



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

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

**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**

HEALTH LITERACY: EVALUATION OF KNOWLEDGE AND UNDERSTANDING ON
HEALTH TOPICS THROUGH A VALIDATED INSTRUMENT AND RELATED
FACTORS IN OUTPATIENTS AT A PRIVATE CLINIC IN LIMA PERU 2017

PRESENTADO POR:
DERIAZ ALVAREZ, JOËLLE DANIELA
FERNÁNDEZ CASTRO, LEONOR GRACIELA

ASESORA:
DRA. DIANA CARMELA RODRIGUEZ HURTADO

2017

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
SUMMARY / ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
MATERIALES Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	13
LIMITACIONES	17
RECOMENDACIONES	17
CONCLUSIONES	18
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	23

RESUMEN

Introducción: La Alfabetización Sanitaria es definida como “*la capacidad que tienen los individuos de obtener, procesar y entender información básica en salud y servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas*”. Se han desarrollado diferentes herramientas validadas con este fin. Las más utilizadas son: REALM, HLS-EU, TOFHLA, STOFHLA, SAHLSA. Estos cuestionarios plantean preguntas en salud, buscando determinar ¿Qué tanto saben nuestros pacientes sobre salud y realmente cuánto comprenden? Hace 3 años se validó el cuestionario SAHLSA-50 en nuestro país y fue aplicado en un hospital nacional. La finalidad de este estudio es determinar el nivel de Alfabetización Sanitaria en una institución privada e identificar los factores relacionados. **Objetivo:** Determinar el nivel de Alfabetización Sanitaria y los factores relacionados, en pacientes que acuden a consultorio externo de las diversas especialidades en una clínica privada de Lima-Perú. **Metodología:** Se consideró una muestra por conveniencia de 300 pacientes, el muestreo fue no probabilístico por reclutamiento consecutivo, los participantes completaron un cuestionario compuesto por preguntas socio-demográficas y el test SAHLSA-50. Se determinó el nivel de Alfabetización Sanitaria, se calcularon las frecuencias de las variables socio-demográficas y se buscó relación entre el nivel de Alfabetización Sanitaria y dichas variables usando el método de Chi-cuadrado. **Resultados:** se encontró un 8% de inadecuada Alfabetización Sanitaria y una relación entre la buena Alfabetización Sanitaria y el adecuado grado de instrucción. **Conclusiones:** Se encontró que de los 300 pacientes evaluados, el 8% presentaba una mala Alfabetización Sanitaria. Se encontró una relación entre la buena Alfabetización Sanitaria y el adecuado grado de instrucción

Palabras clave: SAHLSA-50, ALFABETIZACIÓN SANITARIA, FACTORES RELACIONADOS, CLÍNICA PRIVADA, LIMA, PERÚ.

SUMMARY / ABSTRACT

Health Literacy: evaluation of knowledge and understanding on health topics through a validated instrument and related factors in outpatients at a private clinic in Lima Perú 2017

Introduction: Health Literacy is defined as "the ability of individuals to obtain, process and understand basic health information and services necessary to make appropriate health decisions." Different validated tools have been developed for this purpose. The most commonly used are: REALM, HLS-EU, TOFHLA, STOFHLA, SAHLSA. These questionnaires raise questions in health, seeking to determine how much our patients know about health and really how much do they understand. Three years ago the SAHLSA-50 questionnaire was validated in our country and it was applied in a national hospital. The purpose of this study is to determine the level of Health Literacy in a private institution and to identify related factors. **Objective:** To determine the level of Health Literacy and related factors, in outpatients of various medical specialties at a private clinic in Lima-Peru. **Methods:** A convenience sample of 300 patients was considered, the sampling was non-probabilistic by consecutive recruitment, the participants completed a questionnaire composed of socio-demographic questions and the SAHLSA-50 test. The level of Health Literacy was determined, the frequencies of the socio-demographic variables were calculated and a relationship was sought between the level of Health Literacy and these variables using the Chi-square method. **Results:** 8% of inadequate Health Literacy was found and the relationship between good health literacy and the appropriate level of education. **Conclusions:** It was found that of the 300 patients evaluated, 8% had poor Health Literacy. A relationship was found between good Health Literacy and the appropriate level of education.

Key words: SAHLSA-50, SANITARY LITERACY, RELATED FACTORS, PRIVATE CLINIC, LIMA, PERU.

INTRODUCCIÓN

La Alfabetización Sanitaria es definida como “*el grado en el que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender información básica en salud y servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas*” (1). El Proyecto “*European Health Literacy Survey*” (HLS-EU), como resultado de una revisión bibliográfica que considera 17 definiciones, le da el concepto de: “*las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta*” (Sorensen et al., 2012) (2).

Las habilidades obtenidas por los pacientes a través de la Alfabetización Sanitaria pueden ser usadas para entender mejor la información en salud que el personal médico ofrece, sea en cuanto a la causa y diagnóstico de cierta enfermedad, la necesidad del tratamiento, la forma de administrar el mismo y la importancia de la adherencia. Incluso sobre la prevención de la enfermedad.

Existen antecedentes de múltiples estudios hechos en Europa, Australia y Asia. El proyecto HLS-EU fue el primer estudio en proporcionar datos demográficos sobre Alfabetización Sanitaria a nivel de la Unión Europea y permite comparar los niveles de alfabetización en salud entre los estados miembros. Los resultados indicaron que más del 10% de la población total encuestada tenía un nivel inadecuado de alfabetización en salud (3).

En cuanto a Latinoamérica, Chile ya ha realizado algunos estudios de Alfabetización Sanitaria, uno de éstos realizado por *Monsalves et al.* en el año 2016, tuvo como objetivo, determinar los indicadores de validez y confiabilidad del Test SAHLSA-50 (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults – 50*) para la población de adultos chilenos. Llegaron a la

conclusión que este test es una herramienta útil para evaluar la alfabetización en salud en la población adulta en Chile y que utilizarla e incorporarla a la investigación local se recomienda en las áreas de educación y promoción de la salud (4). Otro estudio, realizado también en Chile, en el año 2012 por *Saavedra-Dahm et al.*, que evaluó el nivel de Alfabetización Sanitaria utilizando la versión abreviada de la prueba SAHLSA (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults*), obtuvo como resultado que el nivel más bajo de alfabetismo en salud se detectó en pescadores artesanales y sus familias y en estudiantes de liceos públicos, y el más alto en estudiantes universitarios y madres pobladoras atendidas en el sistema público de salud. Debido a estos resultados, se ve la necesidad de que los procedimientos de consentimiento informado tomen en cuenta la heterogeneidad del alfabetismo en salud de la población chilena (5).

La Alfabetización Sanitaria puede ser impartida en diferentes niveles y a través de diferentes medios: iniciando con la educación en el hogar, la educación en salud durante la escolaridad, los medios audiovisuales, las campañas públicas de screening y durante la consulta ambulatoria, en la cual se desea, idealmente, que el profesional dedique un momento a la educación en salud (6).

La necesidad de una buena Alfabetización Sanitaria va de la mano de un conocimiento mínimo, necesario, que permita al paciente encontrar la información pertinente, comunicar sus necesidades, entender la información brindada por el profesional de salud y ser capaz de tomar decisiones que satisfagan sus necesidades. Los adultos con baja Alfabetización Sanitaria están menos empoderados a tomar cuidado de su propia salud, tienen resultados menos satisfactorios en cuanto a la mejora en salud y mayores costos sanitarios (7). Así, la Alfabetización Sanitaria adecuada nos permitiría promover la importancia de la prevención en salud, recalcando la necesidad de los controles médicos regulares para el diagnóstico

temprano de ciertas enfermedades y el entendimiento de la necesidad de una mayor adherencia al tratamiento médico.

Teniendo claro el concepto de la Alfabetización Sanitaria y su importancia, nace la duda sobre el estado de nuestra población: ¿Qué tanto saben nuestros pacientes sobre salud y qué tanto comprenden de la información que el personal de salud le brinda?

Se han desarrollado diferentes herramientas validadas con este fin. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) es la prueba más comúnmente usada en la investigación de Alfabetización Sanitaria, actualmente tiene varias versiones, todas son pruebas de reconocimiento de palabras y tarda aproximadamente 3 minutos en administrar y puntuar el instrumento de 66 ítems (8). *Fransen et al.* adaptaron el REALM traduciendo las 66 palabras inglesas al holandés (REALM-D). A pesar que este último demostró ser una herramienta factible y confiable, su debilidad era la falta de diferenciación entre los niveles de educación intermedia y superior. (9). Otras herramientas son: la “*European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU)*” (10), TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*), STOFHLA (que consiste en una versión corta del test previo), el “*Chinese Citizen Health Literacy Questionnaire*” (edición 2012), el SIS (*Single Item Screening*) (11) y el WRAT-R (*Wide Range Achievement Test-Revised*). Estos cuestionarios plantean preguntas en salud, determinando qué tanto sabe el paciente sobre la ciencia misma del cuerpo humano, el proceso salud-enfermedad y el tratamiento. Se dan scores, según los cuales, se considera “adecuado” o “inadecuado”. Algunos otros cuestionarios, como el TOFHLA, incluyen preguntas abiertas.

En el año 2006. *Lee et al.* desarrollaron y validaron un instrumento para comparar la Alfabetización Sanitaria de poblaciones hispano hablantes versus poblaciones de habla

inglesa. Este instrumento fue denominado *Short Assessment of Health Literacy - Spanish and English* (SAHL-S&E), el cual combina una prueba de reconocimiento de palabras (tal como en REALM) y una prueba de comprensión utilizando preguntas de opción múltiple diseñadas por un panel de expertos. Para la validación del instrumento, participaron 201 sujetos hispano hablantes y 202 de habla inglesa, reclutados del Centro de Atención Ambulatoria de la Universidad de Carolina del Norte. La versión en español del test (SAHL-S), estaba altamente correlacionada con otros instrumentos de medición de Alfabetización Sanitaria como, SAHLSA ($r = 0.88$, $p < 0.05$) y TOFHLA ($r = 0.62$, $p < 0.05$), mientras que la versión en inglés (SAHL-E) estaba correlacionado con REALM ($r = 0.94$, $p < 0.05$) y English TOFHLA ($r = 0.68$, $p < 0.05$) (12).

El test *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults – 50* (SAHLSA-50) se trata de un cuestionario de 50 preguntas, donde se coloca una palabra clave por fila (término médico) y dos posibles respuestas (correcta y distractor), además de la opción “no sé”. El paciente debe elegir aquella palabra que mejor se correlacione con la inicial. Toma entre 6 y 10 minutos completarlo. El puntaje máximo es 50. Un puntaje menor o igual a 37 significa que el paciente presenta una mala Alfabetización Sanitaria (13).

En nuestro país se llevó a cabo la validación cultural de dicho test hace 3 años, el cual tiene una buena consistencia interna (alfa Cronbach= 0.92) y la fiabilidad test-retest (r de Pearson=0.86). Fue realizado en un hospital nacional y como resultado se obtuvo un 34.4% de inadecuada Alfabetización Sanitaria y se determinó que las variables como: adulto mayor, menor grado de instrucción, tener cobertura de SIS y no acudir a un establecimiento de salud en el último año tienen asociación significativa respecto a un inadecuado nivel de Alfabetización Sanitaria (14).

El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de Alfabetización Sanitaria y los factores relacionados en una clínica privada de Lima-Perú, usando el test SAHLSA-50. Con la obtención de dicha información, será posible plantear a futuro ideas de mejora en cuanto a la forma y facilidad de accesibilidad de información a los pacientes, facilitando la comprensión de la misma y de esta manera lograr un mejor uso de ella.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se trata de un estudio descriptivo cuya población está compuesta por pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que acuden a consultorio externo de las diversas especialidades en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Se consideró una muestra por conveniencia de 300 pacientes, el muestreo fue no probabilístico por reclutamiento consecutivo. El enrolamiento de los pacientes se llevó a cabo en la sala de espera de los consultorios de las diferentes especialidades de dicha clínica.

Previa explicación del estudio, entrega de la hoja informativa acerca del mismo y aceptación para participar, se procedió a entregar una *tablet* con el cuestionario para ser auto aplicado. Ante cualquier duda sobre cómo realizar el llenado de la encuesta o sobre las instrucciones de la misma, las investigadoras se encontraron cerca de los participantes para resolver cualquier interrogante.

El cuestionario está compuesto por dos partes. La primera consta de preguntas socio-demográficas: sexo, edad, distrito de procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, ingreso familiar mensual, especialidad médica a la que acude y la presencia o ausencia de alguna enfermedad crónica no transmisible. La segunda parte es el test SAHLSA-50 validado. Se trata de un test compuesto por 50 palabras clave (término médico), por cada una de ellas se dan dos posibles respuestas (correcta y distractor), además de la opción “no sé”. El paciente debe elegir aquella opción que según su criterio, tenga mayor relación con la palabra

clave. Toma entre 6 y 10 minutos completarlo. El puntaje máximo es 50, se otorga “1” punto por respuesta correcta y “0” puntos por respuesta incorrecta u opción “no sé”. El punto de corte para determinar si el paciente presenta una buena o mala Alfabetización Sanitaria es 37, es decir, un puntaje menor o igual a 37 nos traduce una mala Alfabetización Sanitaria (13).

Para el análisis de los resultados se agruparon los datos socio-demográficos según frecuencias. Para determinar el nivel socio-económico (NSE) se utilizó el ingreso familiar mensual de la siguiente manera: NSE-A (Alto): desde s/.8233 a más, NSE-B (Medio Alto): entre s/.4526 y s/.8232, NSE-C (Medio): entre s/.2698 y s/.4525, NSE-D (Medio Bajo): entre s/.1953 y s/.2697 y finalmente NSE-E (Bajo): hasta s/.1952 (15).

A partir de los resultados del test SAHLSA-50, se determinó el nivel de Alfabetización Sanitaria. Según el puntaje obtenido en el mismo se clasificaron los resultados como Buena (mayor a 37 puntos) o Mala (menor o igual a 37 puntos) Alfabetización Sanitaria (13).

Finalmente, se buscaron relaciones entre el nivel de Alfabetización Sanitaria y las siguientes variables: sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, especialidad a la que acude, enfermedad crónica no transmisible y nivel socio-económico, mediante el método de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación se aplicó una encuesta (conformada por dos partes: preguntas de aspecto socio-demográfico y el test SAHLISA-50 modificado) en 300 pacientes que acudieron a consulta externa de las diversas especialidades de la clínica Centenario Peruano Japonesa. Iniciamos con las variables sociodemográficas (Tabla 1).

El 62.33% fueron mujeres y 37.67% varones. Del total de pacientes el 17.33% tenía entre 18 y 25 años, el 31.67% entre 26 y 35 años (rango de edad con mayor frecuencia), el 16.67% entre 36 y 45 años, el 15.00% entre 46 y 55 años, el 13.00% entre 56 y 65 años, finalmente un 6.33% mayores de 65 años. No se encontró muchos pacientes de este grupo etáreo en la consulta externa y una parte de ellos prefirieron no participar en el estudio.

Con respecto al grado de instrucción tenemos los siguientes hallazgos: el 1.00% de los participantes tiene primaria incompleta, el 1.33% primaria completa, el 2.67% secundaria incompleta, el 11.67% secundaria completa, el 23.33% educación superior incompleta y finalmente, el 60.00% educación superior completa, siendo esta la característica más frecuente de la población.

En cuanto al estado civil de los participantes, el 41.33% de ellos eran solteros (mayor frecuencia), el 32.67% casados, el 16.00% convivientes, el 7.00% divorciados y finalmente el 3.00% viudos.

En relación a la ocupación de los participantes, el 44.00% eran trabajadores dependientes (característica más frecuente de la población), el 27.67% trabajadores independientes, el 13.00% eran estudiantes, el 5.00% jubilados y finalmente el 4.00% desempleados.

Los rangos de ingreso familiar mensual con mayor frecuencia en esta población fueron: entre s/.4526 y s/.8232 (NSE-B – Medio Alto) con un 28% y entre s/.2698 y s/.4526 (NSE-C - Medio) con un 25%. El 19.33% de la población presenta un ingreso familiar mensual entre

s/.1953 y s/.2697 (NSE-D – Medio Bajo), el 15.67% hasta s/.1952 (NSE-E – Bajo) y finalmente el 12.00% de s./8233 a más (NSE-A – Alto).

En cuanto al lugar de procedencia (Tabla 2), observamos que los pacientes venían de hasta 30 distritos distintos. La mayor frecuencia se encontró en los distritos de Pueblo Libre (10.67%) y Jesús María (10%), los más próximos a la clínica, seguidos de: Cercado de Lima con 8.00%, San Miguel y Magdalena del Mar con 6.33%, Breña con 6.00%, entre otros. También se encontró que 13 pacientes (4.33%) eran provenientes de provincias como Chacabuco, Chiclayo, Cajamarca, Cusco, Piura entre otras.

Se entrevistaron pacientes de consulta externa de 18 especialidades médicas distintas (Tabla 3). Las especialidades de mayor frecuencia fueron: Ginecología (12.33%), Medicina Interna (12.00%), Medicina General (11.33%), Cardiología (10.00%), Otorrinolaringología (9.33%) y Traumatología (8.67%).

El 76.33% de los pacientes no presentaba alguna Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT). El 9.00% de los participantes presentaban Hipertensión Arterial, el 4.33% Diabetes Mellitus y el 9.67% alguna otra ECNT (Tabla 4).

En cuanto al test SAHLSA-50 validado para Perú por *Macha et al.* en el año 2014 (14).

En la población estudiada, el 2% obtuvo el puntaje máximo. El resultado más frecuente fue de 46 respuestas correctas (14.00% de los participantes), seguido por los puntajes de 48 (12.67%), 45 (12.33%) y 47 (10.33%) (Tabla 5).

Se encontró que el 92% de nuestros pacientes presenta una buena Alfabetización Sanitaria y un 8% una mala Alfabetización Sanitaria (Gráfico 2).

De la población estudiada se consideraron dos grupos como población vulnerable, aquellos que presentaban alguna ECNT y los mayores de 65 años. 71 personas presentaron alguna ECNT (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, otras), de este grupo de personas, el 7.04% tiene mala Alfabetización Sanitaria. De la población de adultos mayores (19 personas) el 15.79% presentó mala Alfabetización Sanitaria (Tabla 6).

Al relacionar distintas variables socio-demográficas con la buena o mala Alfabetización Sanitaria mediante la prueba de Chi-cuadrado, se encontró únicamente una relación estadísticamente significativa entre el mayor grado de instrucción y una buena Alfabetización Sanitaria con un $p < 0.0001$ (Tabla 7).

DISCUSIÓN

El pensamiento bajo el cual se ha elaborado la Alfabetización Sanitaria es que tanto la salud como la alfabetización son elementos básicos para la vida. El nivel de alfabetización de una población afecta, directamente, a la capacidad de controlar la salud como individuos, familia o comunidad.

En el presente estudio, se encontró que sólo el 8% presentaba una inadecuada Alfabetización Sanitaria. Este resultado muestra una mejor Alfabetización Sanitaria en nuestra población que en los pacientes de instituciones públicas del mismo país y del mundo. Tenemos como antecedente dos estudios realizados en Perú, ambos en instituciones de salud públicas, utilizando la misma herramienta, el test SAHLSA-50. El estudio de *Macha et al.* realizado en el año 2014 con la participación de pacientes de la consulta ambulatoria encontró un 34.4% de inadecuada Alfabetización Sanitaria (14), mientras que el estudio de *Vilchez et al.*, aplicado en pacientes mujeres de la consulta ginecológica encontró en el 2008 que el 43% tenía una inadecuada Alfabetización Sanitaria (16).

En cuanto a Latinoamérica, tenemos el estudio de *Konfino et al.* realizado en un hospital universitario de Buenos Aires, utilizando el test SAHLSA y publicado el 2009, encontrando hasta un 30.1% de inadecuada Alfabetización Sanitaria (17). El estudio de *Ariza et al.* fue desarrollado en el mismo hospital y evaluó pacientes diabéticos con la misma herramienta, el test SAHLSA, obteniendo un 60.3% de inadecuada Alfabetización Sanitaria (18). Finalmente, tenemos el trabajo de *Apolinario et al.* en el que se validó una traducción al portugués del SAHLSA (SAHLPA) y se aplicó en 226 adultos mayores de 60 años, pacientes de la consulta ambulatoria de dos clínicas geriátricas en Sao Paulo. Este estudio arrojó un 66% de inadecuada Alfabetización Sanitaria (19).

En cuanto a la escala internacional, tenemos el estudio de *Wu et al.* (2017), quienes realizaron un estudio comunitario en Shanghai, China. Se aplicó una prueba desarrollada por el Ministerio de Salud chino, “*Basic Knowledge and Skills of People’s Health Literacy*”, conformado por 50 preguntas y se obtuvo un 84.5% de inadecuada Alfabetización Sanitaria (20). Finalmente, la revisión sistemática de Alfabetización Sanitaria realizada en Estados Unidos, por *Paasche-Orlow et al.* (2005), donde evaluaron 85 estudios (desde el año 1963 al 2004), en total 31129 pacientes, utilizando las pruebas de REALM y TOFHLA. Como resultado se obtuvo un 26% de mala Alfabetización Sanitaria (21). El estudio de *Song et al.* (2017), realizado en Corea del Sur, utilizando una versión validada del REALM, evaluó a 305 pacientes en relación a su nivel de Alfabetización Sanitaria, su calidad de vida, uso de medicamentos y estado de salud. Entre otros resultados, también demostraron una relación entre la mala Alfabetización Sanitaria y el bajo grado de instrucción ($p < 0.001$) (22).

Jordan, J. E et al. encontraron 7 habilidades clave para acceder a la información en salud: saber cuándo buscar información de salud, saber dónde buscar información de salud, habilidades de comunicación verbal, asertividad, alfabetización, capacidad para procesar y

retener información y habilidades de aplicación. Se llegó a la conclusión que dichas habilidades no se ven reflejadas en las medidas existentes para la alfabetización en salud (23).

Esto coloca a nuestra población con un nivel de Alfabetización Sanitaria, por encima de los promedios en instituciones de salud tanto nacionales como internacionales. Al tratarse de una clínica privada, nos encontramos frente a un grupo con mayor nivel socio-económico, un mayor grado de instrucción, mayor contacto con los servicios de salud y mayor acceso a la información en salud tanto escrita, como virtual.

Se evaluó el nivel de Alfabetización Sanitaria en relación a las distintas variables sociodemográficas de los participantes, encontrándose únicamente una relación significativa de la buena Alfabetización Sanitaria con un mayor grado de instrucción ($p < 0.001$).

En la bibliografía revisada, se encontró que el resultado predominante fue la mala Alfabetización Sanitaria relacionada al bajo grado de instrucción (*Macha et al* ($p < 0.001$) (14), *Vilchez et al* ($p < 0.001$) (16), *Konfino et al* ($p < 0.001$) (17), *Wu et al.* ($p < 0.001$) (20), *Paasche-Orlow et al.* ($p = 0.02$) (21), *Song et al.* ($p < 0.001$) (22)).

El 93% de nuestros enfermos crónicos tenían una buena Alfabetización Sanitaria. Contrariamente, el estudio realizado por *Parker, R. M. et al.* en el año 2003, menciona que según la NALS (*National Adult Literacy Survey*) , el 75% de los estadounidenses que padecen de una enfermedad crónica tiene una alfabetización limitada, relacionando la mala alfabetización con el pobre manejo de su enfermedad. Asimismo, casi la mitad de dicha población no entendía los servicios de salud que requerían y la mayoría no sabía quién proveía dichos servicios. (24). Asimismo, en el estudio de *Schillinger et al.* realizado en 408

pacientes diabéticos estadounidenses, utilizando el test STOFHLA, encontró un 38% de mala Alfabetización Sanitaria (25).

Resulta de suma importancia mejorar el nivel de Alfabetización Sanitaria en esta población, pues se considera un grupo vulnerable. El conocimiento sobre la enfermedad, el manejo y las posibles complicaciones no es el adecuado, aumentando el riesgo de complicaciones agudas o crónicas en estos pacientes, empeorando su calidad de vida, y aumentando el costo a nivel del sistema de salud.

Igualmente, nos interesó evaluar de manera individual al grupo de adultos mayores, por considerarse otra población vulnerable, debido a su pluripatología y polifarmacia, por lo cual resulta vital el buen entendimiento de su salud-enfermedad y comunicación con el médico tratante. Resultó relevante el encontrar sólo un 6% de adultos mayores. Atribuimos este resultado a que se encontró un pequeño número de pacientes adultos mayores en la consulta externa y los mismos fueron más proclives a rechazar participar en el estudio que la población joven, ya sea por la longitud del test, por la dificultad para leer o escribir por motivos de mala visión o por la barrera del idioma. La Clínica Centenario Peruano Japonesa, cuenta con un grupo importante de pacientes adultos mayores que son de nacionalidad japonesa, por lo cual no hablan de manera fluida el español. Otra diferencia fue que se consideró al adulto mayor a partir de los 65 años, manteniendo el punto de corte internacional en edad. Contrariamente, los estudios peruanos utilizaron los 60 años según las directivas del Ministerio de Salud, aumentando el número de pacientes en este grupo.

El hallazgo en este grupo de participantes fue positivo, encontrando que el 84.21% de ellos tenía una buena Alfabetización Sanitaria. Contrariamente, el estudio de *Berens et al.* (2016) llevado a cabo en Alemania utilizando el cuestionario HLS-EU-Q-47, encontró un 63.3% de

mala Alfabetización Sanitaria en sus adultos mayores (26). *Apolinario et al.* (2012) utilizaron el SAHLPA (versión validada en portugués del SAHLSA), y encontraron un 66% de mala Alfabetización Sanitaria en este grupo (19).

Por otro lado, el estudio de *Keene et al.* (2017), desarrollado en un total de 64 pacientes enrolados en distintos hogares de retiro en el estado de Texas y evaluados mediante el test STOFHLA y SIS, obtuvo un 94% de adecuada Alfabetización Sanitaria (11), resultado más acorde al de nuestra población, probablemente porque se trata de instituciones privadas, a los que acceden pacientes con mayor nivel socioeconómico, y por ende, mayor acceso a la educación superior y las distintas fuentes de información.

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones del estudio se presentó con la barrera del idioma. Se perdió un grupo de pacientes, adultos mayores en su mayoría, debido a que no tenían conocimiento del idioma español de manera fluida.

Otra limitación, inherente a la herramienta utilizada, es que el SAHLSA-50 sólo evalúa la Alfabetización Sanitaria en pacientes alfabetos. El Perú tiene aún un grupo importante de población analfabeta, quienes constituyen un grupo vulnerable debido a su baja Alfabetización Sanitaria. Al excluir este grupo de pacientes, el resultado obtenido no refleja realmente la situación del país.

RECOMENDACIONES

Deberían reforzarse los programas de capacitación al usuario, donde se les explique de manera pausada y con lenguaje sencillo, temas relacionados a la salud, usando métodos audio-visuales y técnica educativa de *teach-back* (en la cual el paciente verbalice la

explicación recibida, señalando ejemplos; donde el educador podrá corregir si el conocimiento no ha sido bien aprehendido).

CONCLUSIONES

Se encontró que de los 300 pacientes evaluados, sólo un 8% presentaba una mala Alfabetización Sanitaria.

Se encontró una relación entre la buena Alfabetización Sanitaria y el adecuado grado de instrucción.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

En este estudio los autores no presentan conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Center of Disease Control. What is Health Literacy? Dicimebre 2016.
2. Sarmiento, P. B., Gutiérrez, M. F., Méndez, M. P., & Piris, N. P. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud.
3. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
4. Monsalves María José, Mañalich Jaime, Fuentes Eduardo. Validación del test Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults en Chile, para medir alfabetización en salud. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Mayo [citado 2017 Jun 20] ; 144(5): 604-610. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500008>.
5. Saavedra-Dahm, Oscar, Solar, Paula, Díaz, Hernán, Mandel, Astrid, Casado, María, Orihuela, Pedro, Rivera, María, Velásquez, Luis, & Cardenas, Hugo. (2012). La Heterogeneidad del Alfabetismo en Salud y el Consentimiento Informado en Chile. *Terapia psicológica*, 30(3), 127-131. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300012>
6. Eubanks RD, Nodora JN, Hsu CH, Bagley M, Bouton ME, Martinez ME, Komenaka IK. The Feasibility and Time Required for Routine Health Literacy Assessment in Surgical Practice and Effect on Patient Satisfaction. *Am Surg*. 2017 May 1;83(5):458-464. PubMed PMID: 28541854.
7. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, Truong TQ, Nguyen KT, Oo WM, Mohamad E, Su TT, Huang HL, Sørensen K, Pelikan JM, Van den Broucke S, Chang PW. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47

- survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol.* 2017 Feb;27(2):80-86. doi: 10.1016/j.je.2016.09.005. Epub 2016 Dec 26. PubMed PMID: 28142016; PubMed Central PMCID: PMC5328731.
8. 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.
 9. 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.
 10. 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. doi:10.1186/s12889-017-4391-8.
 11. Keene Woods N, Chesser AK. Validation of a Single Question Health Literacy Screening Tool for Older Adults. *Gerontol Geriatr Med.* 2017 Jun 7;3:2333721417713095. doi: 10.1177/2333721417713095. eCollection 2017 Jan-Dec. PubMed PMID: 28612043; PubMed Central PMCID: PMC5466280.
 12. Lee, S. Y. D., Stucky, B. D., Lee, J. Y., Rozier, R. G., & Bender, D. E. (2010). Short assessment of health literacy—Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health services research, 45*(4), 1105-1120.
 13. Lee, S. Y. D., Bender, D. E., Ruiz, R. E., & Cho, Y. I. (2006). Development of an easy - to - use Spanish health literacy test. *Health services research, 41*(4p1), 1392-1412.
 14. Macha Quillama L, Samanamú Leandro A, 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
 15. APEIM 2016: Data ENAHO 2015

16. Vilchez-Román Carlos, Quiliano-Terreros Rocío, Canales-Negrón Rocío, Chiroque-Solano Richard. 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. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Sep [cited 2017 June 20]; 60(3):223-229. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000300003&lng=en.
17. Konfino J; Mejia R; Majdalini M, Perez E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. Medicina. Buenos Aires, 2009; vol.69, no.6, p.631-34.
18. Ariza Bolivar A, Lanteri ME, Cícero CY, Pérez A, Puchulu FM, Mejía R. Health literacy and diabetes control in patients attending a university outpatient clinic in Argentina. Medicina (B Aires). 2017;77 (3):167-172. 2017
19. Apolinario, Daniel, Braga, Rafaela de Castro Oliveira Pereira, Magaldi, Regina Miksian, Busse, Alexandre Leopold, Campora, Flavia, Brucki, Sonia, & Lee, Shoou-Yih Daniel. (2012). Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. Revista de Saúde Pública, 46(4), 702-711. Epub July 10, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
20. Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(6):628.
21. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005; 20:175–84. [PubMed: 15836552].

22. Song S, Lee S-M, Jang S, et al. Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC Health Services Research*. 2017;17:661. doi:10.1186/s12913-017-2598-0
23. Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling*, 79(1), 36-42.
24. Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health affairs*, 22(4), 147-153.
25. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475–482. doi:10.1001/jama.288.4.475
26. Berens E-M, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016;16:1151. doi:10.1186/s12889-016-3810-6.

TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1:

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN #1

	Variable	Frec. Absoluta (n=300)	Frec. Relativa (%)
SEXO	Femenino	187	62.33%
	Masculino	113	37.67%
EDAD	18 a 25 años	52	17.33%
	26 a 35 años	95	31.67%
	36 a 45 años	50	16.67%
	46 a 55 años	45	15.00%
	56 a 65 años	39	13.00%
	Mayor a 65 años	19	6.33%
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	3
	Primaria completa	4	1.33%
	Secundaria incompleta	8	2.67%
	Secundaria completa	35	11.67%
	Superior incompleta	70	23.33%
	Superior completa	180	60.00%
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	124	41.33%
	Casado(a)	98	32.67%
	Conviviente	48	16.00%
	Divorciado(a)	21	7.00%
	Viudo(a)	9	3.00%
OCUPACIÓN	Dependiente	132	44.00%
	Independiente	83	27.67%
	Estudiante	40	13.33%
	Ama de casa	26	8.67%
	Jubilado	15	5.00%
	Desempleado	4	1.33%
INGRESO FAMILIAR MENSUAL / NIVEL SOCIO-ECONÓMICO (NSE)	Desde s/. 8233 a más / NSE-A	36	12.00%
	Entre s/. 4526 y s/. 8232 / NSE-B	84	28.00%
	Entre s/. 2698 y s/.4525 / NSE-C	75	25.00%
	Entre s/. 1953 y s/. 2697 / NSE-D	58	19.33%
	Hasta s/.1952 / NSE-E	47	15.67%

Tabla 2:

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN #2

Distrito de procedencia	Frec. Absoluta (n=300)	Frec. Relativa (%)
Pueblo Libre	32	10.67%
Jesús María	30	10.00%
Cercado de Lima	24	8.00%
Magdalena del Mar	19	6.33%
San Miguel	19	6.33%
Santiago de Surco	18	6.00%
Breña	18	6.00%
Miraflores	14	4.67%
Provincia	13	4.33%
San Juan de Lurigancho	12	4.00%
La Molina	10	3.33%
San Isidro	10	3.33%
Callao	10	3.33%
Lince	9	3.00%
Los Olivos	7	2.33%
San Martín de Porres	6	2.00%
San Borja	6	2.00%
Chorrillos	6	2.00%
Surquillo	5	1.67%
Ate	4	1.33%
Santa Anita	4	1.33%
San Luis	4	1.33%
La Victoria	4	1.33%
Carabaylo	3	1.00%
Barranco	3	1.00%
San Juan de Miraflores	2	0.67%
Villa el Salvador	2	0.67%
Puente Piedra	2	0.67%
Rímac	2	0.67%
Cómas	1	0.33%
El Agustino	1	0.33%
Total	300	100.00%

Tabla 3:

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN #3

Especialidad médica a la que acude	Frec. Absoluta (n=300)	Frec. Relativa (%)
Ginecología	37	12.33%
Medicina Interna	36	12.00%
Medicina General	34	11.33%
Cardiología	30	10.00%
Otorrinolaringología	28	9.33%
Traumatología	26	8.67%
Endocrinología	23	7.67%
Gastroenterología	23	7.67%
Neurología	14	4.67%
Dermatología	13	4.33%
Cirugía General	10	3.33%
Oftalmología	6	2.00%
Reumatología	5	1.67%
Urología	4	1.33%
Geriatría	3	1.00%
Nefrología	3	1.00%
Neumología	3	1.00%
Psicología	2	0.67%
Total general	300	100.00%

Tabla 4:

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN #4

Enfermedad crónica no transmisible	Frec. Absoluta (n=300)	Frec. Relativa
Hipertensión Arterial	27	9.00%
Diabetes Mellitus	13	4.33%
Dislipidemia	2	0.67%
Otra	29	9.67%
Ninguna	229	76.33%
Total general	300	100.00%

Tabla 5:

RESULTADOS TEST SAHLSA-50

Puntaje del test SAHLSA-50	Frec. Absoluta (n=300)	Frec. Relativa (%)
26	1	0.33%
29	3	1.00%
30	1	0.33%
31	2	0.67%
32	3	1.00%
33	1	0.33%
34	1	0.33%
35	6	2.00%
36	3	1.00%
37	4	1.33%
38	6	2.00%
39	2	0.67%
40	10	3.33%
41	15	5.00%
42	15	5.00%
43	22	7.33%
44	23	7.67%
45	37	12.33%
46	42	14.00%
47	31	10.33%
48	38	12.67%
49	28	9.33%
50	6	2.00%

Tabla 6:

NIVEL DE ALFABETIZACIÓN SANITARIA EN POBLACIÓN VULNERABLE

Población vulnerable	Buena Alfabetización Sanitaria	Mala Alfabetización Sanitaria	Total
Mayor a 65 años	16 (84.21%)	3 (15.79%)	19
Presentan ECNT*	66 (92.96%)	5 (7.04%)	71

*ECNT: Enfermedad crónica no transmisible

Gráfico 1:

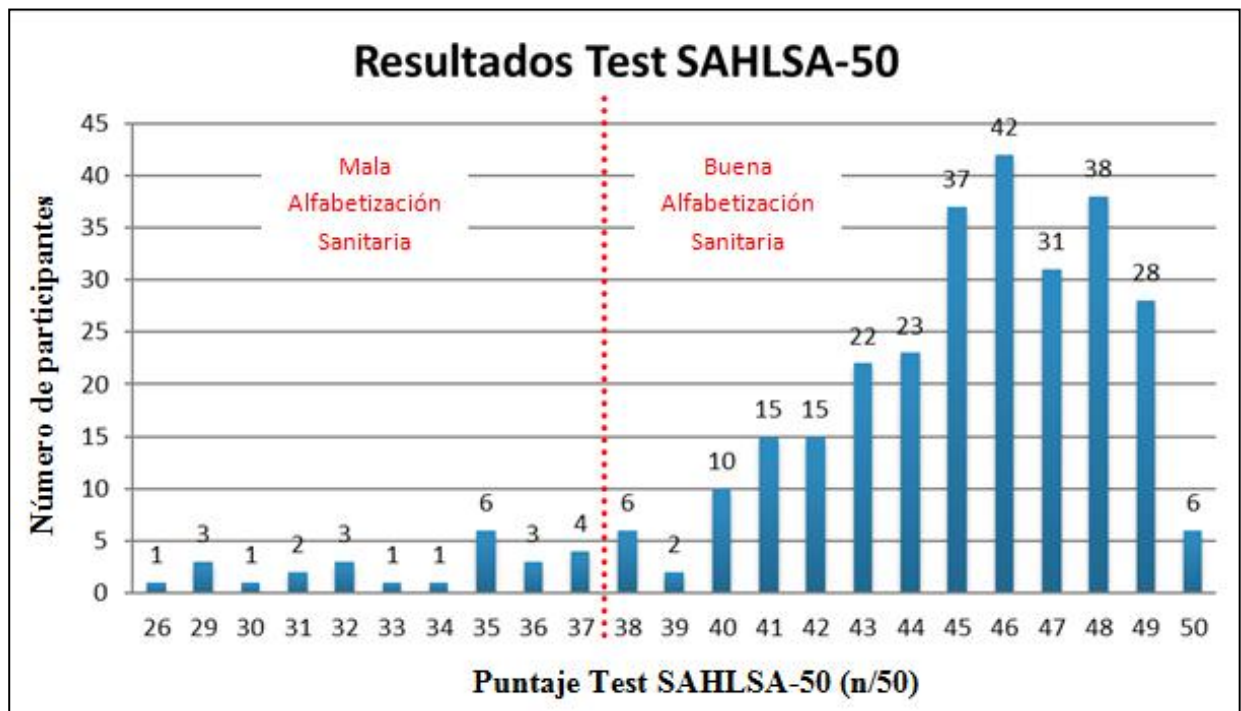


Gráfico 2:



Tabla 7:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN SANITARIA Y LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

	Variable	Buena Alfabetización Sanitaria	Mala Alfabetización Sanitaria	Total general	p
Sexo	Femenino	170 91%	17 9%	187 100%	0.54
	Masculino	105 93%	8 7%	113 100%	
Edad	18 a 25 años	48 92%	4 8%	52 100%	0.81
	26 a 35 años	86 91%	9 9%	95 100%	
	36 a 45 años	46 92%	4 8%	50 100%	
	46 a 55 años	42 93%	3 7%	45 100%	
	56 a 65 años	37 95%	2 5%	39 100%	
	Mayor a 65 años	16 84%	3 16%	19 100%	
	Grado de instrucción	Primaria incompleta	2 67%	1 33%	
Primaria completa		2 50%	2 50%	4 100%	
Secundaria incompleta		7 88%	1 12%	8 100%	
Secundaria completa		32 91%	3 9%	35 100%	
Superior incompleta		64 91%	6 9%	70 100%	
Superior completa		168 93%	12 7%	180 100%	
Ocupación		Ama de casa	23 88%	3 12%	26 100%
	Dependiente	121 92%	11 8%	132 100%	
	Desempleado	4 100%	0 0%	4 100%	
	Estudiante	35 88%	5 13%	40 100%	
	Independiente	78 94%	5 6%	83 100%	
	Jubilado	14 93%	1 7%	15 100%	

Nivel Socioeconómico	Desde s/. 8233 a más	35	1	36	0.16
		97%	3%	100%	
	Entre s/. 4526 y s/. 8232	81	3	84	
		96%	4%	100%	
	Entre s/. 2698 y s/.4525	66	9	75	
		88%	12%	100%	
	Entre s/. 1953 y s/. 2697	51	7	58	
		88%	12%	100%	
	Hasta s/.1952	42	5	47	
		89%	11%	100%	
Especialidad médica a la que acuden	Cardiología	24	6	30	0.91
		80%	20%	100%	
	Cirugía General	8	2	10	
		80%	20%	100%	
	Dermatología	12	1	13	
		92%	8%	100%	
	Endocrinología	20	3	23	
		87%	13%	100%	
	Gastroenterología	23	0	23	
		100%	0%	100%	
	Geriatría	3	0	3	
		100%	0%	100%	
	Ginecología	35	2	37	
		95%	5%	100%	
	Medicina General	32	2	34	
		94%	6%	100%	
	Medicina Interna	33	3	36	
		92%	8%	100%	
	Nefrología	3	0	3	
		100%	0%	100%	
Neumología	3	0	3		
	100%	0%	100%		
Neurología	13	1	14		
	93%	7%	100%		
Oftalmología	6	0	6		
	100%	0%	100%		
Otorrinolaringología	26	2	28		
	93%	7%	100%		
Psicología	2	0	2		
	100%	0%	100%		
Reumatología	4	1	5		
	80%	20%	100%		
Traumatología	24	2	26		
	92%	8%	100%		
Urología	4	0	4		
	100%	0%	100%		
Enfermedad crónica no transmisible	Diabetes Mellitus	10	3	13	0.25
		77%	23%	100%	
	Dislipidemia	2		2	
		100%	0%	100%	
	Hipertensión Arterial	26	1	27	
	96%	4%	100%		
Otra	28	1	29		
	97%	3%	100%		