



Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Medicina Humana Alberto Hurtado

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADEMICO DE BACHILLER EN MEDICINA

TÍTULO:

Alfabetización sanitaria evaluada mediante un instrumento validado y factores relacionados en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima-Perú 2018

Health literacy assessed by a validated instrument and related factors in patients hospitalized in the Internal Medicine service at a National Hospital in Lima-Peru 2018

INVESTIGADORES:

Hidalgo Cruz Jimena Inés
Valero Delgado Valeria Rosa

ASESOR:

Rodríguez Hurtado, Diana

2018

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen	3
2. Summary/Abstract.....	4
3. Introducción.....	5
4. Materiales y métodos.....	8
5. Resultados	10
6. Discusión	12
7. Conclusiones	15
8. Declaración de conflictos de interés.....	16
9. Referencias bibliográficas	16
10. Tablas, gráficos y figuras	20
11. Anexos.....	27

1. RESUMEN

Introducción: La Alfabetización Sanitaria (AS) es “la capacidad para obtener, procesar y comprender información básica de salud y servicios, necesaria para tomar decisiones de salud apropiadas”. Se han desarrollado diferentes instrumentos validados con el fin de medirla. El cuestionario SAHLSA-50 (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults), en idioma español, ha sido diseñado y validado para evaluar la capacidad de leer y entender términos médicos comunes. En el 2014 se validó culturalmente en Perú y fue aplicado en un hospital nacional. Existe asociación entre peores resultados de salud e inadecuada AS. **Objetivo:** Conocer la cantidad de pacientes hospitalizados que tienen una inadecuada alfabetización sanitaria y factores relacionados en los servicios de Medicina Interna de un hospital nacional en Lima-Perú. **Metodología:** Estudio descriptivo. Se consideró una muestra por conveniencia de 200 pacientes. El muestreo fue no probabilístico por reclutamiento consecutivo. Los participantes completaron un cuestionario compuesto por dos partes: preguntas socio-demográficas y el cuestionario SAHLSA-50. Se determinó el nivel de AS, se calcularon las frecuencias de las variables socio-demográficas y se halló asociaciones entre el nivel de AS y dichas variables mediante el método Chi- cuadrado. **Resultados:** El 43% tiene una inadecuada AS. Las variables adulto mayor, sin trabajo y menor grado de instrucción tienen relación estadística significativa con una inadecuada AS. **Conclusiones:** Se encontró inadecuada AS en un 43% de los participantes. Esta estuvo asociada a ser adulto mayor, estar sin trabajo y tener bajo grado de instrucción.

Palabras clave: SAHLSA-50, alfabetización sanitaria, Lima.

2. SUMMARY/ABSTRACT

Introduction: Health Literacy (HL) is “the ability to obtain, process and understand basic health information and services, necessary to make appropriate health decisions”. Different validated instruments have been developed in order to measure it. The SAHLSA-50 (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults) questionnaire, in Spanish, has been designed and validated to assess the ability to read and understand common medical terms. In 2014, it was validated culturally in our country and was applied in a national hospital. There is a clear association between worse health outcomes and bad HL. **Objective:** Determinate the number of hospitalized patients who have inadequate health literacy and related factors in the Internal Medicine service of a national hospital in Lima-Peru. **Methods:** Descriptive study. A sample was considered for convenience of 200 patients. Sampling was non-probabilistic by consecutive recruitment. The participants completed a questionnaire composed of two parts: socio-demographic questions and the SAHLSA-50 questionnaire. The level of HL was determined, the frequencies of the socio-demographic variables were calculated and associations were found between the level of HL and these variables through the Chi- square method. **Results:** The 43% have inadequate HL. The variables elderly, unemployed and low education level have significant association regarding with inadequate level of HL. **Conclusions:** Low HL was found in 43% of the participants. This was associated with being a older adult, being unemployed and having a low level of education.

Key words: SAHLSA-50, health literacy, Lima.

3. INTRODUCCIÓN

La alfabetización sanitaria (AS), del inglés *health literacy*, es la capacidad para obtener, procesar y comprender información básica de salud y servicios, necesaria para tomar decisiones de salud apropiadas. (1,2) La OMS utiliza la definición desarrollada en el 2012 por The European Health Literacy Consortium: “La alfabetización en salud está vinculada a la alfabetización e implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar información sanitaria para emitir juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana sobre atención médica, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de vida” (3)

La AS trasciende en la visión de colocar en su contexto a la misma salud, la familia y la comunidad. De acuerdo a eso se ve la capacidad de comprender y abordar los factores que están influyendo en la propia salud. Una persona con una adecuada AS puede asumir la responsabilidad de su propia salud y la de su familia; favoreciendo la salud de su comunidad. (2)

A raíz de estudios sobre alfabetización general que se extrapolaban al ámbito sanitario, se inician investigaciones específicas en AS en Estados Unidos y Canadá. Posteriormente países como Korea, Japon, Holanda, Suiza y Australia cursan con proyectos de investigación sobre el tema debido a que notaron su relevancia y además se generaron instrumentos de medida para su evaluación. (4)

En el año 2003 se realizó el primer estudio de AS en Estados Unidos. Se obtuvo que el 14% de adultos estadounidenses tenían una inadecuada AS. Posteriormente se realizaron diversos estudios en cohortes de pacientes estadounidenses mayores resultando que un bajo grado de AS se asocia con incremento de la mortalidad en ratios mayores de 1.5. (4)

En Europa, los resultados del proyecto HLS-EU “European Health Literacy Survey” realizado en el 2011 y aplicado en 8 países de la comunidad europea permite concluir que 35.2% de participantes tiene una AS problemática y 12.4% tiene una AS inadecuada y son a su vez altos frequentadores del servicio de emergencia. Estos resultados fueron obtenidos según el teste HLS-EU-Q47 el cual señala 4 niveles de AS: inadecuada (de 0 a 25 puntos), problemática (de 25 a 33 puntos), suficiente (de 34 a 42 puntos) y excelente (de 43 a 50 puntos) (5)

En latinoamerica, los países pioneros en investigación sobre AS son Argentina, Chile y Perú. (1,2,7-10) En Perú hasta la fecha se han realizados tres estudios sobre el tema. El primero, por *Vilchez et al.* en el año 2008, concluyeron que el 43% de las mujeres en edad fértil que acudieron a consulta externa del servicio de Ginecología de un Hospital nacional en Lima-Perú tienen una inadecuada AS lo cual se relaciona con un bajo grado de escolaridad. (7) En el año 2014 *Macha et al.* validaron y aplicaron el cuestionario SAHLSA-50 para medir AS. En este estudio se encontró que un 34.4% de los pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina Interna de un Hospital nacional en Lima tenían una inadecuada AS y se determinó que un menor grado de instrucción, ser adulto mayor y contar con seguro integral de salud tienen relación con una inadecuada AS. (8) *Deriaz et al.* utilizaron el cuestionario SAHLSA-50 validado, concluyendo que el 8% de pacientes en una clínica privada en Lima-Perú tiene una inadecuada AS relacionada con un bajo grado de instrucción. (9)

La inadecuada AS se asocia a países pobres, con diferencias culturales y étnicas, con inmigrantes iletrados, personas analfabetas, adultos mayores de 65 años y bajo nivel socioeconómico. (10)

Existe clara asociación entre mejores resultados de salud y mejor AS. (10) Una inadecuada AS está relacionada a más hospitalizaciones, a mayor asistencia al servicio de emergencia, a menor conocimiento de medidas preventivas y a poca adherencia al tratamiento; lo que conlleva a una mortalidad más alta. (11-13) Mientras que una adecuada AS reduce los costos pues aumenta las habilidades de automanejo de las enfermedades crónicas reduciendo el uso de servicios costosos como los de emergencia y cuidados intensivos. (14,15)

Se han creado múltiples instrumentos a nivel mundial los cuales permiten medir la AS. Sin embargo, estos han sido desarrollados en inglés y en países con realidades diferentes a la nuestra. (16) Tales son “Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine” (REALM) en el año 1991 (17,18), “Test of Functional Health Literacy in Adults” (TOFHLA) en el año 1995, el “Chinese Citizen Health Literacy Questionnaire” (STOFHLA) hecho en el año 1999, “European Health Literacy Survey Questionnaire” (HLS-EU) en el año 2012 (18,19), el “Single Item Screening” (SIS) en el año 2017 (18,20) y el “Wide Range Achievement Test-Revised” (WRAT-R).(18)

El cuestionario de medición de AS, SAHLSA-50 (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults) fue elaborado por *Lee et al.* en el año 2006. Creado originalmente en Carolina del Norte en idioma español. Este instrumento ha sido diseñado y validado para evaluar la capacidad de leer y entender términos médicos comunes; es decir, en población alfabeta. Tiene una buena consistencia interna (alfa Cronbach= 0.92) y la fiabilidad test-retest (r de Pearson=0.86). (21,22). En nuestro país se realizó la valoración cultural de dicho cuestionario en el 2014 por *Macha et al.* (8)

Con este estudio se busca conocer la cantidad de pacientes hospitalizados que tienen una inadecuada AS y los factores relacionados, en el servicio de Medicina Interna en un

hospital nacional de Lima-Perú, usando el test SAHLSA-50 validado. Esta información será usada con el fin de plantear propuestas para mejorar la accesibilidad de información a los pacientes y un mejor uso de ella.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo-serie de casos. La población participante involucró a los pacientes adultos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) durante el mes la primera semana del Marzo del 2018.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor o igual a 18 años, ambos sexos, hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del HNAL y aceptación voluntaria de participar en el estudio luego de haberse leído y asentado la hoja informativa. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con deterioro cognitivo severo, historia de enfermedad psiquiátrica tipo psicosis o esquizofrenia, pacientes con alteraciones auditivas y/o visuales, como ceguera y sordera, que les impida la realización del cuestionario, analfabetos; es decir, que no sepan leer ni escribir, no hispano hablantes y pacientes quienes luego de haber aceptado participar en el estudio soliciten su retiro voluntario.

Se consideró una muestra por conveniencia de 200 pacientes, tomando en cuenta que en HNAL hay 250 camas de hospitalización disponibles para el departamento de Medicina Interna. El muestreo fue no probabilístico por reclutamiento consecutivo. El enrolamiento de los pacientes se llevó a cabo en sus respectivas camas durante su hospitalización en Medicina Interna de dicho hospital (Pabellones 1-I, 1-II, 2-I, 2-II, 3-I, 3-II, 4-I, 4-II, 8-I) en el horario de 11 am a 2pm y 4pm a 6pm, respetando el horario de visita médica, cambio de turno de enfermería y visitas familiares.

Previa aplicación del cuestionario, se entregó una hoja informativa al participante en donde se explica en qué consiste el estudio y su aceptación para participar. Posteriormente, se proporcionó al mismo un cuestionario anónimo compuesto de dos partes. En la primera los investigadores marcaron, según correspondía, datos sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico y la presencia o ausencia de alguna enfermedad crónica no transmisible. (Anexo 1). La segunda parte fue el test SAHLSA-50 validado compuesto por 50 palabras claves de términos médicos; por cada una de ellas existieron tres opciones: el término correcto, un distractor y la opción “no sé”. Para ello, el participante debió leer cada término en voz alta y elegir aquella opción que según su criterio, tenía mayor relación con la palabra clave. La realización demora entre 6 y 10 minutos. Se otorga “1” punto por respuesta correcta y adecuada pronunciación y “0” puntos por respuesta incorrecta u opción “no sé”. El puntaje máximo es 50. Un puntaje menor o igual a 37 significa una inadecuada AS. (Anexo 2) (22,23)

A partir de los resultados del test SAHLSA-50, se determinó el nivel de AS. Según el puntaje obtenido en el mismo, se clasificaron los resultados como adecuada (mayor a 37 puntos) o inadecuada (menor o igual a 37 puntos) AS. Además, se calcularon las frecuencias de las variables edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico y la presencia o ausencia de alguna enfermedad crónica no transmisible y se hallaron asociaciones entre el nivel de AS y dichas variables mediante el método Chi- cuadrado. Siendo significativo un resultado de $p < 0,05$.

Para el análisis de los resultados se agruparon los datos socio-demográficos según frecuencias. La variable edad fue separada en joven (18 a 29 años), adulto (30 a 59 años) y adulto mayor (mayor o igual a 60 años). Se clasificó el estado civil según el soporte social que supone su condición: soltero, separado, viudo, conviviente y casado. Para

determinar el nivel socio-económico (NSE) se utilizó el ingreso familiar mensual según la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados: NSE-A (desde s/.8233 a más), NSE-B (entre s/.4526 y s/.8232), NSE-C (entre s/.2698 y s/.4525), NSE-D (entre s/.1953 y s/.2697) y NSE-E (hasta s/.1952). El grado de instrucción se analizó en primaria incompleta y completa, secundaria incompleta y completa y superior incompleta y completa. La variable ocupación se separó en desempleado, estudiante, ama de casa, jubilado, trabajo independiente y empleo dependiente. Con respecto a la presencia o ausencia de enfermedades crónica no transmisibles (ECNT) se consideró: diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica terminal y otras (enfermedades cardiovasculares y pulmonares).

Los resultados se harán llegar a la Oficina de Docencia e Investigación del HNAL para que socialicen y se entregarán recomendaciones sobre cómo mejorar los conceptos básicos de sanidad a los pacientes.

Las consideraciones éticas en el trabajo fueron: participación voluntaria del paciente previa explicación mediante la hoja informativa. Los datos fueron anónimos, confidenciales y no se podrán rastrear los resultados a los participantes. Se contó con la autorización de la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología – DUICT de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Jefatura del departamento de Medicina Interna del HNAL y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del HNAL.

5. RESULTADOS

Las características socio-demográficas obtenidas se encuentran resumidas en la tabla 1. Se halló que el 67% (n=134) fueron mujeres frente a un 33% (n=66) de varones. La recolección de encuestas fue menor en el caso de los varones puesto que para ellos hay

menor cantidad de camas destinadas. Del total de participantes el 11% (n=22) tenían entre 18 años y 29 años de edad, 58% (n=116) entre 30 y 59 años y el 31% (n=62) pertenecían al grupo de adulto mayor. La media de edades fue de 51.36 años con una desviación estándar de 16.49 años. La edad mínima fue de 18 años y la edad máxima de 85 años.

Se encontró que el grado de instrucción más frecuente es secundaria completa con 25% (n=50). 20% (n=40) de los participantes tiene estudios primarios incompletos, 18% (n=36) primaria completa, 17% (n=34) secundaria incompleta, 11% (n=22) educación superior completo y 9% (n=18) estudios superiores incompletos.

Con respecto al estado civil, el 32% (n=64) de los participantes eran solteros, el 23% (n=46) convivientes, el 20% (n=40) casados, el 13% (n=26) viudos y el 12% (n=24) separados. Se observó que aproximadamente 43% (n=86) de los pacientes presentan situación de pareja estable por lo que cuentan con un soporte social.

En relación a la ocupación de los participantes, el 45% (n=90) eran ama de casa, el 20% (n=40) desempleados, el 17% (n=34) trabajadores independientes, el 15% (n=30) empleados dependientes, el 3% (n=6) eran estudiantes y finalmente ninguno era jubilado.

Se dividió a la población según su NSE, el mayor fue 91% (n=182) perteneciente al grupo E, un 7% (n=14) al D; 1% (n=2) al C; 1% (n=2) al B y ninguno al A. Cabe resaltar que las dos participantes con NSE B eran ama de casa sin estudios primarios completos.

Referente a la variable ECNT se halló que el 62.5% (n=125) de los pacientes presentaba alguna. El 35% (n=70) de los participantes presentaban Hipertensión Arterial; el 23% (n=46), Diabetes Mellitus; el 18% dislipidemia; el 12.5% (n=25) ERCT y el 23.5% (n=47) otras. (Tabla 2).

Respecto al nivel de AS, se encontró que el 43% (n=86) de pacientes presenta una inadecuada AS frente a un 57% (n= 114) con adecuada AS (Gráfico 1). El resultado más

frecuente obtenido en el test SAHLSA-50 fue de 47 respuestas correctas (13.5% de los participantes) (Gráfico 2). La media de los puntajes del test fue 36.88 con una desviación estándar de 9.57. Las dos participantes que lograron el puntaje máximo contaban con educación superior y empleo. Los seis participantes que obtuvieron menor puntaje (10 puntos en el test SAHLSA-50) eran adulto mayor. (Tabla 3)

Se consideraron adultos mayores y aquellos que presentaban alguna ECNT como poblaciones vulnerables. 125 personas presentaron alguna ECNT de las cuales el 43.2% (n=54) tiene inadecuada AS. De los 62 participantes mayores o iguales de 60 años de edad el 80.6% (n=50) presentó inadecuada AS. (Tabla 4).

Se utilizó chi cuadrado para encontrar asociación entre las variables socio-demográficas y el grado de AS. Se halló que las variables: edad, grado de instrucción y ocupación tienen asociación estadística significativa respecto al nivel de AS ($p < 0.05$). Esto quiere decir que una inadecuada AS se relaciona con ser adulto mayor, tener bajo grado de instrucción y no contar con un empleo. (Tabla 5).

6. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se encuentra que el 43% de pacientes hospitalizados tienen una baja Alfabetización Sanitaria (AS) lo cual sugiere que presentan dificultades para la interpretación de la información en salud. (24) Este resultado muestra concordancia con los obtenidos por *Vilchez et al* (7), 43%; *Macha et al* (8), 34.4% y *Konfino et al* (1), 30.1% de inadecuada AS; quienes aplicaron el test SAHLSA-50 en hospitales públicos universitarios. Por otro lado, el estudio realizado por *Deriaz et al* arroja sólo un 8% de inadecuada AS. Este fue realizado en una institución privada en la cual el 83.33% de los participantes tenía un grado de instrucción superior. (9)

Se halló, en nuestro estudio, que el nivel de AS se relaciona significativamente con las siguientes variables: edad, grado de instrucción y ocupación.

La variable edad fue separada en joven (18 a 29 años), adulto (30 a 59 años) y adulto mayor (mayor o igual a 60 años). Los adultos mayores son un grupo vulnerable y según el INEI cada vez hay mayor porcentaje de estos en nuestro país; ya se ha descrito anteriormente que ser adulto mayor es un factor relacionado a una baja AS. (25) Así mismo en el presente estudio un 80.6% de adultos mayores presentan una inadecuada AS (Tabla 5). En el estudio HLS-EU, a partir de los 66 años se observa que hay un descenso en el nivel de AS lo cual concuerda con nuestros resultados. (5) *Chesser et al* (26), *Wolf et al* (27) y *Patel et al* (28) afirman que existen cambios por la edad que contribuirían a una baja AS en los adultos mayores, debido a que ellos pueden padecer alteración de la memoria además de déficit cognitivo y físico como pérdida de la visión y audición. *Berkman et al* mencionan que la inadecuada AS se asocia en adultos mayores a un peor estado general de salud y aumento de la tasa de mortalidad. (11)

El grado de instrucción se analizó en primaria, secundaria y superior. Se obtiene que aquellos participantes con menor grado de instrucción presentan en mayor porcentaje (76.32%) una AS inadecuada. (Tabla 6). Resultados similares se encuentran en los estudios realizados por *Vilchez et al* (7), *Macha et al* (8), *Paasche-Orlow et al* (29) y *Konfino et al*. (1) *Ganzer et al* (30) y *Cordasco et al* (31) reportan una relación directa entre el nivel de AS y la educación. *Fernández et al* mencionan que el acceso a la educación en las personas y sus familias tiene una repercusión positiva en las prácticas que ellos realizan y determinan su salud. (32)

Finalmente, la última variable relacionada con el nivel de AS es la ocupación; la cual se separó en sin trabajo y con trabajo. Se consideró a las amas de casa y jubilados como

desempleados debido a que a pesar de realizar una actividad no reciben remuneración y porque actualmente no se encuentran realizando ninguna actividad; respectivamente. Se encontró que el 78.13% de las personas que trabajan tienen una adecuada AS. *Escoda et al* refieren que esto se puede deber a que mantienen más activa su actividad neuronal a través de la necesidad de estar actualizados con respecto a acontecimientos nacionales y mundiales, del conocimiento de información relacionada a sus trabajos y del manejo de datos numéricos para el cálculo de operaciones matemáticas cotidianas. (33)

Con respecto a la presencia o ausencia de enfermedades crónica no transmisibles (ECNT) se agrupó en tres: ninguna ECNT, una ECNT y dos o más ECNT. A pesar que no hubo una asociación significativa, nos interesó evaluar debido a que se tratan de una población vulnerable. Una inadecuada AS juega un rol importante en ellos porque al no tener conocimiento sobre su enfermedad, el manejo y las posibles complicaciones; empeora su calidad de vida y aumenta el costo a nivel del sistema de salud. (33,34) El 43.2% de nuestros enfermos crónicos tenían una inadecuada AS; sin embargo no es significativo porque es un porcentaje similar al de la población general (Tabla 5). En el año 2017 en Argentina, *Ariza et al* realizaron un estudio con pacientes diabéticos aplicando el cuestionario SAHLSA donde se encontró que el 60.3% de los participantes tenía una inadecuada AS además el promedio de HbA1c de estos fue 8.15%; es decir, la AS inadecuada se asoció significativamente con el mal control de glicemia. (6) También se sabe que bajos niveles de AS se asocia a complicaciones y progresión de la enfermedad renal crónica y de mayor probabilidad de trastornos cardiovasculares en diabéticos e hipertensos. (35,36) *Williams et al.* Encontraron que en pacientes con hipertensión arterial el 70-90% de los que cuentan con adecuada AS, conocían los niveles de presión arterial normales y altos. (36)

Para determinar el nivel socio-económico (NSE) se reagrupó en tres: Alto, el cual implica un NSE-A y NSE-B; medio, NSE-C y bajo, NSE-D y NSE-E. Debido a que la mayoría de la población se encuentra en un NSE bajo no es válido el uso del método chi cuadrado porque se obtiene una p no confiable.

Se clasificó el estado civil según el soporte social que supone su condición en dos grupos: sin pareja y con pareja. Ésta última y la variable sexo fueron evaluadas sin encontrarse relación con el grado de AS lo cual concuerda con los estudio realizados por *Konfino et al* (1) y *Paasche-Orlow et al.* (29)

Definitivamente, la inadecuada AS que se encuentra en la población peruana (7,8), corresponde a una barrera entre la comunicación médico-paciente y la cadena cuidado-prevención de la salud. (33) A pesar de que se conoce que los efectos de tener una inadecuada AS son el aumento de las hospitalizaciones, error en la medicación, reducción de medidas preventivas, incremento de la mortalidad, entre otros; *Coleman* (37) reporta que el personal de salud tiene menos conocimiento en los principios de la AS y *Jukkala et al* (38) mencionan la necesidad de crear programas educativos para aprender a identificar y enseñar a los pacientes con inadecuada AS.

7. CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación se concluye que 200 pacientes encuestados que se encontraban hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Marzo del 2018, 43% tiene una inadecuada alfabetización sanitaria. Se encontró que ser adulto mayor, no contar con un empleo y tener menor grado de instrucción se asocia con una inadecuada alfabetización sanitaria.

8. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

En este estudio no existen conflictos de interés por parte de los investigadores.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Konfino J, Mejía R, Majdalani M, Pérez-Stable E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (B. Aires)*. 2009; 69(6): 631-634.
2. Monsalves MJ, Mañalich J, Fuentes E. Validación del test Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults en Chile, para medir alfabetización en salud. *Rev. méd. Chile*. 2016; 144(5): 604-610.
3. World Health Organization. Health literacy The Solid Facts. Denmark: WHO Regional Office for Europe. 2013.
4. Basagoiti I. Alfabetización en salud, de la información a la acción. *ITACA/TSB*. 2014; sección 1 (1.3): 41-65.
5. Sorensen, K., et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015; 25(6): 1053-1058.
6. Ariza A, Lanteri M, Cícero C, Pérez A, Puchulu F, Mejía R. Health literacy and diabetes control in patients attending a university outpatient clinic in Argentina. *Medicina (B Aires)*. 2017;77 (3):167-172.
7. Vílchez C, Quiliano R, Canales R, Chiroque R. Factores demográficos asociados con el conocimiento sobre salud en una muestra de mujeres de la ciudad de Lima (Perú) en 2008: Resultados del cuestionario SAHLSA-50. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60 (3): 223-229.

8. Macha L, Samanamú L, Rodríguez D. Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima-Perú durante Marzo del 2014. Tesis para obtener el grado de bachiller en Medicina Humana. Pendiente Publicación. 2014.
9. Deriaz J, Fernández L, Rodríguez D. Alfabetización sanitaria: Evaluación del conocimiento y comprensión sobre temas de salud mediante un instrumento validado y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa en una clínica privada en Lima-Perú 2017. Tesis para obtener el grado de bachiller en Medicina Humana. Pendiente Publicación. 2017.
10. Bonal R, Marzán D, Castillo M, Rubán M. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN. 2013; 17(1): 126-140.
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2):97-107.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3):259-67.
13. Lee SD, Arozullah AM, Choc YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004; 58:1309-21.
14. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005; 50:633-40.
15. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.* 2008; 10:248-55.

16. Rodríguez SA, Roter DL, Castillo-Salgado C, Hooker GW, Erby LH. Translation and validation of a Spanish-language genetic health literacy screening tool. *Health Psychol* 2015; 34 (2): 120-9.
17. Maat, H. P., Essink-Bot, M. L., Leenaars, K. E., & Fransen, M. P. (2014). A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. *BMC Public Health*, 14(1), 990.
18. Sarmiento P, Gutiérrez M., Méndez M, Piris N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psicología Latina*. 2015, Vol. 6, No. 1, 1-11
19. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML: Applicability of internationally available health literacy measures in The Netherlands. *J Health Commun* 2011, 16(3):134–149.
20. Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van den Broucke S. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*. 2017;17:475.
21. Keene W, Chesser A. Validation of a Single Question Health Literacy Screening Tool for Older Adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2017.
22. Lee S, Bender D, Ruiz R, Cho Y. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res*. 2006 Aug; 41(4 Pt 1):1392-1412.
23. Lee S, Stucky B, Lee J, Rozier R, Bender D. Short Assessment of Health Literacy- Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010 Aug; 45(4):1105-20.
24. Falcon M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *RCyS*. 2012; 2 (2):91-98.
25. Peterson P, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*. 2011; 305(16):1695-1701

26. Chesser A, Keene W, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2016.
27. Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of “low health literacy”: Threshold vs gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science and Medicine*. 2010; 70, 1335-1341.
28. Patel PJ, Joel S, Rovenka G, Pedireddy S, Saad S, Rachmale R, Cardozo L. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient Education and Counseling*. 2011; 85, 505-507.
29. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005; vol 20: p 175-84.
30. Ganzer C, Insel K, Ritter L. Associations between working memory, health literacy and recall of the signs of stroke among older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2012; 44, 236-243.
31. Cordasco K, Homeier D, Franco I, Wang P, Sarkisian C. Health literacy screening of geriatric monolingual Spanish-speaking patients using single-item literacy screening questions and education. *Health Education Journal*. 2012; 71, 597-605.
32. Fernandez A, Ruiz L, Vreecer N. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. *Diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2013; 17.
33. Escoda J, Terrazas F. La Alfabetización de la Salud en el Sistema de Salud Pública en Chile. Seminario para optar a título de Ingeniero Comercial. Pendiente Publicación. 2008.

34. Grady P, Lucio L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015; 37(3).
35. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell M, Serón D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr.)* 2017; 37:115-7.
36. Williams M, Maker D, Parker R, Nurss J. Relationship of functional health literacy to patients Knowledge of their chronic disease. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 166-172
37. Coleman, C. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook*. 2011; 59(2), 70–78.
38. Jukkala, A., Deupree, J. P., & Graham, S. Knowledge of limited health literacy at an academic health center. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2009; 40(7), 298-302-304, 336.

10. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Características socio-demográficas N°1.

	Variable	n	Porcentaje
Sexo	Femenino	134	67%
	Masculino	66	33%
Edad	18-29 años	22	11%
	30-59 años	116	58%
	Mayor igual a 60 años	62	31%
Estado	Soltero(a)	64	32%
Civil	Separado(a)	24	12%

	Viudo(a)	26	13%
	Casado(a)	40	20%
	Conviviente(a)	46	23%
Grado de Instrucción	Primaria incompleta	40	20%
	Primaria completa	36	18%
	Secundaria incompleta	34	17%
	Secundaria completa	50	25%
	Superior incompleto	18	9%
	Superior completo	22	11%
Ocupación	Desempleado	40	20%
	Jubilado	0	0
	Estudiante	6	3%
	Ama de casa	90	45%
	Independiente	34	17%
	Dependiente	30	15%
Nivel Socioeconómico	NSE-A	0	0
	NSE-B	2	1%
	NSE-C	2	1%
	NSE-D	14	7%
	NSE-E	182	91%

Tabla 2. Características socio-demográficas N°2.

Enfermedad crónica no transmisible	n	Porcentaje
Diabetes Mellitus	46	23%
Hipertensión Arterial	70	35%
Dislipidemia	36	18%
Enfermedad Renal Crónica Terminal	25	12.50%
Otra	48	24%
Ninguna	75	37.5%

Gráfico 1. Nivel de Alfabetización Sanitaria.

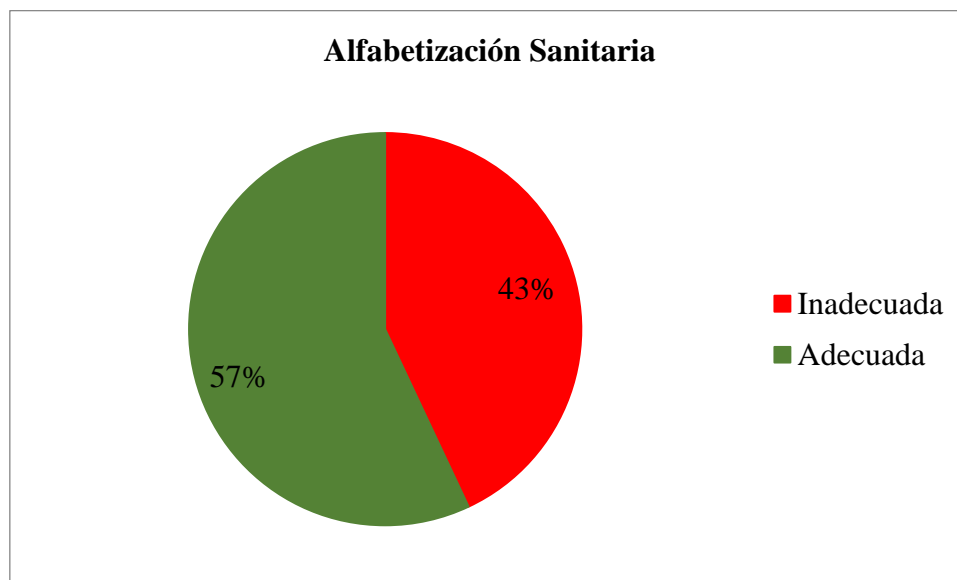


Gráfico 2. Resultados del test SAHLSA-50.

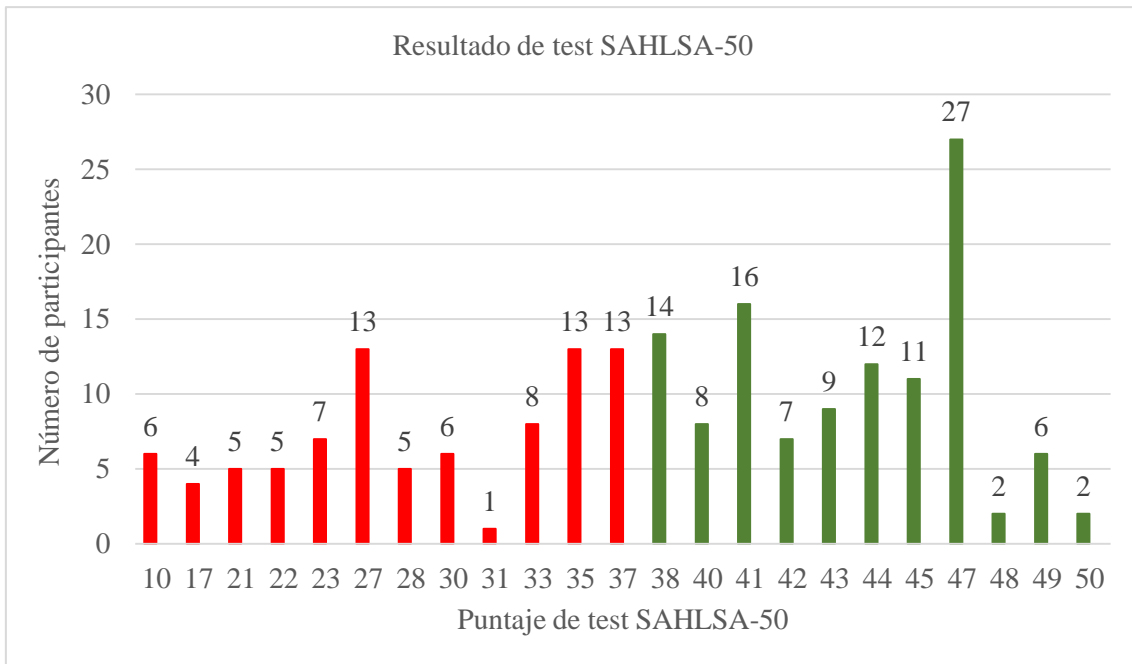


Tabla 3. Resultados del test SAHLSA-50.

Puntaje del test SAHLSA-50	n	Porcentaje
10	6	3%
17	4	2%
21	5	2.50%
22	5	2.50%
23	7	3.50%
27	13	6.50%
28	5	2.50%
30	6	3%
31	1	0.50%

33	8	4%
35	13	6.50%
37	13	6.50%
38	14	7%
40	8	4%
41	16	8%
42	7	3.50%
43	9	4.50%
44	12	6%
45	11	5.50%
47	27	13.50%
48	2	1%
49	6	3%
50	2	1%
Total	200	100%

Tabla 4. Nivel de Alfabetización Sanitaria en poblaciones vulnerables.

	Adecuada	Inadecuada	
	Alfabetización	Alfabetización	
Población	Sanitaria	Sanitaria	
vulnerable	n (%)	n (%)	Total
Mayores de 60			
años	12 (19.4%)	50 (80.6%)	62

Presentan

ECNT	71 (56.8%)	54 (43.2%)	125
-------------	------------	------------	-----

Tabla 5. Relación entre las variables socio-demográficas y el grado de Alfabetización Sanitaria.

Variable		Adecuada	Inadecuada	Total	P
		Alfabetización Sanitaria	Alfabetización Sanitaria		
		n (%)	n (%)		
Sexo	Femenino	76 (56.72%)	58 (43.28%)	134	0.45
	Masculino	38 (57.58%)	28 (42.42%)	66	
Edad	Joven	14 (63.64%)	8 (36.36%)	22	< 0.00
	Adulto	88 (75.86%)	28 (24.14%)	116	
	Adulto mayor	12 (19.35%)	50 (80.65%)	62	
Estado civil	Con pareja	52 (60.47%)	34 (39.53%)	86	0.19
	Sin pareja	62 (54.39%)	52 (45.61%)	114	
	Primaria	18	58	76	

Grado de		(23.68%)	(76.32%)		
instrucción	Secundaria	56	28	84	
		(66.67%)	(33.33%)		
	Superior	40	0	40	
		(100%)			
Ocupación	Con trabajo	50	14	64	< 0.00
		(78.13%)	(21.88%)		
	Sin trabajo	64	72	136	
		(47.06%)	(52.94%)		
Nivel socio	NSE-Bajo	112	84	196	0.12
económico		(57.14%)	(42.86%)		
	NSE-Medio	0	2	2	
			(100%)		
	NSE-Alto	2	0	2	
		(100%)			
N° de	Ninguna	43	32	75	0.76
enfermedades		(57.33%)	(42.67%)		
crónicas no	1	27	24	51	
transmisibles		(52.94%)	(47.06%)		
	2 o más	44	30	74	
		(59.46%)	(40.54%)		

11. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de características socio-demográficas

Edad:	_____ años
Sexo:	Hombre () Mujer ()
Estado civil:	Soltero () Separado () Viudo () Casado () Conviviente ()
Grado de Instrucción:	Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior incompleto () Superior completo ()
Ocupación:	Desempleado () Jubilado () Estudiante () Ama de casa () Independiente () Dependiente ()
Ingreso promedio familiar mensual	Más de s/.8233 () Entre s/.4526 y s/.8232 () Entre s/.2698 y s/.4525 () Entre s/.1953 y s/.2697 () Menos de s/.1952 ()
Enfermedad crónica no transmisible	Diabetes () Hipertensión arterial () Dislipidemia () ERC () Otros ()

Anexo 2. Test SAHLSA-50 validado

Término médico	Respuesta o distractor		
1. próstata	__glándula	__circulación	__no se
2. empleo	__trabajo	__educación	__no se
3. menstruación	__mensual	__diario	__no se
4. resfrío	__sano	__enfermo	__no se
5. avisar	__medir	__comunicar	__no se
6. comidas	__alimento	__paseo	__no se
7. alcoholismo	__adicción	__recreo	__no se
8. grasa	__naranja	__mantequilla	__no se
9. asma	__respirar	__piel	__no se
10. cafeína	__energía	__agua	__no se
11. osteoporosis	__hueso	__músculo	__no se
12. depresión	__apetito	__sentimientos	__no se
13. estreñimiento	__tapado	__suelto	__no se
14. embarazo	__parto	__niñez	__no se
15. incesto	__familia	__vecinos	__no se
16. pastilla	__tableta	__galleta	__no se
17. testículo	__óvulo	__esperma	__no se
18. rectal	__ducha	__water	__no se

19. ojo	__oír	__ver	__no se
20. irritado	__rígido	__adolorido	__no se
21. anormal	__diferente	__similar	__no se
22. estrés	__preocupación	__feliz	__no se
23. aborto	__pérdida	__matrimonio	__no se
24. ictericia	__amarillo	__blanco	__no se
25. papanicolaou	__prueba	__vacuna	__no se
26. impétigo	__pelo	__piel	__no se
27. indicación	__instrucción	__decisión	__no se
28. golpe	__herida	__sano	__no se
29. menopausia	__señoras	__niñas	__no se
30. apéndice	__rascar	__dolor	__no se
31. comportamiento	__pensamiento	__conducta	__no se
32. dieta	__saludable	__gaseosa	__no se
33. diabetes	__azúcar	__sal	__no se
34. sífilis	__píldora	__condón	__no se
35. inflamación	__hinchazón	__sudor	__no se
36. hemorroides	__venas	__corazón	__no se
37. herpes	__aire	__sexo	__no se
38. alergia	__resistencia	__reacción	__no se
39. riñón	__orina	__fiebre	__no se
40. calorías	__alimentos	__vitaminas	__no se
41. medicamento	__instrumento	__tratamiento	__no se
42. anemia	__sangre	__nervio	__no se
43. intestinos	__digestión	__sudor	__no se
44. potasio	__mineral	__proteína	__no se
45. colitis	__intestino	__vejiga	__no se
46. obesidad	__peso	__altura	__no se
47. hepatitis	__pulmón	__hígado	__no se
48. vesícula biliar	__arteria	__órgano	__no se
49. convulsiones	__movimiento	__tranquilo	__no se
50. artritis	__estómago	__articulación	__no se