es indispensable que el personal sanitario sepa alfabetizar adecuadamente y se permita sembrar esta tarea informativa, para finalmente cosechar los frutos de tan indispensable labor.

En vista de su gran trascendencia, se insta a realizar más estudios relacionados a este tópico, abarcando distintos enfoques y metodologías. Esta recomendación se torna aún más relevante a nivel de Latinoamérica, donde la precaria situación sanitaria puede verse favorecida por la promoción de estrategias alfabetizadoras de bajo coste, capaces de reducir significativamente las tarifas del sector salud.

En esta línea de pensamientos, se resalta la necesidad de fomentar la alfabetización digital en salud, ofreciendo a los ciudadanos métodos a través de los cuales puedan aprender a buscar, encontrar y aplicar de manera satisfactoria la información de salud proveniente de fuentes confiables.

Por otra parte, se considera de interés recrear esta investigación con distintos grupos poblacionales de diferentes edades, a fin de visibilizar otras realidades del fenómeno en estudio.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de alfabetizar a la población, especialmente durante las consultas médicas. Se torna indispensable rescatar el enfoque humanista de la medicina, donde se destaque la empatía y calidez como elementos fundamentales, sobreponiéndose incluso a los conocimientos científicos de “alta gama” que, por sí mismos, no son suficientes para lograr un cambio significativo en el proceso salud-enfermedad de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa maravillosa de nuestras vidas, queremos agradecer primeramente a Dios quien nos ha guiado y acompañado durante el transcurso de la carrera. A nuestros padres, familiares y amigos, por ser un apoyo fundamental para la realización y ejecución de nuestros proyectos, por ser nuestra fuente de inspiración, amor y fortaleza. Al Hospital Central de Maracay y al Módulo Docente Asistencial de la Universidad de Carabobo, por ser la casa que nos ha permitido formarnos como profesionales en el área de la salud y realizar nuestra investigación, a cada uno de los docentes quienes con su apoyo y enseñanzas fueron pieza esencial para nuestro desarrollo.

A los pacientes que representaron el papel de informantes y protagonistas de esta investigación; quienes, gracias a su disposición y paciencia para responder a todas nuestras interrogantes, nos permitieron indagar profundamente en el fenómeno de estudio.

A la Dra. Gladys Dávila, por su generosa orientación metodológica, valiosos aportes, sugerencias, recomendaciones y gran disposición en la planificación, desarrollo y ejecución de nuestro trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine of the National Academies. *Health Literacy Implications for Health Care Reform: Workshop Summary* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011 [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/13056>
2. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. *Mental health literacy in higher education students*. Early Interv Psychiatr; 2012.
3. Alcántara G. *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Sapiens Rev Univ Investig; 2008.
4. Liendro E. *Género y salud: una introducción para tomadores de decisiones*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2005.
5. Nutbeam D. *Health promotion glossary*. Health Promot Int. 13(4):349-6; 1998
6. World Health Organization. *Health literacy: the solid facts*. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A, editores. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 73 p. (The solid facts); 2013.
7. Weiss B. *Health literacy and patient safety: Help patients understand* [Internet]. 2nd ed. Chicago: AMA Foundation; 56 p. Disponible en: <https://bit.ly/2P4inEc>; 2007.
8. Macha LF, Samanamu AE y Rodríguez D. *Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú*. Rev Salud Pública. 1 de septiembre de 2017;19(5):679-85.
9. Basagoiti I. *Alfabetización en salud. De la información a la acción* [Internet]. Valencia, España: ITACA/TSB; 2012. [Citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
10. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles* [Internet]. 2018 [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
11. Delors J. *Los cuatro pilares de la educación*. Madrid: Santillana/UNESCO; 1996 p. 95-110. La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI).
12. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 dic 30, 1999.
13. *Código de Deontología Médica*. oct 19, 2003.
14. Martínez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. 1ra ed. México, D.F.: ed. Trillas; 2004.

15. Rodríguez G. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga. España. Ediciones Aljibe. 2010.
16. Husserl E. *Invitación a la Fenomenología*. Barcelona: Paidós; 1998.
17. Martínez M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. 3era. ed. México, D.F.: ed. Trillas; 2007.
18. Neill D y Suárez L. *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Machala, Ecuador: UTMACH; 2018.
19. Gunderman R. *Illness as Failure: Blaming Patients*. Hastings Cent Rep. julio de 2000;30(4):7.
20. Cutilli CC. *Seeking Health Information: What Sources Do Your Patients Use?* Orthop Nurs. mayo de 2010;29(3):214-9.
21. World Health Organization. *WHO recommendations on self-care interventions: self-administration of injectable contraception* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 15 de septiembre de 2021] p. 4. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332332>
22. Cabrera J, Carvajal M, Pineda L, Ramírez K. *Medidas de autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el 2005 de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de punta arenas*; 2006.
23. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI). *Búsqueda de información relacionada con la salud*. En: *Los ciudadanos ante la e-sanidad*. España: ONTSI; 2012. Disponible en: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf
24. Gilstad H. *Toward a comprehensive model of eHealth literacy* [Internet]. Noruega; 2014 [Citado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://ceur-ws.org/Vol-1251/paper7.pdf>
25. Kirscht JP. *The health belief model and illness behavior*. Health Education Monograph;2:387-408; 2009.
26. Becker MH. *The health belief model and personal health behavior*. Health Education Monograph;2; 2010.
27. Richard GM, Beverido P, Salas B, Montoya DA et al. *Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial*. Antioquía, Colombia: Fundación Luis Amigó; 2015.
28. Romero MF, Ruiz-Cabello AL. *Alfabetización en salud; concepto y dimensiones*. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Rev Comun Salud.;2(2):91-8; 2012